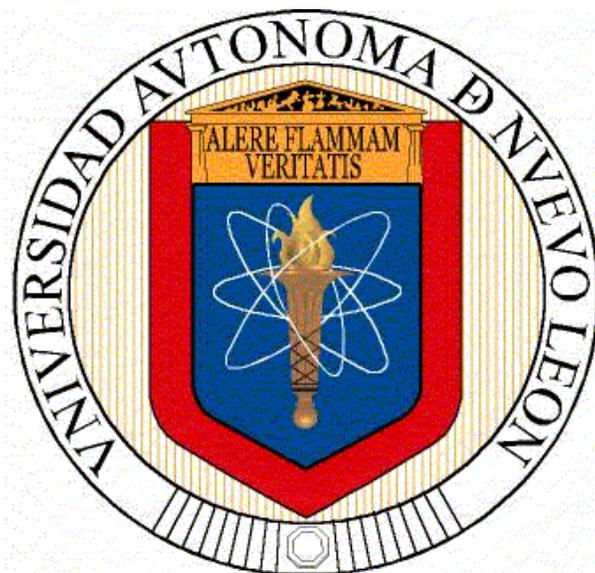


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**“LA GALLINA DEGOLLADA” LA MADRE INSATISFECHA Y LA
SUPLENCIA DEL PADRE, UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA.**

PRESENTA:

NORA JAZMINE ORTEGA LÓPEZ

ESTUDIO DE CASO PRESENTA

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

JULIO 2015



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



**“LA GALLINA DEGOLLADA” LA MADRE INSATISFECHA Y LA
SUPLENCIA DEL PADRE, UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA.**

PRESENTA:

NORA JAZMINE ORTEGA LÓPEZ

**ESTUDIO DE CASO QUE
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. EDITH G. POMPA GUAJARDO**

MONTERREY, NUEVO LEÓN,

JULIO 2015

AGRADECIMIENTOS

Después de un intenso camino, y de un largo lapso de tiempo,
termino esta tesis.

Es todo un orgullo poder entregarla, y mostrarla,
de las cosas más difíciles que he tenido que hacer,
tener dos trabajos, estudiar, y al mismo tiempo escribir
esta Tesis fue bastante duro.

Aprendí bien lo que significa no tener tiempo,
Y estar alejada de los que quieres.

Así que tengo un especial agradecimiento a esas personas
que me acompañaron en este reto.
A mis amigos, que fueron comprensivos y esperaron pacientes
a que terminara, para poder verlos, y sus palabras que siempre
me alentaban.

A mis maestros, que cada uno dejó una enseñanza
en mí.

A la Lic. Laura N. Acosta Martínez,
por su paciencia y disposición de ayuda;
y especialmente a mi asesora la Dra. Edith G. Pompa Guajardo.

Finalmente, infinitas gracias a mi familia, en especial a mi mamá,
sin su apoyo todo se hubiera complicado.

Y a mi amado novio, que siempre estuvo ahí, de todas las
formas posibles me apoyo, alentó y me guío.

!!!GRACIAS!!!

"Vieja madera para arder, viejo vino para beber,
viejos amigos en quien confiar, y viejos autores para leer"

Bacon, Sir Francis

“Cree a aquellos que buscan la verdad.
Duda de los que la encuentran”

André Gide

“Cuando el padre muere, el hijo se convierte
en su propio padre y en su propio hijo.
Mira a su hijo y se ve a sí mismo reflejado
en su rostro. Imagina lo que el niño ve
cuando lo mira y se siente como si
interpretará el papel de su propio padre.”

Paul Auster

Devenir madre,
desde luego no es llevar a cabo su "naturaleza",
sino confrontarse de golpe
con el "lote" de sus conflictos.

Assoun

ÍNDICE

Resumen	5
Capítulo I	6
Introducción.....	7
Antecedentes	10
Objetivos y Supuestos.....	14
Limitaciones y Delimitaciones	15
Justificación	16
Capítulo II	18
Fundamentación Teórica.....	19
Capítulo III	26
Metodología	27
Técnicas y Estrategias de Intervención.....	32
Capítulo IV	34
Historial Clínico.....	35
Estructura Subjetiva.....	39
Construcción de Caso	43
Capítulo V	54
Síntesis de la Intervención Clínica	55
Discusión y Conclusiones Personales	57
Bibliografía.....	60

RESUMEN

Se presenta un Estudio de Caso en donde se aborda un caso de Neurosis Obsesiva, centrándose en la problemática del deseo insatisfecho de la madre del obsesivo, y la posibilidad de la suplencia paterna. Veremos cómo conforman estos elementos a una estructura obsesiva, en donde el deseo de la madre está puesto en el padre; pero éste no la satisface, este mensaje lo recibirá el niño, siendo el predilecto de la madre, y creándose en la fantasía, la posibilidad de una suplencia, que nunca se podrá consumir. El obsesivo queda atrapado en el deseo materno.

Para lograrlo, se mencionarán diferentes autores que trabajan con la neurosis obsesiva, en especial, con el deseo insatisfecho y la suplencia del padre. Desde los orígenes, mencionando a Freud, hasta lo más actual, llegando a Joel Dor. Además se harán unas reseñas de fragmentos de viñetas del caso clínico, que servirá para clarificar y ejemplificar la temática elegida. Se utiliza el método psicoanalítico, con los fundamentos y parámetros de éste; con el objetivo de poder obtener un cambio en la posición estructural del paciente; y utilizando categorías descriptivas que harán énfasis en momentos determinantes del curso del análisis, donde se podrá observar partes del discurso del paciente, y las intervenciones del terapeuta; con la finalidad de llegar a una cura.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de Caso aborda una temática que se hace presente dentro de una estructura de Neurosis Obsesiva. Enfocándose, en el deseo insatisfecho de la madre, y la suplencia del padre. Donde, justamente, ese deseo de la madre que le es transmitido al hijo como desfalleciente o insatisfecho, da lugar, a la posibilidad, de una suplencia paterna. El deseo de la madre está posicionado en el padre, pero éste no la satisface; y esto es transmitido al hijo, que cree imaginariamente poder colmar ese deseo.

De esta manera, se hará una aproximación de esta temática en la subjetividad de un paciente adolescente, partiendo de la premisa de que el individuo no puede mediatizar su deseo por sí mismo, ya que se encuentra atrapado en satisfacer el deseo materno, e intenta suplir la figura del padre, con cualquier figura que lo represente o se le parezca. Así mismo, dificultando en una imposibilidad de una vinculación satisfactoria en su vida cotidiana.

Además, se verá la importancia de la temática elegida para la elaboración del Estudio de Caso dentro del marco de la clínica psicoanalítica, que radica en trabajar una dinámica de un caso particular; teniendo siempre presente que toda investigación debe quedar un detalle nuevo, y estar siempre preparados para la “sorpresa”, ya que nada está escrito; y que se pueda convertir en un punto de partida para investigaciones futuras.

Para lograr este objetivo, la presentación del Estudio de Caso está dividida en cinco capítulos, en los cuales se va realizando la intercalación entre teoría y clínica, y que son presentados a continuación:

Capítulo 1. En el primer capítulo, se introduce a la presentación de la temática abordada pasando por momentos históricos en que la misma ha sido retomada por diversos autores para su análisis, desde los pioneros hasta los más actuales. Así mismo, se establecen los objetivos de los que parte la investigación, los cuales consisten en abordar el deseo insatisfecho de la madre, la suplencia del padre y el sentimiento de culpabilidad en un caso de Neurosis Obsesiva; teniendo como supuestos que es el deseo insatisfecho de la madre es

lo que da lugar a posicionar al hijo como suplente del padre, y que la culpabilidad proviene de la relación que tuvo el obsesivo con la madre, que evoca de una manera indirecta el privilegio casi incestuoso del niño junto a la madre frente a la castración; esto desde la vivencia de un adolescente. Para finalizar el capítulo, se incluyen tanto las limitaciones y delimitaciones que guiaron el rumbo de la investigación, así como la justificación donde queda plasmado el motivo por el cual se tomó dicho Caso Clínico para llevarla a cabo.

Capítulo 2. En este capítulo, se trabaja con la teoría del tema elegido. Intentando dar un acercamiento al lector, desde la teoría psicoanalítica, a partir de los autores más clásicos e iniciadores, como lo es Freud; hasta los autores más actuales y con sus nuevas propuestas. Comenzando con una introducción de los orígenes de la Neurosis Obsesiva, mecanismos de defensa, rasgos de carácter; hasta llegar al deseo insatisfecho de la madre, sentimientos de culpabilidad y la suplencia paterna.

Capítulo 3. Hacia el tercer capítulo se enuncia la metodología, en donde se define al psicoanálisis, a la investigación cualitativa; y al Estudio de caso como una herramienta valiosa para la investigación. Además se describen los componentes del dispositivo analítico, el encuadre analítico y el proceso analítico, para finalmente dar paso a la presentación de las técnicas y estrategias de intervención.

Capítulo 4. Consta del Estudio de Caso Clínico propiamente dicho; es el capítulo en donde teoría y práctica se entrelazan. Se divide en tres apartados, iniciando con la exposición del Historial Clínico, en el cual se pretende dar un acercamiento al Caso, brindando información relevante como: la presentación del caso, el motivo de consulta, la demanda terapéutica, la sintomatología actual del paciente y la impresión diagnóstica.

En el segundo apartado, denominado Estructura Subjetiva, se aborda lo que es el contexto familiar de la paciente, las figuras significativas que forman parte de su constitución como sujeto, el modo en que se llevó a cabo la estructuración edípica, los eventos traumáticos que fueron significativos para la historia y el perfil subjetivo.

Por último, el tercer apartado, contiene la Construcción de Caso y es donde se muestran, categorías descriptivas; en éstas se incluyen extractos de viñetas a lo largo del análisis, que dan seña de lo que se estuvo abordando en la teoría. Se observa un fragmento de viñeta, e inmediatamente se relaciona con teoría.

Capítulo 5. Finalmente, el capítulo cinco, está dedicado a las conclusiones de la investigación, se realiza una síntesis de la intervención, en donde se detallan la trascendencia de las categorías descriptivas utilizadas y el estado psicológico del paciente desde que inició la consulta, así como las evoluciones en el transcurso del proceso. Y para concluir, se incluye un apartado para la discusión y conclusiones personales en donde se cierra con una reflexión de los motivos que me llevaron a elegir dicha temática, así como las influencias tanto del trabajo clínico con el Caso como del tránsito en la maestría, a nivel personal y profesional.

ANTECEDENTES

La Neurosis Obsesiva tiene por origen un conflicto psíquico infantil, y una etiología sexual caracterizada por una fijación de la libido en el estadio anal.

En 1913 en “Tótem y tabú”, Freud nos habla de que la neurosis obsesiva está ubicada bajo el signo de la religión. La obsesión se relaciona con una “regresión de la vida sexual a un estadio anal y le sobreviene un sentimiento de odio propio de la constitución misma del sujeto humano.”

En 1926, en “Inhibición, síntoma y angustia”, Freud comenta que el desencadenante de la neurosis obsesiva sería “el miedo del yo a ser castigado por el superyó. Mientras el superyó actúa sobre el yo como un juez severo y rígido, el yo se ve obligado a resistir las pulsiones destructivas del ello, desarrollando formaciones erráticas que toman la forma de escrúpulos, limpieza, sentimientos piadosos y de culpa.”

Green (1972) nos habla de que el síntoma obsesivo nos hace acceder al contenido inconsciente reprimido. El obsesivo hace uso de mecanismos, tales como el aislamiento, la anulación y el desplazamiento.

En la Neurosis Obsesiva es imposible olvidar la culpa y los reproches. El hecho de que el obsesivo goza un lugar muy privilegiado respecto a la madre, implica la culpa, y por ende, también el castigo. Pero, el tormento para el obsesivo es que se sentirá culpable pero no sabe de qué. Y los reproches vendrán una y otra vez, sin explicación aparente para él. Sus situaciones vividas con placer generan reproches porque quedan activados en el recuerdo. (Rebollo, 2011).

Se abordará el punto de “suplencia” enfocada en la figura paterna dentro de una estructura de Neurosis Obsesiva, es un tema poco abordado; y de gran relevancia en una estructura obsesiva, ya que es un lugar (una posición) que se le otorga al paciente, y él ni siquiera es consciente de este hecho; lo cual lo puede llevar a una vida en donde no escuche su deseo,

sino al contrario, su vida será regida por el deseo y demanda de otra (la madre), por la insatisfacción del deseo de la madre.

En el diccionario encontramos la definición de suplir, como remediar la carencia de algo, ponerse en el lugar de alguien para hacer sus veces. Viene del latín *supplere*, que significa reemplazar, agregar, llenar (Gasque, 1998).

Lacan introduce el término de suplencia en El Seminario 3, es la forclusión del Nombre del Padre, y un elemento que va a suplir la metáfora paterna que falta: la metáfora delirante. Pero el término suplencia no solo se va a referir a las psicosis, ya que en El Seminario 4, Lacan va a plantear este término también en la fobia, en el caso de Juanito y su carencia paterna. La fobia vendría supliendo la carencia paterna en Juanito. (Goldenberg, 2006).

En 1973, Lacan habla del término de suplencia en la figura paterna. “A partir de 1973, los nudos permiten pensar dicha función del lado de la escritura topológica y abren las puertas a diversas posibilidades de suplencia. Sea como Padre Ideal que promueve un lugar de dignidad especial con su máscara de perfección, sea como función simbólica que acciona los mecanismos de a metáfora e intenta instaurar la prohibición del incesto o como Padre Real que encarna el enigma del goce del hombre cuando convoca al goce de la mujer y señala la cicatriz de la imposibilidad de saber la verdad de la misma...” (Morales, 1998).

Constante, Ramírez, C. y Ramírez, P. (2006) trabajan la cuestión de: ¿Qué es ser un padre? Él menciona que es uno de los interrogantes principales en el psicoanálisis; ya que no solo hablamos del padre biológico, sino también nos referimos al padre que es agente de la castración. Es el padre quien rescata al niño del goce de la madre y lo proyecta al mundo; que Lacan va a llamar “metáfora paterna”.

Mientras tanto, Díaz (2012) habla sobre esta madre del obsesivo, y su deseo insatisfecho. Dice que esta madre, probablemente habrá sido histérica, ya que este hijo queda marcado con este deseo insatisfecho de la madre. Hay una relación muy cercana de la madre con su

hijo, donde ella le da una esperanza a su hijo, mediante la manifestación de su deseo, que le es transmitida al hijo, como desfalleciente o insatisfecho.

Dor, (2006) es quien habla de la suplencia paterna y la insatisfacción materna en la neurosis obsesiva, y menciona que el obsesivo es un ser que se sintió demasiado amado por su madre, ellos son “nostálgicos del ser”, esta nostalgia radica en el recuerdo de un modo particular de relación que el obsesivo mantuvo con su madre. Por lo regular son “los predilectos” de la madre; y no es la excepción en este caso que estudiaremos en específico.

Este mismo autor refiere que el obsesivo fue investido como objeto privilegiado del deseo materno. Como menciona Ortigoza (2002) esta relación que forma la madre con su hijo, le brinda una satisfacción sin límites; es la satisfacción más perfecta, y la más exenta de ambivalencia de todas las relaciones humanas. Y Dor (2006) agregará que este privilegio despierta en el niño una investidura psíquica precoz, que consiste en constituirse como objeto ante el cual la madre supuestamente encuentra lo que no logra encontrar con el padre.

Y aquí es cuando se da el término de “suplencia”, que se explica: “en el sentido de “suplir la satisfacción del deseo de la madre, esto permite suponer que esa satisfacción le fue señalada al niño como desfalleciente... Por un lado, el niño percibe que la madre es dependiente del padre desde el punto de vista de su deseo, pero por el otro, no parece ella recibir completamente del padre lo que supuestamente espera de él. Esta laguna en la satisfacción materna induce, ante el niño que la contempla, la apertura favorable a una *suplencia* posible” (Dor, 2006, p.131).

El obsesivo permanece encarcelado al temor de la castración pues, una vez que hubo inscripción paterna, él sabe que el lugar del Padre es imposible de conquistar. Así, pasa toda la vida convocando al padre para asegurarle el lugar, aunque eso implique colocarse en una posición submisa.

Es por esto, la elección de este tema, aunado a la extensión de conocimientos en el campo psicoanalítico, y a un mejor tratamiento de este tipo de problemáticas. Ya que detrás de esto, se esconde sufrimiento y una gran carga al acceder a la satisfacción del deseo del Otro, sin siquiera conocer el suyo mismo. Ya que justamente, la mayoría de este tipo de casos, se encuentran atrapados en el discurso y/o deseo materno.

Supliendo un lugar que no les corresponde; pero que sin embargo es el lugar que la madre les da.

OBJETIVO GENERAL

- Analizar el deseo insatisfecho de la madre y la suplencia del padre en un caso de Neurosis Obsesiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar el deseo insatisfecho de la madre y la relación con la madre en un caso de Neurosis Obsesiva.
- Describir la suplencia paterna en un caso de Neurosis Obsesiva.
- Explicar la culpabilidad en un caso de Neurosis Obsesiva.

SUPUESTOS

- El deseo de la madre le es transmitido al niño como desfalleciente o insatisfecho; el niño percibe que el deseo de la madre si está posicionado en el padre; más sin embargo el padre no la satisface.
- El deseo insatisfecho de la madre es lo que da lugar a posicionar al hijo como suplente del padre. La madre está insatisfecha, y busca satisfacer su deseo en su hijo; es como el niño puede acomodarse imaginariamente en un dispositivo de suplencia.
- La culpabilidad proviene de la relación que tuvo el obsesivo con la madre, en donde gozaba de sus cuidados, que incluían la satisfacción de necesidades y cuidados que tenían acceso al cuerpo del niño; así es como el niño queda apresado en la culpabilidad, que evoca de una manera indirecta el privilegio casi incestuoso del niño junto a la madre frente a la castración.

LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Dentro de las limitaciones se encuentra la cuestión de que el trabajo analítico se llevó a cabo dentro de una Institución. Lo cual produjo algunos contratiempos, tales como iniciar unos minutos tarde la sesión porque no había cubículo disponible (aunque se haya separado con anterioridad), o no se desocupa a la hora programada por el terapeuta anterior, que te piden que desocupes el cubículo a la hora exacta; independientemente de la situación u hecho que se vivió en la sesión correspondiente, y que en ocasiones requiere un poco más de tiempo; además de que las sesiones dependen de las fechas en que la Institución está funcionando.

En cuanto a las características propias del paciente se refiere, hombre, de 17 años de edad, de profesión estudiante y trabaja como recepcionista en una clínica de yoga; las dificultades que se presentaron fueron respecto algunas inasistencias por compromisos escolares, o de trabajo. Y además, las sesiones se redujeron, de dos sesiones por semana, a una por semana; por el deseo de su madre, ya que su madre no quería que siguiera asistiendo a terapia.

Por otro lado, en el alcance de la intervención, justamente el principal inconveniente era el deseo de su madre; por lo cual uno de los objetivos principales dentro de las sesiones era que el paciente pudiera vislumbrar su propio deseo y relacionarse de una manera diferente con las demás personas, a partir de su deseo y no del de su madre.

JUSTIFICACIÓN

La investigación en psicoanálisis es un área importante, y no muy tomada en cuenta actualmente. El psicoanálisis puede considerarse como una actividad científica, en la medida en que los psicoanalistas buscan ampliar el conocimiento que tienen sobre el funcionamiento psíquico del ser humano (incluido el funcionamiento inconsciente).

Es el objetivo de este Estudio de caso, con un tema específico, y a la vez particular; ya que bien sabemos que en el psicoanálisis un proceso jamás sucede de la misma manera; cada caso tiene su sello único. “La directriz a seguir en la investigación psicoanalítica no es hacer prevalecer lo general y repetible, el estudio de lo típico, sino de lo excepcional, de los detalles marginales e irrelevantes, lopreciado como irrepetible y menos ligado a lo típico” (Gallo, 2012).

Por lo anterior, se trabaja una temática de un caso particular; la suplencia del padre y el deseo insatisfecho de la madre en un caso de neurosis obsesiva, teniendo siempre presente que de cada investigación debe quedar al menos un detalle nuevo, un significante que dé cuenta de algo que represente: “un poquito más de otra cosa” (Gallo, 2012).

Aranda, Ochoa, Aguado y Palomino (1999) mencionan que la función paterna en la clínica psicoanalítica constituye un punto crucial en la estructuración psíquica del sujeto, puesto que esta función es la que permite vehiculizar al significante fálico, que es lo que separa a la madre del hijo, introduciéndose de esta manera la castración, y colocando así al sujeto en una posición de falta.

La función paterna posibilita que se dé la condición de “falta” en el sujeto, y es lo que permite que haya deseo, demanda; que tiene relación directa con la carencia producida por la castración.

Es la función del padre simbólico como soporte de la ley al prohibir el incesto, lo que posibilita el ingreso del sujeto al orden de la cultura y de esta manera el niño accede a la metáfora paterna que le permite instalarse en el orden simbólico (Aranda; 1999).

Lo que acabamos de describir de la función paterna es lo esperado; más sin embargo se pueden dar en el discurso de la madre, ciertas ambigüedades respecto a la localización del objeto del deseo, y es lo que puede provocar que el niño se instale en un lugar que no lo corresponde, en un dispositivo de suplencia para la satisfacción del deseo materno. Este Estudio de caso tiene el objetivo de ampliar más el conocimiento acerca de la suplencia del padre; y específicamente como se vive en un joven adolescente. Y teniendo en cuenta que esta suplencia del padre nunca se consume plenamente; más sin embargo es un lugar que la madre da, teniendo sus respectivas repercusiones.

Los beneficiados podrán ser desde alumnos de psicología, ya sea en un nivel de licenciatura, posgrado e incluso doctorado. De igual forma los maestros, supervisores; que podrán ver como desde el contexto actual de la sociedad; aún se sigue manifestando este tipo de cuadros, con los rasgos característicos de la neurosis obsesiva en un caso en particular, con su sello de singularidad; y cómo es posible guiar a la cura del paciente.

Para finalizar, recordar que en la investigación psicoanalítica la fuente principal de los datos es el discurso mismo del paciente, y “que la posición de investigador con el psicoanálisis, igual que la de Sujeto-supuesto-saber en la clínica, no se establece a partir de un saber constituido sino siempre por constituirse” (Gallo, 2012). Por lo cual en esta investigación, estamos abiertos a descubrir, a la sorpresa, a encontrar y enriquecer este tema en particular.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A lo largo de los años, los casos se van mostrando diferentes. Un caso nunca será igual a otro; sin embargo hay ciertos aspectos que son comunes según la época o historia. Así que una neurosis obsesiva no será igual en 1890 a una del 2015, aunque predominen los rasgos esenciales. Es por esto, que creo tan importante seguir exponiendo casos y su respectiva intervención, que pueden dar luz y orientar hacia el descubrimiento de conocimientos, tratamientos e intervenciones nuevas.

Para comenzar con la Neurosis Obsesiva, quiero rescatar lo que dijo Freud, acerca de ésta. Freud (1894) habla de la separación que hay entre representaciones inconciliables y el afecto. Este afecto liberado se va a adherir a otras representaciones, se hará un “enlace falso” dando como resultado las representaciones obsesivas. Este afecto que se encuentra en el enlace falso, la base, es de origen sexual, según todos los casos revisados por Freud.

Más adelante, Freud (1894) dirá que una Obsesión se caracterizaba por dos rasgos: 1) una idea que se impone al enfermo y 2) un estado emotivo asociado. La estaba diferenciando de la Fobia, en donde en ellas el estado emotivo siempre era la angustia.

El estado emotivo siempre estaba justificado, y justamente la etiología de una obsesión no tiene que ver con la idea original, sino que es un sustituto, un reemplazo de esa idea. El origen de esta idea siempre está en los antecedentes del paciente. Estas ideas sustitutivas tienen que ver con vivencias traumáticas de la vida sexual de la persona, que éste se esfuerza por olvidar.

Freud también menciona que las ideas originales también pueden ser reemplazadas por actos o compulsiones, que han servido como alivio o de protección.

Posteriormente, Freud (1908) hablará sobre el erotismo anal, y describe tres cualidades características de la fijación en una etapa anal: ordenadas, ahorrativas y pertinaces. “Ordenado” se refiere al aseo corporal, cumplimiento de las obligaciones y formalidad. Lo “ahorrativo” puede caer en la avaricia, y la “pertinacia” incluye desafío, hasta terminar en ira y venganza.

Freud se daba cuenta que en la historia de estas personas, en su infancia, les costó mucho tiempo el tener control de esfínteres, en específico la incontinencia fecal. Y que cuando eran niños, se negaban a defecar en la bacinilla, porque extraen de éste acto ganancias colaterales de placer.

Concluye diciendo que estos rasgos de carácter, son continuaciones de pulsiones originarias, sublimaciones de ellas, o por último, formaciones reactivas contra ellas.

Freud (1909), expone el caso del “hombre de las ratas”. Donde dice que la represión se ha servido de otro mecanismo: en lugar de olvidar el trauma, le ha sustraído el afecto. Registramos afectos con una representación, y cuando llega a faltar ésta última, tomamos alguna otra representación que convenga (una falsa).

Y finalmente Freud (1913) hablará sobre una mudanza del carácter que corresponde a la regresión de la vida sexual al estadio pregenital; en donde ubican la predisposición a la Neurosis Obsesiva.

Green (1972) nos habla de que el papel de la analidad era la piedra angular de la metapsicología de la neurosis obsesiva; y describe al objeto anal.

Menciona que el síntoma obsesivo nos hace acceder al contenido inconsciente reprimido. Nos dice como las obsesiones siempre son molestas, no hay obsesiones agradables; más sin embargo hay placer también al dar vueltas al tema obsesivo que paraliza todas sus actividades o decisiones. El obsesivo hace uso de mecanismos, tales como el aislamiento, la anulación y el desplazamiento.

En la Neurosis Obsesiva es imposible olvidar la culpa y los reproches. Rebollo (2011) escribe sobre como la neurosis obsesiva anteriormente se confundía con la melancolía, por la culpa y autoreproches; incluso también con sadismo que provenía de su relación con el Otro.

El obsesivo se castiga sin llegar a la acción. El obsesivo es culpable de algo que desconoce. El hecho de que el obsesivo goza un lugar muy privilegiado respecto a la madre, implica la culpa, y por ende, también el castigo. Pero, el tormento para el obsesivo es que se sentirá culpable pero no sabe de qué. Y los reproches vendrán una y otra vez, sin explicación aparente para él. Sus situaciones vividas con placer generan reproches porque quedan activados en el recuerdo. (Rebollo, 2011).

Mientras tanto, Díaz (2012) habla sobre la madre del obsesivo, y su deseo insatisfecho. Dice que esta madre, probablemente habrá sido histérica, ya que este hijo queda marcado con este deseo insatisfecho de la madre. Hay una relación muy cercana de la madre con su hijo, donde ella le da una esperanza a su hijo, mediante la manifestación de su deseo, que le es transmitida al hijo, como desfalleciente o insatisfecho.

El obsesivo fue investido como objeto privilegiado del deseo materno. Como menciona Ortigoza (2002) esta relación que forma la madre con su hijo, le brinda una satisfacción sin límites; es la satisfacción más perfecta, y la más exenta de ambivalencia de todas las relaciones humanas. Y Dor (2006) agregará que este privilegio despierta en el niño una investidura psíquica precoz, que consiste en constituirse como objeto ante el cual la madre supuestamente encuentra lo que no logra encontrar con el padre.

Ahora voy a proseguir con el trabajo que realizó Joel Dor (2006), sobre el obsesivo, el deseo insatisfecho de la madre y la suplencia del padre.

Dor (2006) menciona que un punto valioso para identificar una lógica obsesiva es que el obsesivo (a diferencia del histérico) se habría sentido demasiado amado por su madre. El obsesivo fue un objeto muy privilegiado del deseo materno. Por lo cual el obsesivo vendría siendo: “*nostálgico del ser*”. Esta nostalgia viene de recordar el tipo de relación que mantuvo con su madre, o más bien de la relación que la madre mantenía con el niño. En la historia del obsesivo se puede encontrar que fue el privilegiado o consentido de la madre. A partir de esto, el niño se constituye como un objeto en donde la madre encuentra en él, lo que supuestamente no encuentra con el padre.

¿Cómo es posible esto? Principalmente por el discurso de la madre, por ciertas ambigüedades en su discurso, es como el niño puede acomodarse imaginariamente en un “dispositivo de suplencia para la satisfacción del deseo materno” (Dor, 2006, p.131).

Se trata de suplir la satisfacción del deseo de la madre, que le es señalada al niño como desfalleciente.

De tal manera, que la hipótesis es la siguiente (Dor, 2006): el niño percibe que el deseo de la madre si está posicionado en el padre; más sin embargo el padre no la satisface; esto favorece la posibilidad para el niño para una suplencia posible.

Por una parte el niño se confronta con la ley del padre, pero también con el mensaje de la insatisfacción materna. Además, cabe recalcar, que es una insatisfacción parcial, que la madre intentará suplir mediante el complemento de su hijo.

Pasemos ahora a revisar los rasgos de carácter de la estructura obsesiva.

Dor (2006) pone énfasis en la “necesidad” y “deber” que rodean a la organización obsesiva del placer. Y agrega: formaciones obsesivas, aislamiento y anulación retroactiva, ritualización, formaciones reactivas, el trío: culpabilidad, mortificación y contrición, y el “carácter anal” del que habló Freud.

El niño gozaba de los cuidados maternos, que incluía la satisfacción de sus necesidades y cuidados que exigían acceso al cuerpo del niño. Las obsesiones vendrían siendo “reproches disfrazados” que la persona se dirige hacia su persona, relacionada con actividades sexuales infantiles productoras de placer.

Es importante mencionar, que el desfallecimiento de la satisfacción del deseo materno que fue significado al niño, es experimentada en el modo de una seducción. Y siempre es la madre, quien despierta y mantiene a su hijo en su goce libidinal. El niño es objeto de una seducción erótica pasiva por parte de su madre.

Esta situación da lugar a que el niño permanezca preso del deseo insatisfecho de la madre, y no mediatice su deseo por él mismo.

Así es como el niño queda apresado en la culpabilidad, que evoca de una manera indirecta el privilegio casi incestuoso del niño junto a la madre frente a la castración. Por tal motivo, el obsesivo queda apresado continuamente en el temor de la castración.

Dor (2006) también nos habla de la postura del obsesivo ante el padre. Él nos dice que el obsesivo “no puede perder”. El obsesivo se constituye como un “todo para el otro”, y de esta forma controla y domina todo, para que este otro no se le escape de nada. La pérdida de algo del objeto, lo llevaría a la castración. Superar la castración es intentar conquistar y mantener un estatuto fálico junto a la madre, o ante cualquier mujer; pero la ley del padre se hace presente; así que la culpabilidad es irremediable.

Esto lleva al obsesivo a una posición estructuralmente particular en relación al padre. Y es así, como se da lugar, gracias al imago paterno, que caracteriza muy bien a los obsesivos. No dejan de tratar de remplazar al padre, o de cualquier figura representativa del padre; de la forma que sea. El desenlace de esto sería poder “matarlo” para poder ocupar su lugar ante la madre. Esta problemática aparece una y otra vez, y siempre con el mismo objetivo: lograr tener el lugar del otro.

Al mismo tiempo, el obsesivo se asegurará de que obtener ese lugar (el lugar del padre) es ilegítimo; es decir, que el Padre no puede ser suplantado. El obsesivo estará atrapado en esa relación incestuosa con la madre.

Esto nos lleva a hablar de una manifestación común del obsesivo: la transgresión. Sucede por su ambivalencia frente a la ley del padre, y el control que mantiene sobre el objeto lo lleva a confrontarlo con la transgresión. Es típico observar la transgresión bajo la forma de su contrario en el obsesivo; es decir, se hace gala de un rigor moral muy estricto. Tiene un respeto y rigor por cumplir las normas y leyes de una manera ostentosa. Demuestra honestidad en todos los planos de su vida, y defensor de las virtudes y valores humanos. En realidad los obsesivos vendrían siendo los más pobres moralistas.

De esta forma, se puede ver un mecanismo típico de los obsesivos, que es el aislamiento; éste tiene el objetivo de desconectar un pensamiento, actitud o comportamiento, de la serie lógica a la que pertenece, y lo neutraliza en el plano de los afectos.

Otro mecanismo común es la anulación retroactiva. Mediante este proceso el obsesivo rechaza pensamientos o actos e intenta hacer como si no hubieran sucedido, la minimización es un proceso de este mecanismo.

Por último, Dor (2006) habla del obsesivo y de sus objetos amorosos. Con sus objetos amorosos el obsesivo da “todo y nada de nada”, “todo” refiriéndose a que puede sacrificarlo todo y “nada” en el sentido, que como ya vimos, no puede perder.

El obsesivo controla todo, y para ello debe asegurarse de que el otro esté bien muerto; es decir, nada se debe mover, nada debe gozar, el deseo debe estar bien muerto. Como no da nada, nada puede perder. Si ve goce en el objeto, el obsesivo será capaz de sacrificarlo todo, y a dar cualquier cosa, con tal de que las cosas regresen a como estaban antes.

El motivo por el que es tan importante la pérdida en la lógica del obsesivo, es justamente porque lo lleva a la cuestión de la falta.

El objeto de amor del obsesivo va a ocupar de una manera preferencial el lugar del muerto. Para poder ser amado, el objeto del obsesivo debe estar bien muerto. Ya que si el otro está muerto, no desea; y de esta manera el obsesivo puede permanecer tranquilo. El otro “no puede demandar nada”, y si lo hace significaría que “desea”.

Dada esta situación el objetivo se esforzara mucho para que al otro no le falte absolutamente nada, y así no se mueva de su sitio. Dor (2006) nos menciona ejemplos, nos cuenta acerca del hombre que colma de todo a su mujer, la satisface de todo, para que no le falte nada y no tenga motivos por los cuales demandar algo, o desear. Estos hombres derrochan, no tienen límites en satisfacer a su pareja y tenerla en una prisión de “primera clase”.

Además, el obsesivo espera que su pareja sea muy agradecida, que acepte su muerte, y que lo menos que podría hacer es mostrarse contenta. En conclusión la estrategia del obsesivo estaría en encontrar un objeto vivo, transformarlo en muerto y estar vigilando que lo siga siendo.

El objetivo es lograr que mediante su objeto de amor, que nada le falta y que lo tiene todo, pueda brillar en él también su propietario, es decir, el obsesivo.

El obsesivo, nos dice Dor (2006) debe estar asegurándose de que su objeto de amor este bien muerto. Un muerto no debe de gozar, esa mujer no debe gozar, y si goza es una traidora, ya que si goza, implica que desea, y ¿con qué derecho?

En conclusión, el obsesivo se esfuerza por serlo todo para el otro, pero termina posicionándose como “no siendo nada”.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Partimos de la definición que da Freud de Psicoanálisis en Dos artículos de enciclopedia, publicado originalmente en 1922 , en donde sostiene que: “Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica”. Es la investigación del inconsciente singular de cada sujeto, que se lleva a cabo como parte del análisis. El trabajo presente es una investigación de tipo cualitativo.

La investigación de tipo cualitativa, “consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos” (Martínez, 2006). Es por eso que, una característica que distingue a la metodología cualitativa de otros tipos de investigación es que en esta, “el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan” (Taylor y Bogdan, 2000).

Por otra parte, su objetivo es, en lugar de medir efectos en las variables a partir de la manipulación de otras (investigación cuantitativa), recopilar datos a partir de la observación del sujeto en un determinado ambiente. Es así como, al hablar de investigaciones cualitativas, estamos haciendo referencia a aquellos estudios que “intentan describir sistemáticamente las características de las variables y fenómenos (con el fin de generar y perfeccionar categorías conceptuales, descubrir y validar asociaciones entre fenómenos o comparar los constructos y postulados generados a partir de fenómenos observados en distintos contextos), así como el descubrimiento de relaciones causales” (Quecedo y Castaño, 2002). Por lo tanto, la finalidad de este tipo de investigaciones, será el poder aportar o reafirmar teorías a partir de los elementos que sean recopilados en su desarrollo.

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

Gallo (2012) comenta que el objeto puesto en juego en la investigación psicoanalítica es el sujeto que habla, hay que buscar la precisión en el terreno del lenguaje, y ordenar el campo de los fenómenos a partir de una hipótesis. En la investigación empírica, lo fundamental es la búsqueda de “fuentes”, de “hechos reales”. En la investigación psicoanalítica, en cambio, dado que se le atribuye valor al discurso, la noción de realidad incluye a la realidad psíquica.

El método para el psicoanálisis, no es un “modo de hacer”, sino un “modo de proceder” particular, irreplicable e imposible de evaluar si no es partir del mismo sujeto.

Rodríguez (1994) nos recuerda de la importancia de tratar cada caso como si fuera el primero, y desestimar todo el saber adquirido.

El método para la investigación cualitativa, y en el psicoanálisis, evoca un modo de proceder sistemático, un orden manifiesto en el que cada paso es debatido, justificado con argumentos, y reflexionado. Es obligatorio admitir la sorpresa. (Gallo, 2012).

Por lo tanto, y siguiendo la línea del trabajo que se realiza en la práctica clínica con un enfoque psicoanalítico, cabe mencionar que para que esta tarea pueda ser conducida de manera satisfactoria, existen varios elementos correspondientes al modelo psicoanalítico los cuales se deben tomar como punto de partida en toda intervención. Estos comprenden el dispositivo analítico (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia), el encuadre analítico (horarios, frecuencias por semana, tiempo de la sesión, honorarios,

posición), y el proceso analítico (transferencia, resistencia, elaboración e intervención); mismos que serán definidos a continuación tomando como referencia el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996).

Dispositivo analítico. (Invariables del método)

- **Asociación libre.** Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea.
- **Atención Flotante.** Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado.
- **Neutralidad.** Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.
- **Abstinencia.** Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la

abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

Encuadre psicoanalítico. (Variables instrumentales en relación al presente Estudio de Caso).

- **Horario:** Lunes y Jueves a las 6pm.
- **Frecuencias por semana.** Dos sesiones por semana.
- **Tiempo de la sesión.** 45 minutos.
- **Honorarios.** \$100.00 por sesión.
- **Posición.** Cara a cara.

Proceso analítico. (Producto del dispositivo y encuadre)

- **Transferencia.** Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.
- **Resistencia.** Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente.
- **Elaboración.** Término utilizado por Freud para designar, en diversos contextos, el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que

le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. La elaboración psíquica consiste en una transformación de la cantidad de energía, que permite controlarla, derivándola o ligándola.

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

En base a lo anterior, y más que tomarlo como un instrumento, vemos que este modelo de intervención tiene como basamento los elementos surgidos del proceso analítico mismo que, desde esta perspectiva, producen la información como resultado de la interacción sucedida en el tratamiento analítico. Por lo tanto, los procedimientos llevados a cabo tienen como objetivo describir las condiciones materiales que permiten la instauración de la intervención clínica. Es por eso que, para estos fines, se han establecido los siguientes elementos:

- **Método de la asociación libre:** que el paciente hable de todo lo que pase por su mente. Que no lo juzgue ni lo critique, solamente lo mencione.
- **Formas de intervención:** señalamientos, confrontaciones e interpretaciones.
- **Frecuencias por semana:** dos sesiones por semana.
- **Honorarios:** \$100.00 por sesión.
- **Tiempo:** 45 minutos.
- **Condiciones institucionales:** proceso realizado cara a cara, dentro de un cubículo, ubicado en el segundo piso de la Unidad de Servicios Psicológicos. Se buscó que fuera el mismo cubículo para ambas sesiones cuidando, en la medida de lo posible, cambio alguno.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

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

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

Instrumentos para recabar información.

- **Ficha de identificación.** Proporciona los datos del paciente tales como: nombre, edad, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono, entre otros.
- **Discurso del paciente.** Asociación libre.
- **Viñeta clínica.** Registro anecdótico de cada sesión de análisis. Ésta sirve para retomar elementos que se expondrán en el Estudio de Caso (contenido lo más apegado posible al discurso del que se relacionará con la teoría).
- **Preguntas sobre datos específicos.** Surgen cuando queda alguna duda respecto al discurso, o no se tiene la suficiente información al respecto, y se pregunta para clarificar la situación que nos está narrando el paciente.

Instrumentos de concientización.

- **Interpretación.** Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto.

La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

- **Señalamientos.** Tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en su discurso, observe y sea capaz de brindar mayor información. (Etchegoyen, 1986).
- **Confrontación.** Dirige la atención del paciente hacia puntos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas. (Etchegoyen, 1986).
- **Construcción.** Término propuesto por Freud para designar una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstituir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto.

CAPÍTULO IV

1. HISTORIAL CLÍNICO

1.1 Resumen general del caso clínico

El presente Estudio de Caso aborda la problemática de un paciente de sexo masculino, de 18 años de edad (al inicio del tratamiento contaba con 17 años de edad), de ocupación estudiante a nivel licenciatura (aunque cuando inicio el análisis acaba de terminar la preparatoria, no sabía qué carrera estudiar y se metió a trabajar en una clínica de yoga). Su complexión es delgada y su estatura media, su tez es blanca y su cabello es café, rizado y muy esponjado; así mismo, acude a las sesiones con el cabello suelto y medio largo, despeinado, conforme va pasando el tiempo, va cortándolo y peinándolo, de una manera más presentable; su vestimenta regularmente es de playera, pantalón de mezclilla y converse; siempre se presentaba aseado y a la “moda”.

Su lenguaje incluye palabras de “moda”, y su manera de hablar y las palabras que utiliza siempre fueron muy respetuosas; solo en contadas ocasiones utilizó alguna palabra altisonante. Llegó a la consulta derivada del Departamento de Orientación Vocacional a partir del proceso de selección para alumnos de ingreso a la Facultad de Psicología, y se ha mantenido generalmente constante y puntual en su asistencia.

La finalidad del tratamiento, en un principio, era abordar las cuestiones arrojadas por el examen psicométrico, mismas que imposibilitaban el ingreso a la Facultad en ese momento. El hecho de no haber sido aceptado en la facultad de psicología, produjo dudas en el paciente que fue lo que lo llevó a un análisis. Durante el tratamiento, comenzaron a surgir interrogantes sobre su propia vida, sobre su propio deseo; no sabía si seguir estudiando o no, ni qué carrera estudiar, cuál era su verdadera intención al momento de intentar entrar a psicología, su transición de adolescente a adulto, una búsqueda de identidad. Y después de unos meses comenzaron a relucir las dificultades en relación con su padre, tenía una idea muy desintegrada de las figuras parentales, en donde “el malo” era el padre y “la buena” era la madre.

De esta forma se dio paso al establecimiento de una relación de compromiso dentro del proceso psicoterapéutico, ya que se dio cuenta el paciente de que le costaba mucho hablar de ciertos temas, y otros le afectaban mucho.

Al principio lo que se hizo presente en su discurso es que no se identificaba con nada, buscaba un lugar. No podía decidir si estudiar, y qué estudiar; no sabía que quería él, ni hacia donde se dirigía. También se observó su dificultad para entablar relaciones, especialmente con las chicas, y asumir el rol de “novio”. Habla de su familia también, compuesta por su madre, que es ama de casa, su padre es ingeniero y trabaja desde casa. Tiene dos hermanos, su hermana es la mayor, de 25 años, estudió para veterinaria, pero trabaja en una clínica de yoga en el área de recepción, y su hermano, de 23 años, quien dejó trunca la carrera de psicología, y también trabaja en la clínica de yoga. Más adelante, hablaría sobre que su hermano no vive en la casa, decidió vivir de forma independiente.

A lo largo de las sesiones, el discurso del paciente se fue enfocando en la relaciones con sus padres. Se pudo observar como mantiene una relación muy cercana con su madre, pero al mismo tiempo; con una enorme culpabilidad. Con su padre, era todo lo contrario, es alcohólico, y tenía peleas frecuentes con la madre; la madre lo alejó de toda la dinámica familiar, y el padre quedó apartado. Este es el punto central del estudio de caso, ya que el paciente fue delegado por la madre, en una posición que no le correspondía, supliendo para la madre el lugar del padre.

El deseo de la madre se hacía presente también durante el análisis. Cuestionando para que acudir, avergonzada por decirles a conocidos que su hijo acudía con un psicólogo; y de dos sesiones semanales que llevaba el tratamiento; se redujo a una a la semana. Las razones que se dieron fue por cuestiones económicas, pero era notable que intervino el deseo de la madre para que las sesiones se redujeran.

En base a esto, y partiendo de los elementos que el mismo paciente iba aportando dentro de las sesiones, se empezó a trabajar sobre varias cuestiones; especialmente su búsqueda de identidad y su transición a la etapa de adultez; así como también se empezó a analizar la

imagen de las figuras parentales y las relaciones que mantenía con ellos. Conforme avanzaban las sesiones, decidió estudiar una carrera, y entró a la facultad de ingeniería, en donde comenzó a notarse su talento y habilidades para las matemáticas. Después empezó a entablar conversaciones con su padre, y a tener un acercamiento con él. Empezó a integrar el concepto que tenía de su padre, donde lo veía como un padre omnipotente y terrorífico; y pudo iniciar a rescatar las cuestiones positivas de su padre. Y como era de esperarse, a su madre, quien la tenía solo en un concepto positivo, pudo empezar a notar también algunos defectos de ella.

A partir de encontrar esos rasgos “incómodos” y que le causaban suma ansiedad al paciente de su madre, las sesiones se fueron tornando más difíciles, hasta la interrupción del tratamiento del paciente.

1.2 Motivo de consulta

El paciente acude a consulta psicológica porque se lo recomendaron del Departamento de Orientación Vocacional, al no pasar los exámenes psicométricos de admisión para la facultad de psicología. Su motivo fue que le causo decepción y duda el no haber podido lograr pasar esas pruebas psicológicas.

Paciente: “son muchas cosas, la verdad no sé por dónde comenzar, pero vengo porque presenté el examen de admisión para entrar a psicología, y me dijeron que no pase los psicométricos, y me recomendaron tomar terapia. . . “

En las sesiones el paciente no se incluía en las problemáticas de su vida; siempre son sus padres o factores externos los que causan disturbios. Pero en una sesión comentó:

Paciente: sigo sin saber que quiero estudiar, no me decido, nada me convence.

Terapeuta: ¿y qué paso con tu decisión de ser psicólogo?

Paciente: no, ya me di cuenta que esto no es lo mío, y la verdad me ayudo a saberlo el tomar terapia; me di cuenta de que en realidad no quiero ser psicólogo, pero si necesitaba de la psicología. . .

1.3 Demanda de tratamiento

La demanda de tratamiento consiste en descubrir su deseo. En la mayoría de los aspectos de su vida, predominaba el deseo de su madre, o el desconocimiento acerca del suyo.

Está buscando su identidad, una posición, no sabía qué hacer de su vida, qué estudiar; y no podía acercarse a su padre, y no era éste su deseo, sino el de su madre.

1.4 Sintomatología actual

Se observa una gran ambivalencia e indecisión en varios aspectos de su vida. El más predominante es que no sabe qué hacer con su vida; decide estudiar; más porque es una regla social, que porque él realmente lo desee. Y no puede decidirse qué estudiar, un día quiere algo y al otro se decide o le gusta otra cosa.

Igualmente, predomina la culpa. Especialmente a lo que se refiere a su padre, por sus sentimientos de odio hacia él. Así mismo, también le genera culpabilidad el no poder decidir qué carrera estudiar y aportar algo a la sociedad.

1.5 Impresión diagnóstica

Probablemente será una estructura obsesiva, en donde predomina la ambivalencia, indecisión, culpabilidad.

2. ESTRUCTURA SUBJETIVA

2.1 Contexto familiar

El paciente vive en una familia conformada por cinco integrantes. Sus padres tienen una edad alrededor de los 50 años. Su padre es ingeniero civil, y su madre es ama de casa.

El paciente es el menor de dos hermanos. Su hermana mayor tiene 25 años, y es veterinaria. Su hermano tiene 23 años y es psicólogo. Los dos hermanos trabajan en una clínica de yoga.

En el discurso enunciado por el paciente, se deja entrever la existencia de un ambiente familiar conflictivo en el cual el padre está denigrado de la dinámica familiar, y son constantes las discusiones entre los padres. Especialmente en los fines de semana, ya que es cuando el padre consume alcohol. La madre parece tener una muy buena relación con todos los miembros de la familia (excepto con su esposo). Según el discurso del paciente se vislumbra que es la que controla todo desde afuera.

El padre trabaja desde casa; pero aun así está aislado totalmente. Los que más conviven son el paciente y su madre; y la hermana se une en los ratos libres. El hermano ya no vive en la casa; decidió vivir de manera independiente a raíz de las constantes peleas entre los padres. Hay muy poca comunicación entre el padre y todos los miembros de la familia.

Hay una estrecha y muy buena relación con su madre; mientras que con su padre es muy distante. El paciente se lleva muy bien con sus hermanos; aunque hay una relación más cercana con su hermana.

No hay más datos, el paciente aún no ha hablado de la historia de sus padres, ni de cómo se conocieron y decidieron casarse.

2.2 Figuras Significativas

Entre las figuras que predominan en su discurso se encuentran mamá y papá.

Habla de la figura paterna, como un padre distante, frío, que trabaja mucho, alcohólico y ausente; más sin embargo también se habla de un padre que le ha pedido perdón, que lo abraza, que le dice que lo quiere. El concepto que tiene el paciente de su padre, son del discurso de la madre; más que de pláticas o hechos reales entre el paciente y el padre.

La figura materna él la describe como cálida, comprensiva, una madre que da todo por sus hijos, y con la que tienen una muy buena comunicación.

Se infiere que es una madre que se encarga de unir a los hermanos; pero también de distanciar al padre.

Tiene ideas arraigadas del concepto de la familia, el matrimonio, tener hijos antes del matrimonio. Es muy dominante, y utiliza al paciente para el rol de esposo. Con su esposo tiene un total desapego. Mientras que con el paciente, le avisa cuando va a salir, le manda mensajes a su celular, le compra cosas, come y sale con él.

Así mismo como madre, también toma un papel muy sobreprotector, y quiere controlar y decidir en todo lo que sucede con sus hijos; o el polo opuesto, se vuelve completamente desinteresada si no se toma en cuenta la opinión de ella.

2.2 Estructuración Edípica

Se observa, a través de lo que ha comentado el paciente, que tuvo un lugar predominante la madre, él fue el más pequeño; así que la madre se dedicó a cuidarlo y consentirlo completamente. Hubo “mucha madre”; mientras que el padre se la pasaba trabajando, además de que el paciente refiere que es alcohólico, consume alcohol todos los fines de semana; pero no menciona desde cuándo. Ni tampoco menciona muchos datos sobre su infancia.

Predomina la ambivalencia, ya que por un lado se ama y admira al padre; pero por otro lado es el perturbador de su relación con su madre; creando sentimientos de culpabilidad que prevalecerán.

Actualmente mantiene una relación muy cercana con su madre, hay una muy buena comunicación; y al parecer la madre sigue siendo una buena proveedora; es decir, le hace de comer, lo lleva y lo recoge de la mayoría de los lugares a donde va; por ejemplo ella es quien lo lleva y lo recoge de su terapia.

Mientras que con el padre hay una relación muy pobre, no hay mucha comunicación, el paciente lo siente como un padre frío, insensible, y la mayoría de las veces, ausente. El refiere que “lo odia”; pero al mismo tiempo esto crea fuertes sentimientos de culpabilidad en el paciente (y lo dice entre largos llantos).

Su padre fue quedando denigrado de la dinámica familiar por la madre. A raíz de una escena de su infancia muy característica, que recuerda el paciente. En donde su padre queda aislado totalmente, y de manera simbólica, el paciente pasa a ocupar el lugar del padre.

El paciente no ha tenido novia, y no se relaciona mucho con mujeres. Su círculo principal es de amigos, solo del sexo masculino. Le gustan algunas chicas, pero tiene dificultades para acercarse a ellas, y entablar una relación.

En las sesiones, habla de una chica que le gusta, le habla poco, e intenta invitarla a salir, pero no hace nada por despertar el interés de la chica, y ante las negativas de ella; él decide ya no seguir insistiendo.

En la relación transferencial, con su terapeuta mujer, aparece que es un trato muy “íntimo” y que no lo había tenido con nadie. Y no se siente cómodo, justamente cuando se toca el tema de su madre, y encontrar su deseo, lo que él verdaderamente quiere, y quitarlo o separarlo del deseo de su madre, le genera mucha angustia.

2.3 Eventos Traumáticos

Un evento que marcó el lugar que le impuso la madre al paciente, fue cuando:

El paciente estaba en Kinder, por lo cual salía más temprano que sus hermanos de la primaria. Entonces comía con su mamá y su papá juntos; más tarde comían los hermanos.

Siempre comían los tres juntos; pero de pronto, recuerda el paciente, que un día su mamá le sirvió de comer en la cocina, y ahí comió solo con su mamá. Desde ese entonces solo comió con su mamá, y nunca han vuelto a comer con su papá.

Actualmente Daniel sigue comiendo con su mamá, y en ocasiones su hermana se les une. Su papá come a una hora diferente de todos los integrantes de la familia.

2.4 Perfil Subjetivo

- **Maneras de Interacción.** Vinculación con otras personas que está caracterizada principalmente por pasividad, cumpliendo el deseo del Otro. Y si no lo consigue, siente culpa e inseguridad. En el trabajo, con los amigos, o cuando sale con chicas, intenta darles o complacerlos en todo.
- **Rasgos de Carácter.** Predominan rasgos obsesivos, tales como indecisión en todos los aspectos de su vida, ambivalencia, sentimientos de culpabilidad, especialmente en la relación con su madre. Se muestra muy puntual, y ahorrativo.
- **Mecanismos de Defensa.** Represión, asilamiento, racionalización, intelectualización.
- **Características del Superyó.** Superyó rígido, sometiendo al Yo a sus exigencias, respeta y sigue con esmero las reglas, la ética. Intenta seguir lo marcado por la cultura y sociedad, sin excepción.

3. CONSTRUCCIÓN DE CASO

En este apartado, que contiene propiamente la construcción del Caso Clínico, el objetivo principal es ofrecer distintos momentos por los que atravesó el proceso terapéutico, para ir esclareciendo junto con el marco teórico, la suplencia del padre, la insatisfacción de la madre, y la culpabilidad en la neurosis obsesiva dentro del caso clínico.

Se podrán ver momentos clave en el proceso analítico, a través del discurso del paciente y las respectivas intervenciones por parte del terapeuta, que nos permitan observar la evolución del caso.

Para esto, a continuación se hará un planteamiento del Caso Clínico analizado partiendo de las siguientes categorías descriptivas:

1. LA MADRE INSATISFECHA

Una de las problemáticas principales del obsesivo es haberse sentido demasiado amado por la madre.

Dor (2006) nos dice que el obsesivo se manifiesta como un sujeto que fue particularmente investido como objeto privilegiado del deseo materno. En esta dinámica, la madre encuentra supuestamente lo que no logra encontrar con el padre. En este caso, el niño es capturado bajo la idea de que la madre podría encontrar en él aquello que supuestamente debería de hallar en el padre.

Además, cuando hay presentes ambigüedades en el discurso de la madre, imaginariamente el niño quedaría instalado en un dispositivo de suplencia para la satisfacción del deseo materno.

El desfallecimiento de la satisfacción del deseo materno fue precozmente significado al niño. Siempre es la madre la que despierta y mantiene al niño en el registro de su goce

libidinal. La madre es seductora, en cuanto a los cuidados que requiere contacto físico en el niño pequeño. Y el obsesivo busca su repetición. El niño fue el objeto de una seducción erótica pasiva por parte de la madre.

Este exceso de amor que viven los obsesivos se origina por la seducción erótica materna hacia el niño para una suplencia de su insatisfacción. Y a consecuencia de esto, no permite que el niño mediatice su propio deseo, sino que está atrapado en el deseo de la madre.

SESIÓN #6. 26 de septiembre, 2013.

Paciente: *aquí la historia se va a extender, pues es que un día en la noche, me fui a dormir, y todo bien, mi mamá se iba a ir de viaje muy temprano por la mañana. Entonces esa noche, no sé si lo soñé, no, no, no lo soñé, bueno pues es que sentí que entró al cuarto, y me dio un beso, como para despedirse, y no sé, creo que me persino, y pensé “que linda mi mamá”, pero luego por la mañana ya no podía escuchar bien de un oído, como que sentía que tenía un tapón de cerilla, y luego de rato ya no lo sentí, pero después lo volví a sentir, y fue cuando definitivamente decidí que tenía que ir al médico ...*

Terapeuta: *veo que tienes una relación cercana con tu mamá*

Paciente: *si, de hecho platicamos mucho, por whats app habló con ella, ahora que está de viaje, ella me va a avisando todo, cuando ella llegó, hacia donde se dirige, y me va diciendo todo lo que hace.*

SESIÓN #24, 16 de enero, 2014.

Paciente: *bueno creo que tendremos que reducir las sesiones a una sola por semana. Es por cuestiones económicas, mi mamá dice que quiere ahorrar. La verdad, es que mi mamá me dijo que mintiera, que le dijera que ya no voy a tener tiempo de venir, pero yo no he querido hacerlo.*

Este cambio fue por el deseo de su madre, en anteriores sesiones, se venía observando resistencias respecto de la madre para que el paciente continúe con su proceso analítico.

SESIÓN #33, 27 de marzo, 2014.

Terapeuta: *¿Cómo si intentarás demostrar algo con esos 100 de los exámenes?*

Paciente: *mmm, Valor*

Terapeuta: *¿valor, cómo de qué o de quién?*

Paciente: *que valgo (se le ponen los ojos llorosos), y bueno, la verdad es que también pensé...para mi mamá. Pero de verdad que no quiero tocar este punto, no quiero.*

¿No será como una resistencia, o cómo un efecto secundario por ya no venir las dos sesiones a la semana?

Terapeuta: *no, es más bien, que es sólo tu deseo de volver a venir dos veces por semana*

Paciente: *pues sí, es que yo creo que si me está ayudando mucho la terapia, a pesar de que mi mamá me dice: “ya no vayas”, pero yo si quiero seguir viniendo.*

Terapeuta: *claro, porque estas escuchando y siguiendo tú deseo, no el de tu mamá.*

SESIÓN #25, 29 de enero, 2014.

Paciente: *...tuve un sueño, soñé que estaba en el cuarto de mis padres, estaba en una ventana que tiene el cuarto, y por esa ventana se puede ver el techo y el porche, de la casa de enseguida, y yo estaba en la ventana porque iba a poner unos periódicos en el vidrio, y mi mamá estaba a mi lado. Para esto, le quiero decir que hay unos videojuegos, que juego mucho con un amigo, con Ron, y salen unas brujas, que están muy tranquilas, pero si haces algún ruido o algo que les moleste, explotan, se enojan y te dan un golpe mortal, te matan. Entonces en el sueño aparecían estas brujas, veía desde la ventana, a una chica y se movió, y la bruja se alteró y le dio un golpe, y pensé “hay que pendeja”, pero después justo en la terraza que se ve desde mi ventana estaba una bruja, ósea estaba casi enfrente de mí, agachada y sin hacer nada, entonces me asusté mucho y le digo a mi mamá casi susurrando: “ven, agáchate, solo cállate, no digas nada y tampoco te muevas”. La verdad es que estaba muy asustado, y hasta me desperté temblando de miedo.*

Terapeuta: *qué curioso, ¿por qué estaría ahí tu mamá?*

Paciente: *no sé, pero fue un sueño que de verdad se convirtió en pesadilla*

Terapeuta: *¿por qué se convirtió en pesadilla?*

Paciente: *pues porque estaba con mi mamá, y primero no vi nada en la ventana, y después volví a fijarme y ya había algo: estaba la bruja, y de verdad me dio mucho miedo.*

Paciente: *...pero a ver qué pasa, porque mi mamá siempre decide*

Terapeuta: *entonces ¿se hace o se hará lo que diga tu mamá?*

Paciente: *mmm... no lo había pensado antes, pero sí... hay, es que no quiero pensar mucho en esto... siento que es un tema muy difícil, y no sé si continuar o mejor cambiar de tema.*

Terapeuta: *¿Por qué será tan difícil de tocar?*

Paciente: *no sé, es que ya le había contado algo de mi mamá verdad, como que hay ciertas cosas que no me gustan de ella, no sé, me irrita...*

Terapeuta: *y es que es difícil, el darte cuenta que papá tiene aspectos positivos, que puedes hablar con él, incluso ponerle límites; pero también darnos cuenta que mamá también tiene sus aspectos negativos.*

Paciente: *(llora) si, yo creo que por eso me costaba tocar el tema*

Terapeuta: *y se relaciona con tu sueño, al momento de tener cerca a mamá, a un lado, a la mamá buena, a la que siempre has conocido; pero de pronto se aparece justo esa parte negativa, mala, que nos llena de terror, y es mejor poner o trasladar todo eso negativo en una bruja.*

En estos relatos se deja ver la cercana relación entre su madre y el paciente. Una madre seductora, proveedora de todos los cuidados, e insatisfecha. Desplaza en el paciente, lo que ella bien podría tener con el padre.

También lo podemos ver en el sueño, es una madre tan seductora, que también hace daño, lastima, hiere. Desplaza la parte negativa de la madre, a esa bruja; y darse cuenta de cómo es en realidad la verdadera madre, conocerla, integrarla, por supuesto duele. O incluso se podría pensar que cualquier otra mujer podría ser aterradora y dar miedo, si él está con su madre. El obsesivo, está atrapado en esa relación incestuosa con la madre.

2. LA SUPLENCIA DEL PADRE

Dor (2006) nos dice que el niño, por el discurso de la madre, puede instalarse imaginariamente en un dispositivo para la suplencia, el cual tiene como objetivo satisfacer el deseo de la madre.

El niño percibe que la madre depende del padre, pero éste no puede satisfacer su deseo; el niño percibe que la madre parece no recibir lo que ella espera del padre. Esta situación provoca que el niño crea que hay la posibilidad de una suplencia.

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

SESIÓN #11, 28 de octubre, 2013.

Paciente: *y por fin se lo dije, le dije a mi papá: “te odio”, (lo dice muy triste y llorando) siento que el venir a terapia me dio la fortaleza para decírselo. Una vez mi mamá me contó un fragmento de una historia de un comic, se trataba de un niño chiquito, que le dice a su padre: “ojala te mueras”, y la madre, le dice que si se muere ya no le podrá decir que lo odia.*

SESIÓN #13, 4 de noviembre, 2013.

Paciente: *y pasó lo de todos los fines de semana... estaba leyendo mails en mi cuarto, llegó mi mamá y la invité, después llegó mi papá alcoholizado, me dijo que si quería que le ayudara a mover un librero, que desde hace tiempo quería mover, le dije que no; pero no se iba, y me dice: “si te estoy molestando dime”. Y si, si me molesta, me caga verlo así. Tomado. Empieza a criticar a mi hermano, y no quería escucharlo, y le grité: “papá en mi*

cuarto No” pero mi papá me ignoraba, seguía hablando, le grité que se saliera del cuarto, y le reclamé de unas pistolas que tiene en la casa escondidas, le reclamé que esas pistolas no tienen que estar en la casa. Mi papá siguió hablando como si nada, hasta que me harté, y le grité: “sabes que salte de aquí, Ya, voy a contar hasta 3,... 1....” y luego mi papá siguió contando y dijo: “2, 3...”, como diciéndome yo soy el “chingón”. Entonces me le pongo enfrente y lo aprieto del cuello, lo ahorco unos segundo, mi mamá empieza a gritar, que ya lo suelte, que me detenga; lo suelto, y lo vuelvo apretar unos segundos. Y mi papá dice: “está bien, te voy a traer las pistolas y tú sabes lo que haces con ellas”. Mi papá me trae las pistolas, yo las tiro en una bolsa de la basura, y me dice: “las pistolas no se tiran”, entonces las saco de la bolsa, les quito las balas, y dejo las pistolas sobre la mesa. No sé qué pasó con las pistolas.

SESIÓN #17, 25 de noviembre, 2013.

Paciente: *el domingo, salí con mi mamá, fuimos a desayunar y al súper. Luego fuimos a una reunión de té, e invitamos a mis hermanos.*

Terapeuta: *¿y no invitaron a tu padre?*

Paciente: *No, desde que tengo memoria siempre ha sido así, solo comemos nosotros tres y mamá ... de hecho, siempre comemos juntos mi mamá y yo, y luego llega mi hermana de la escuela y se nos une, o a veces, la esperamos; mi papá come solo, a la 1pm, en su cuarto.*

Paciente: *me acuerdo mucho que cuando estaba en el Kinder, comíamos los tres juntos, mi mamá, mi papá y yo; porque mis hermanos estaban en el colegio y ellos llegaban más tarde de la escuela. Entonces, de repente un día, comimos en la cocina, solo mi mamá y yo, y jamás volvimos a comer con mi papá.*

Terapeuta: *es evidente que algo paso*

Paciente: *no sé, no... la verdad es que no sé, no tengo idea...*

SESIÓN #32, 20 de marzo, 2014.

Paciente: recuerdo mi primer libro de cuentos, me lo regaló un primo, se llama: “la gallina degollada”una vez una maestra nos pidió que eligiéramos un cuento, y yo elegí ese, es un cuento muy fuerte.

Terapeuta: ¿de qué trata ese cuento?

Paciente: pues resulta que unos esposos tienen tres hijos, pero estos hijos son especiales, con capacidades especiales. Pero un día tuvieron una hija, y la niña fue normal. Entonces los padres le daban todo a la menor, la consentían, la cuidaban mucho. Y pues descuidaron por completo a los otros tres hijos. Un día el padre cocinó una gallina, y los tres hijos especiales vieron como el padre mataba a la gallina, la degolló. Entonces, vieron como la hermanita estaba sola, y ellos le hicieron lo mismo a la hermanita que habían hecho con la gallina. La mataron.

Terapeuta: ¿y qué fue lo que te movió a ti este cuento?

Paciente: pues es que es un tema muy fuerte

Terapeuta: ¿cuál es el tema fuerte?

Paciente: pues como llega la hermana y le quita todo a los otros... y pues me acordé que yo soy el menor, y que pues incluso me decían que cuando era chiquito yo era el “consentido de papá”

Terapeuta: ¿tú te sentiste como aquella hermana del cuento más amada por sus padres?

Paciente: sí, yo creo que sí.

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

Él se ve en esa gallina degollada, que recibió demasiado privilegios y amor (por la madre), que no le queda más que ser degollada, por los hermanos, o en este caso por el padre.

El obsesivo permanece encarcelado al temor de la castración pues, una vez que hubo inscripción paterna, él sabe que el lugar del Padre es imposible de conquistar. Así, pasa

toda la vida convocando el padre para asegurarle el lugar, aunque eso implique colocarse en una posición submisa.

3. “NO SÉ PORQUE PERO SIEMPRE ME SIENTO CULPABLE”

El obsesivo vive con reproches muy bien disfrazados. Son reclamos que van dirigidos hacia él mismo, que tienen que ver con actividades provocadores de placer relacionadas con la actividad sexual infantil.

Ya que cuando fue bebé recibió todos los cuidados y satisfacción de sus necesidades, donde intervenía que la madre tuviera acceso a su cuerpo, y el niño gozaba y disfrutaba estos momentos. (Dor, 2006).

SESIÓN #19, 2 de diciembre, 2013.

Paciente: *es que me siento culpable, cuando les platico cosas a mis amigos siento culpabilidad. Iré un semestre atrás que ellos, y siento que van a pensar mal de mí, que la gente va a pensar “burro huevón”*

SESIÓN #33, 27 de marzo, 2014.

Paciente: *me acordé de que hoy en la tarde estaba en lo de yoga, en recepción, y el señor de la limpieza termina y me dice: “ya termine, ya me voy, ¿no quiere ir a checar?”, y pues pensé ¿para qué?, si me lo está diciendo es porque limpio bien, y le dije que estaba bien, y ya no fui a revisar tampoco. Después de un rato, llega mi hermano, y medio molesto me dice: “oye ¿el señor si limpió?”, y me agarró de sorpresa, y le dije que sí, y luego me dice: “¿Y si lo viste que limpiara o tú solo estabas en tu rollo?”, y le digo que No, que no lo vi, y luego me pregunta: bueno ¿pero al final fuiste a checar que estaba limpio?, y le dije: “sí, claro, yo cheque”, y ya mi hermano se fue. Y la verdad me sentí pésimo, ósea ni me fije cuando el señor me dijo, y le mentí a mi hermano, me sentí con mucha culpa.*

Terapeuta: *como si hubieras hecho algo muy malo*

Paciente: *si, exacto*

Terapeuta: *y fíjate que también te pasa, cuando te exiges mucho para sacar esos 100 de calificación, porque si no los sacas es la misma culpa y el sentimiento de haber hecho algo muy malo.*

Se puede observar cómo se siente culpable, por cuestiones que pudieran pasar por insignificantes; él se las reprocha como si hubiera cometido una grave falta. Así es como el niño queda apresado en la culpabilidad, que evoca de una manera indirecta el privilegio casi incestuoso del niño junto a la madre frente a la castración. Por tal motivo, el obsesivo queda apresado continuamente en el temor de la castración.

4. LA “ÉTICA” Y LA “MORAL” ANTE TODO.

Dentro de la estructuración Neurótica Obsesiva, se puede observar el rasgo de la transgresión; la más de las veces representado por su contrario. Bien nos menciona Dor (2006) que el obsesivo tiene un enorme rigor moral. Se hace defensor de las virtudes y de la legitimidad de las normas establecidas. Tiene un afán de honestidad en todos los planos de su vida. Una meticulosa ética y rigidez por seguir las leyes y las normas.

Debe entenderse esto bajo la forma de que es justamente el deseo inconsciente de transgredir todas estas normas. Realmente los obsesivos son los más pobres moralistas.

SESIÓN #3. 12 de septiembre, 2013.

Paciente: *...y sucedió algo, un día fui a la clínica de yoga, y estaba platicando con la chica que es recepcionista, ella está en el turno de tarde, y me estaba contando que le gustaría cambiarse de horario, por la mañana; ya que salí tarde por la noche y los camiones se ponían peligrosos a esas horas. Y entonces le dije, que pues yo le podía cambiar el turno, ósea que ella se quedara en la mañana, y yo en la tarde. Y luego me quede pensando en lo que hice, porque mis hermanos ya me habían dicho que en la mañana me lo darían a mí,*

para que también tuviera cargos administrativos, y que eso no se podía hacer por las tardes porque era mucha la clientela.

Terapeuta: *¿entonces por qué le diste tu lugar, si realmente tú no querías?*

Paciente: *bueno, pues porque es una señorita, no podía permitir que se regresara sola y tan tarde a casa...*

...Ya estoy en trámites de sacar mi credencial de elector, y me da miedo lo de la cartilla militar, que nervios, mis amigos también van a ir, y pues a ver que nos toca, excepto por uno que es bien especial, él si dice: “si me toca la bola negra yo si doy una mordida”, ósea va a sobornar, Yo no estoy de acuerdo y pues toque lo que me toque lo voy hacer.

Terapeuta: *en todo lo que me has contado el día de hoy predomina la ética, lo correcto, siempre cumpliendo la norma. Tal como cederle tu lugar a la chica, no realizar un soborno, predominan las reglas.*

SESIÓN #4. 19 de septiembre, 2013.

Paciente: *...me estuve acordando de lo que me dijo la sesión pasada, de que seguía mucho las reglas, la ética y se me vino a la mente una banda que me gusta mucho, y me encanta, por ejemplo, que ellos están en contra del alcohol y de las drogas, y en una ocasión los querían entrevistar para un artículo de una revista, pero también se hacía mucha promoción en esa revista del alcohol, y era una excelente oferta; pero ellos la rechazaron, porque iba en contra de sus creencias. Yo también estoy en contra del uso del alcohol y drogas, no te traen nada bueno.*

SESIÓN #17. 25 de noviembre, 2013.

Paciente: *me gusta ver series que tengan que ver con policías, hay una que trata de policías y como atrapan a narcotraficantes, y pues por ejemplo, yo estoy en contra del racismo, de las injusticias; principalmente estoy en contra de la discriminación de la mujer.*

En esta parte de las viñetas podemos darnos cuenta claramente de cómo se rige por una ética y moral impecables. Su honestidad y rectitud las desplaza a todos los planos de su vida.

CAPÍTULO V

SINTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Las categorías elegidas en la sección anterior describen bien la problemática que vive el paciente en su dinámica familiar, y como cumplen éstas con los objetivos planteados, es decir; mostrar en este caso el deseo insatisfecho de la madre, la suplencia paterna y los sentimientos de culpabilidad.

Me parece muy importante mencionar, cómo el paciente no identificaba ningún problema, ni tampoco se incluía en la problemática. Hasta que no pasa los exámenes psicométricos para entrar a la facultad de psicología, es cuando se despierta la duda, cuando aparece el interés por cuestionarse si realmente las cosas van bien o algo está pasando.

Pérez, L. (2010) nos habla sobre que muchos pacientes aún se siguen presentando en las terapias bajo el orden de un paciente orgánico con un síntoma orgánico, piden que se les quite el síntoma que les molesta, del cual no quieren saber nada, que es ajeno a ellos, que no tiene nada que ver con ellos, así que mucho menos les interesa saber por qué se ha producido, cuál es su significación y por supuesto también la responsabilidad que tienen ante ese malestar que padecen. Tienen ellos una demanda muy específica, y la quieren solucionada en el menor tiempo posible; es: “quítame esto que me está molestando, rápido, que no es mío, y que yo no tengo nada que ver con esto”. La mayoría de estos pacientes se van, abandonan el tratamiento.

Este caso se trata de un paciente que se quedó, y se pudo trabajar un poco más de un año. Aunque en un principio no se implicaba en ninguna problemática, él sospechaba que algo no andaba bien, y conforme el análisis avanzaba más dudas iban surgiendo, va en busca de un “Sujeto supuesto saber” cómo lo llamó Lacan.

Comenzaron a salir sus problemáticas conforme avanzaba el análisis, primero el no saber qué estudiar, no saber qué quiere, ni quién es, ni a dónde va. Su deseo estaba completamente escondido. Y poco a poco, salió lo que en verdad le causaba conflicto, la relación con su padre; y finalmente, la más dolorosa, la relación con la madre. Las

intervenciones apuntaban a encontrarse a él mismo y a su deseo, a cuestionar la imagen de ese padre “malo y terrorífico” que él tenía y que realmente no era una visión de él; sino que le fue transmitida. Y, las más importantes, a cuestionar como se posicionaba ante su madre, y que después de todo, se pudiera dar cuenta de que también tiene defectos igual que el padre.

Al principio de las sesiones se mostraba un chico tímido, que le era muy difícil expresar lo que sentía o lo que de verdad quería; siempre imponiendo el deseo de los demás ante el suyo. Con una relación muy pobre con su padre, y con quién solo tenía una relación muy cercana era con su madre. Pocos amigos, y todos del sexo masculino. No sabía qué estudiar, ni que le gustaba. Conforme avanzaba su análisis, el paciente pudo decidir por él mismo que estudiar, y sobresalió por su creatividad, y la facilidad para resolver los problemas (eligió ingeniería). Consiguió más facilidad para hablar, y expresarse, incluso de utilizar algunas palabras altisonantes en la sesión. Comenzó a entablar conversaciones con su padre, y a establecer una nueva forma de relación con él (que no tenía); y antes de que él decidiera finalizar con el análisis, empezó a hablarles algunas chicas, y a salir con algunas de ellas, para finalmente cuestionarse la relación con su madre y la figura de su madre, que como su padre, también tenía aspectos negativos, o que no le gustaban, y que era imposible para él tolerar, y aceptar.

Vi grandes avances durante el análisis del paciente, definitivamente una nueva postura, un nuevo lugar ante su padre; y justo antes de que abandonara su tratamiento se empezaba a cuestionar la relación con la madre. Esa madre que lo tenía atrapado, pero que una vez comenzado su análisis se pudo hacer un movimiento de posición, que se traduce en cambios significativos en su vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PERSONALES

El presente trabajo nos permitió describir en general cómo se lleva a cabo una intervención clínica en un caso específico de neurosis obsesiva e identificar y comprender el sentido de sus síntomas desde una perspectiva psicoanalítica.

Concluyo que aquellos momentos más significativos de la intervención clínica en este caso eran aquellos que propusimos como objetivo; es decir cuestionar, analizar, y resolver lo que tenía que ver con el deseo insatisfecho de su madre y la posición que su madre le daba como suplente del padre; así mismo del interminable sentimiento de culpa que esta posición le ocasionaba.

Es un caso muy valioso, ya que permite ver los cambios y movimientos que se fueron dando en la vida cotidiana de un paciente, y que nos lleva a demostrar una vez más el importante valor de la subjetividad. Allá fuera este paciente, era un chico de lo más “normal”, la gente de su alrededor no podía entender como un chico tan “bueno” como él podía acudir con un psicólogo, ¿para qué?, y sin contar, el insistente deseo de su madre, que siempre estuvo a favor de que ya no fuera a análisis. Pero dentro de ese cubículo de la facultad de psicología no era tan divertido. Había incertidumbre, miedo, días en que ni siquiera podía decir una palabra por la angustia que le causaba, días en que se ponía en posición fetal y solo lloraba. ¿Enserio no le pasaba nada? Eso me gusta del psicoanálisis, que te mueve, que te permite ver las cosas desde una perspectiva diferente, y que sabe que el “Ánimo, no pasa nada, no llores, ya no vayas con un psicólogo” no van a solucionar absolutamente nada.

El paciente no termino su análisis, faltaron cosas relevantes por analizar; más sin embargo se movió, no sé con precisión, si mucho o poco, y se fue, con muchas preguntas. Tengo bien en claro, que nada puede ser mejor, que irte con preguntas, y que aprendió bien también a cuestionar las cosas, a interrogarse, y a moverse.

Tenemos un rol muy importante en la sociedad, y es una gran responsabilidad tener un paciente, y verlo y acompañarlo a hacer cambios en su vida. Es como ser un observador, porque no puedes mezclarte; pero al mismo tiempo el paciente te mezcla, en su historia, como solo él sabe hacerlo, por medio de la transferencia; que al menos para mí, es la mejor herramienta del psicoanálisis.

Así, que sin duda, este caso marcó completamente mi forma de trabajar con el psicoanálisis, fue una aventura y todo un descubrimiento; cabe mencionar que yo egresé del área infantil en la licenciatura, por ende, era la primera vez que tenía contacto con pacientes adultos en una terapia individual con este enfoque. Mientras iba revisando mi caso, con las supervisiones, también me iba encontrando y formando como analista yo misma en mi propio análisis. Fue un viaje increíble.

Por último, finalizo compartiendo el impacto que tuvo en mí pasar por la Maestría en Psicología con orientación en Psicoanálisis. En el aspecto personal fue muy duro. Al menos desde mi perspectiva, es una maestría con altas demandas, ya que además de las clases, tienes que acudir a ver pacientes en la clínica, y supervisiones de éstos. Lo cual te obligaba a prácticamente estar toda la semana en la facultad, y dedicar tus fines de semana a hacer tareas, leer y estudiar. Me fue complicado por la cuestión de mi trabajo, la verdad es que no fue nada fácil; pero a pesar de esto si me preguntarán si quiero cambiar o quitar algo, diría que no.

Crecí como persona y analista. Aprendí a lidiar más con la responsabilidad, con la ética, aprendí a tomar mejores decisiones y a cuestionar frente a los pacientes, y también en mi misma. Reforcé el gusto por aprender y saber más.

En el aspecto académico y profesional crecí enormemente. No puedo decir que fue perfecta la maestría, pero ¿acaso hay algo perfecto? Creo que cada uno de los maestros dio lo que mejor podía dar. Y fuera mucho o poco, algo seguramente me ayudó a crecer académica y profesionalmente.

De igual manera, fue de gran valor la adquisición de nuevos conocimientos a nivel teórico-técnico, los cuales son impartidos en las aulas por maestros que tienen una notable experiencia; clases y seminarios que no sólo transmiten conocimiento, sino que promueven la búsqueda de más información por parte de los alumnos.

Y finalmente, la posibilidad de convertirme en una Analista con el conocimiento y las habilidades para poder realizar un trabajo que va sustentado por todo el bagaje teórico y técnico que me ha quedado de aprendizaje. Siento una gran dicha por formar parte de profesionales de salud que están comprometidos con su labor, que piensan en generar cambios y movimientos para tener una sociedad mejor, que tienen una escucha diferente y que saben que el experto, que el que sabe en su vida, es el paciente. No somos simplemente aquellos que se creen más o se ponen arriba de los pacientes, sino que simplemente somos un igual, en donde el paciente deposita en el terapeuta su vivencia diaria, que se repite, y es una gran satisfacción poder devolverle algo de eso, y se posiciona diferente.

Todo esto no me hubiera quedado tan claro de no haber estado en esta Maestría. Un millón de Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

Aranda, B.; Ochoa, F.; Aguado, I. y Palomino, L. (1999). La Función Paterna en la clínica psicoanalítica. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 1(2). Recuperado el 10 de mayo del 2014, de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/funcionpaterna.html>

Constante, A.; Ramírez, C. y Ramírez, P. (2006). El sueño de un padre. El padre, el hijo. La ley. *Revista Carta Psicoanalítica*, 9. Recuperado el 10 de mayo del 2014, de: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article112>

Díaz, I. (2012). *El deseo neurótico*. Psicología Pantera de Itzel Díaz. [en línea] Recuperado el 6 de junio del 2015, de: <http://psicopantera.blogspot.mx/2012/03/el-deseo-neurotico.html>

Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, 2da edición, Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1894). *Neuropsicosis de defensa*. Obras completas, Tomo III. Argentina, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1895). *Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología*. Obras completas, Tomo III. Argentina, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1908). *Carácter y Erotismo anal*. Obras completas, Tomo IX. Argentina, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1909). *El hombre de las ratas, a propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Obras completas, Tomo X. Argentina, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1912). *Tótem y tabú*. Obras completas, Tomo XIII. Argentina: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1913). *La predisposición a la Neurosis Obsesiva*. Obras completas, Tomo X. Argentina, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1922). *Enciclopedia Británica*. “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”. 18: 227-254.

Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras completas, Tomo XX. Argentina, Amorrortu Editores.

Gallo, H. y Elkin, M. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. (1ª ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.

Green, A. (1972). Metapsicología de la Neurosis Obsesiva. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1 (13). Recuperado el 8 de junio del 2013, de: [file:///C:/Users/Nora/Downloads/internet%20green%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Nora/Downloads/internet%20green%20(1).pdf)

Hernanz, E.; Gerber, D.; Gasque, M.; et al. (1998). *Las Suplencias del nombre del Padre*. México: Siglo XXI Editores. Recuperado el 10 de mayo del 2014, de: <http://books.google.com.mx/books?id=rqTсна6bDvoC&pg=PA50&lpg=PA50&dq=la+suplencia+del+padre&source=bl&ots=URxa1MbKq3&sig=hSTanFN9KDGhNRoo0GFuyOy55II&hl=en&sa=X&ei=aUZyU7OUDNDgoATrvIKwBw&ved=0CDIQ6AEwAg%20-%20v=onepage&q&f=false#v=onepage&q=la%20suplencia%20del%20padre&f=false>

Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Martínez, P. (2006). El método de Estudio de Caso: Estrategia Metodológica de la Investigación Científica. *Revista Pensamiento & Gestión*. No. 20. Pp. 165-193.

Michels, R. (1998). The Case History. *Journal of American Psychoanalytic Association*. Pp. 355-375.

Normas Apa (2015). [en línea]. Recuperado el 6 de junio del 2015, de: <http://normasapa.com/>

Ortigoza, M. (2002). El fantasma incestuoso: deseo del hijo. *Revista Carta Psicoanalítica*, 1. Recuperado el 10 de mayo del 2014, de: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article257>

Pérez, L. (2010). La imposible conciliación entre la mística femenina y el fantasma masculino. *Revista Carta Psicoanalítica*, 16. Recuperado el 10 de mayo del 2014, de: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article302>

Quecedo, R.; Castaño, C. (2002). Introducción a la Metodología de Investigación Cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*. No. 14. Pp. 1-26.

Rebollo, I. (2011). *La Neurosis Obsesiva. De Freud a Lacan*. Psicoanálisis Una Causa. [en línea]. Recuperado el 6 de junio del 2015, de: http://www.irebollo.net/index.php?option=com_content&view=article&id=18:la-neurosis-obsesiva-de-freud-a-lacan&catid=6:el-psicoanalisis-temas&Itemid=5

Rodríguez, R. (1994, noviembre 5). *Clínica de la Suplencia Generalizada*. Conferencia pronunciada en el Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata. Recuperado el 10 de mayo del 2014, de: <http://www.efba.org/efbaonline/rodriguezp-26.ht>

Taylor, S.; Bogdan, R. (2000). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona. Paidós.

Yin, R. (1989). *Case Study Research. Design and Methods*. California. Sage.