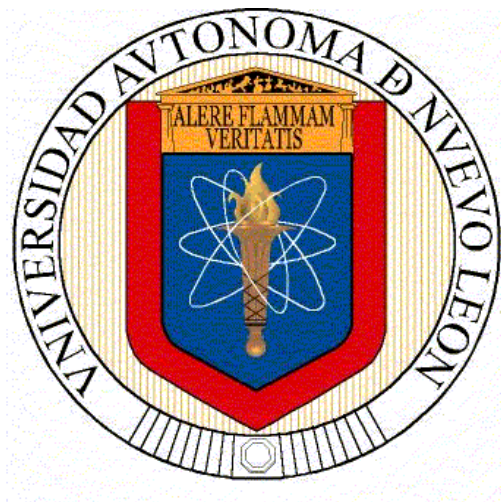


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA: CASO DE UNA NEUROSIS
OBSESIVA**

**PRESENTA
GUILLERMO ROSALES HERNÁNDEZ**

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

NOVIEMBRE DE 2013

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO



TESIS

**CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA: CASO DE UNA NEUROSIS
OBSESIVA**

PRESENTA
GUILLERMO ROSALES HERNÁNDEZ

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

DRA. BLANCA MONTOYA
DIRECTORA DE TESIS

MONTERREY, NUEVO LEON,

NOVIEMBRE DE 2013

Agradecimientos

Muchas gracias a.

Mis sobrinos que son el empuje de seguir preparándome

A mi padre por su apoyo

A mi madre por su cariño y comprensión

A mis hermanas por su paciencia

A mi hermano por su amistad

A los Autores por su conocimiento

A mis Maestros por ser mi guía

A mis amigos y amigas por sus sonrisas

G r a c i a s

Un especial agradecimiento a la

Maestra Carmen Hernández por su amistad y apoyo.

“CRONICA DE UNA MUERTE ANUNCIDA”

Estudio de un Caso de Neurosis Obsesiva

¿Por qué tomar como título de una novela de Gabriel García Márquez el encabezado de una tesis con tinte psicoanalítico?

Desde un inicio, fue porque la novela de este autor me recuerda lo que pasa en un análisis, día con día se narra la muerte... muerte de fantasmas, muerte de personajes; de discursos que lastiman. Se le da muerte a ese imaginario que narra el sujeto, mismos que en ocasiones son como gritos del más allá, detalle interesante, pareciera que nadie los escucha o al menos parece que no.

En la novela, Crónica de una muerte anunciada de Gabriel G.M., que en este caso tal vez debería de ser “Crónica de una muerte observada”, se observa, valga la redundancia, como los personajes son empujados a la acción por fuerzas que no controlan, me pregunto, ¿Esas fuerzas estarán operando inconscientemente... será cuestión de pulsión? Describiendo un poco la Novela, los hermanos Vicario, los asesinos, se ven obligados a cumplir un destino, que es el de lavar la honra de su hermana, matando a Santiago Nasa. Pero ninguno de los dos quiere hacerlo, y como dice el narrador. *“hicieron mucho más de lo que era imaginable para que alguien les impidiera matarlo, y no lo consiguieron”*. El Coronel Aponte, el alcalde, alertado por las voces, los desarma; pero es inútil, pues es demasiado temprano y los hermanos tienen tiempo de reponer con desgano los cuchillos. Clotilde Armenta, la propietaria de la tienda donde los Vicario esperan amanecer, llega incluso a sentir lástima por ellos y le suplica al Alcalde que los detenga, *“para librar a esos pobres muchachos del horrible compromiso que les ha caído encima”*.

Algo más fuerte que la voluntad de los hombres mueve los hilos. ¿Estará operando el inconsciente?

Los vecinos de la familia Nasar, y en realidad todo el pueblo, saben que Santiago va ser asesinado e intentan avisarle, pero ninguna de las estafetas llega a su destino... Nadie escucha...Nadie ve..., deslizan por debajo de la puerta una nota que nadie ve, se envían razones con un pordioseros que llegan tarde y muchos al ver que es una muerte tan anunciada, no hacen nada, simplemente porque no les parece posible, que el propio Nasar o su Madre no lo sepan ya, y no hallan previsto algo para evitarlo. La Madre del narrador es una de las que si cree, que debe hacer algo, entonces se viste para salir a alertar a la mama de Santiago Nasar; pero antes tiene esta extraordinaria conversación con su marido, quien le pregunta *¿Adónde vas?, A prevenir a mi comadre Placida- contesto ella-. No es justo que todo el mundo sepa que le van a matar a su hijo y que ella sea la única que no lo sabe* (García, 1981).

En el Análisis, el paciente es el detective y va descubriendo fantasmas, mismos que lo atormentan y es el que tiene que darles muerte, aniquilarlos, esto claro, al momento del Insight y como por la contraparte, también el Analista se convierte en detective y desde su teoría va dando muerte a esos fantasmas, a esos discursos que suenan como ataque.

Gabriel García Márquez, menciona que Edipo Rey, de Sófocles, es su preferida: *“Porque al final uno descubre que el detective y el asesino son la misma persona”* (Gamboa, 1981).

INDICE

Agradecimiento	2
Resumen	8
Capítulo I Introducción	9
1.2 Antecedentes	10
1.3 Objetivo General	15
1.4 Objetivos Específicos	15
1.5 Supuestos	15
1.6 Limitaciones y Delimitaciones	16
1.6.1 Singularidades del Caso	16
1.6.2 Contexto Institucional.....	16
1.6.3 Características del Paciente.....	16
1.6.4 Dificultades del Caso	17
1.7 Justificación	18
Capítulo II Fundamentación Teórica	20
2.1 Enfoque Psicoanalítico.....	20
2.2 El Síntoma en Psicoanálisis.....	20
2.2.2 La formación del Síntoma.....	22
2.2.3 Síntoma y Angustia	23
2.3 La Estructura	24
2.4 El Modelo Estructural en la Neurosis Obsesiva	26
2.5 Síntoma y Carácter Obsesivo, el desarrollo de la formación de Síntomas.....	27

2.6 Mecanismos de Defensa	28
2.6.1 Anulación Retroactiva.....	28
2.6.2 Aislamiento.....	29
2.6.3 Desplazamiento.....	29
2.6.4 Represión.....	30
Capítulo III Modelo de Intervención y Procedimientos	31
3.1 Investigación Cualitativa.....	31
3.2 Métodos de Investigación Cualitativa.....	32
3.3 Modelo Psicoanalítico.....	35
3.3.1 Dispositivo Analítico (Invariables de Método).....	35
3.3.2 Encuadre Psicoanalítico (Variables Instrumentales).....	35
3.3.3 Proceso Analítico (Producto del Dispositivo y Encuadre).....	37
3.3.4 Instrumentos.....	39
3.3.5 Procedimiento.....	39
3.4 Técnicas y Estrategias de Intervención.....	41
3.4.1 Instrumentos para recabar Información.....	41
3.4.2 Instrumentos de concientización.....	41
Capítulo IV Construcción del Caso	44
4.1 Historial Clínico.....	44
4.1.1 Motivo de Consulta	46
4.1.2 Demanda de tratamiento	46
4.1.3 Sintomatología Actual.....	46
4.1.4 Impresión Diagnostica	47

4.2 Estructura Subjetiva	48
4.2.1 Contexto Familiar.....	48
4.2.2 Estructura Edipica.....	49
4.2.3 Eventos Traumáticos.....	50
4.2.4 Perfil Subjetivo	51
4.3 Paciente Obsesivo y su Relación con la Ley del Padre.....	53
4.3.1 El Obsesivo la perdida y la Ley del Padre.....	53
4.4 La Compulsión a la repetición como manifiesto de la pulsión de Muerte....	58
4.4.1 Pulsión de Muerte como Fuerza de eliminación y delimitación.....	64
Capitulo V Conclusiones.....	66
5.1 Discusiones.....	66
5.2 Recomendaciones.....	67
Bibliografía.....	69

RESUMEN

El propósito del Estudio de Caso Psicoanalítico fue plantear la Dinámica Edípica que dio pie a la estructura de un caso de Neurosis Obsesiva, así como su Pulsión de Muerte; además el objetivo fue en un paciente con esta estructura, como se vinculó afectivamente y agresivamente con su entorno y con sus relaciones de objeto.

El método que se utilizó fue el Método Psicoanalítico a través de la Asociación Libre, Lapsus, Actos Fallidos y Sueños; así como a través de señalamientos, clarificaciones, confrontaciones e Interpretaciones, con la finalidad de mencionar supuestos teóricos que describen los elementos que dan pie para la estructuración de la Neurosis Obsesiva, y su relación con la pulsión de vida y la pulsión de muerte.

La presentación de este Caso analizara la relación de este paciente y su relación con la Ley del Padre, así como a través de su compulsión a la repetición y sus mecanismos de defensa intenta darle muerte a ese ideal del padre.

Para dar cuenta de esto se desarrollaran Intervenciones Clínicas elaboradas mediante narrativas en base a la asociación libre, con la intención de mostrar los hechos que tuvieron impacto en la vida de un sujeto con las características que se mencionaran más adelante.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

El Modelo Psicoanalítico nos permite observar la escisión de un sujeto, su escisión psíquica, y la posible explicación de su conducta, resultado de un conflicto inconsciente, misma que intentaremos explicar a través del presente estudio de caso.

La Investigación es básica en nuestra formación y en nuestro desempeño diario como psicoterapeutas, así como poder teorizar los efectos que tiene la práctica clínica dentro de un proceso psicoterapéutico.

Estaremos ante la presencia de un estudio de caso que nos permitirá dar cuenta del trabajo clínico realizado con un paciente con estructura Obsesiva, que intenta zafarse de la Ley del Padre y como este desprendimiento se observa en la compulsión a la repetición y su pulsión de muerte.

El caso está basado en repeticiones inconscientes que luchan por matar a ese padre, así como de recuerdos infantiles traumáticos que impiden la satisfacción de sus deseos en diferentes áreas.

Esta investigación se presentara en cinco capítulos en los cuales se abordara, desde el Marco Teórico referencial, la técnica utilizada y la articulación de esta con el material clínico.

1.2 ANTECEDENTES

En el texto guerra y muerte, temas de actualidad, de 1915, Freud nos narra cómo las personas tienen una actitud perturbadora ante la muerte, ya que estas sostienen que la muerte es el desenlace natural de toda la vida, y que cada uno de nosotros es deudor de una muerte y deberíamos estar preparados a pagar tal deuda, y que la muerte es natural, indiscutible e inevitable. Pero en realidad, solemos conducirnos como si fuera de otro modo. Mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida. Casi como si no existiera, hemos intentado silenciarla e incluso decimos, con frase proverbial, que pensamos poco en una cosa como en la muerte. Y más si se trata de nuestra muerte, naturalmente. La muerte propia es, desde luego, inimaginable, y cuántas veces lo intentamos podemos observar que continuamos siendo en ello meros espectadores. Así, la escuela Psicoanalítica ha podido señalar de que en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o dicho de otra forma, que en lo inconsciente de cada uno de nosotros, estamos convencidos de nuestra inmortalidad.

“En cuanto a la muerte de los demás, el hombre civilizado evitara cuidadosamente hablar de semejante posibilidad cuando el destinado a morir puede oírle. El adulto civilizado no acogerá gustoso entre sus pensamientos el de la muerte de otra persona, sin tacharse de insensibilidad o de maldad, a menos que su profesión de médico o abogado, etc., le obligue a tenerla en cuenta” (Freud, 1915). De igual forma el sujeto menos se permitirá pensar en la muerte de otro cuando tal suceso comparte para él una ventaja de libertad, fortuna o posición social. Naturalmente, esta delicadeza nuestra no evita las muertes, pero cuando estas llegan nos sentimos siempre hondamente conmovidos y como defraudados en nuestras esperanzas. Acentuamos siempre la

motivación casual de la muerte, el accidente, la enfermedad, la infección, la ancianidad y delatamos así nuestra tendencia a rebajar a la muerte de la categoría de una necesidad a la de un simple azar. Una acumulación de muerte nos parece siempre algo sobre manera espantosa. Ante el muerto mismo adoptamos una actitud singular, como de admiración a alguien que ha llevado a cabo algo muy difícil, le exigimos de toda crítica; le perdonamos, eventualmente, todas sus faltas, disponemos de muerte, y hallamos justificado que en la oración fúnebre y en la descripción sepulcral se le honre y ensalce. La consideración al muerto, que para nada la necesita, esta para nosotros por encima de la verdad, y para la mayoría de nosotros, seguramente también por encima de la consideración a los vivos.

En el malestar de la cultura (1930), Freud entiende a la civilización con la perspectiva de la lucha entre eros y tanatos, y nos menciona que la agresión es una disposición instintiva original en el ser humano y constituye el mayor impedimento en el desarrollo de la civilización, ya que esta, es un proceso que está al servicio de eros, cuya tendencia es unir y combinar a los hombre entre sí, en familias, pueblos y naciones; pero el instinto agresivo propio de la naturaleza humana se opone al programa civilizador, poniendo al hombre en contra de todos los hombre y a todos los hombres en contra de el.

Se puede entender entonces que la manera para inhibir la innata agresividad humana seria introyectarla, internalizarla, mandarla de nuevo a donde se origino pero por consiguiente entonces habrá de suceder, que se buscara en la ficción, en la literatura y en el teatro una sustitución de tales sustituciones. En estos campos encontramos aun hombres que saben morir e incluso matar a otros. Solo en ellos se nos cumple también la condición bajo la cual podríamos reconciliarnos con la muerte; esto es, la de que detrás de todas las vicisitudes de la vida conservásemos todavía otra vida intangible. Es

demasiado triste que en la vida pueda pasar como en el ajedrez, en la cual una mala jugada puede forzarnos a dar por perdida la partida, con la diferencia de que en la vida no podemos empezar luego una segunda partida de desquite. En el campo de la ficción hallamos aquella pluralidad de vidas que nos es precisa. Morimos en nuestra identificación con el protagonista, pero le sobrevivimos y estamos dispuestos a morir otra vez, igualmente con otros protagonistas.

Freud es muy claro para mencionar que en la historia de la Humanidad ha dominado la muerte al señalar que *“en la Historia Universal, encontramos una serie de asesinatos de pueblos. El obscuro sentimiento de culpabilidad que pesa sobre la humanidad desde los tiempos primitivos, y que en algunas religiones se ha condensado en la hipótesis de una culpa primaria, de un pecado original, no es probablemente más que la manifestación de una culpa de sangre que el hombre primordial hecho sobre sí mismo”*..

En otro texto de Freud; *Tótem y Tabú* (1913) y siguiendo las indicaciones de W. Robertson Smith, Atkinson y Darwin, mencionaba, que se ha intentado inferir la naturaleza de esta culpa primaria y que todavía la doctrina actual hace posible inducirla, de tal forma que señala que, *si el hijo de Dios tuvo que sacrificar su vida para redimir la Humanidad del pecado original, este pecado tuvo que ser, según la Ley del Talión, una muerte, un asesinato. Solo esto podía exigir como penitencia el sacrificio de una vida. Y si el pecado original fue culpa contra Dios Padre, el crimen más antiguo de la Humanidad tuvo que ser un parricidio, la muerte del padre primordial de la primitiva horda humana, cuya imagen mnémica fue transfigurada en divinidad*” (Freud, 1915).

Por consiguiente, ante el cadáver del enemigo vencido, el hombre primordial debió de saborear su triunfo, sin encontrar estímulo alguno a meditar sobre el enigma de la vida y la muerte. Lo que dio su primer impulso a la investigación humana no fue el enigma

intelectual, ni tampoco cualquier muerte, sino el conflicto sentimental emergente a la muerte de seres amados, y, sin embargo, también extraña y odiada.

Pero de este deseo inconsciente de muerte, le apostaremos al supuesto de que el curso de los procesos anímicos es regulado automáticamente por el principio del placer. Por lo tanto, creemos que en todos los casos lo pone en marcha una tensión displacentera, y después adopta tal orientación que su resultado final coincide con una disminución de aquella, esto es, con una evitación de displacer o una producción de placer (Freud, 1920).

Freud (1915) pensaba que el principio del placer rige la vida anímica y encuentra su expresión también en la hipótesis, de que el aparato anímico se afana por mantener lo más baja posible, o al menos constante, la cantidad de excitación presente en él. Esto equivale a decir lo mismo, solo que de otra manera, pues si el trabajo del aparato anímico se empeña en mantener baja la cantidad de excitación, todo cuanto sea apto para incrementarla se sentirá como disfuncional, vale decir, displacentero.

El principio de placer se deriva del principio de constancia; en realidad, el principio de constancia se discernió a partir de los hechos que nos impusieron la hipótesis del principio del placer y en relación a esto, este forma parte ante un trabajo primario del aparato anímico, y se torna peligroso en alto grado, para la autopreservación del organismo en medio de las dificultades del mundo exterior.

Bajo el influjo de las pulsiones de autoconservación del yo, es revelado por el principio de realidad que, sin resignar el propósito de una ganancia final de placer, exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar a diversas posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer. Ahora bien, el principio del placer sigue siendo todavía por largo tiempo el modo de trabajo de las pulsiones

sexuales, difíciles de de “educar”, y sucede una y otra vez que, sea desde estas últimas, sea en el interior del mismo yo, prevalece sobre el principio de realidad.

Freud concluye hasta este momento:

“...que sustituye una tajante oposición entre las "pulsiones yoicas" y las pulsiones sexuales, y según en la cual, las primeras se esfuerzan en el sentido de la muerte y las segundas en la de la continuación de la vida, resultara sin duda la insatisfactoria en muchos aspectos. A esto se suma que en verdad solo para las primeras podríamos reclamar el carácter conservador, de la pulsión que correspondería a una compulsión a la repetición” (Freud, 1920).

1.3 OBJETIVO GENERAL

Analizar los elementos estructurales que dan cuenta de la estructura Obsesiva y de su relación con la pulsión de vida y muerte, en este paciente.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar el caso de un paciente Obsesivo y su relación con La Ley del Padre.

Describir la compulsión a la repetición y su ligazón con la pulsión de muerte.

1.5 SUPUESTOS

La pulsión de muerte está estrechamente ligada en Freud a la noción de principio de Nirvana (retorno a la ausencia de excitación, por las vías más cortas) y a la compulsión de repetición cuya insistencia se hace cada vez más evidente en la clínica y en la cura. En fin, en lo indeseable, lo demoniaco, aquello que no se puede ligar, esto retorna vigorosamente con Mas allá del Principio del Placer.

“La muerte mentada en la pulsión de muerte, no es la muerte del organismo sino la muerte de este "organismo" que, en el ser humano, representa los intereses del organismo biológico, es decir, el YO” (Laplanche y Pontalis, 1993: 18).

1.6 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

1.6.1 Singularidad del Caso

En cuanto a las singularidades del Caso mencionare las características propias del contexto del paciente.

Es hijo único, originario de Monclova Coahuila.

Su madre se dedica al hogar y su padre de profesión Ingeniero trabaja para la Comisión Federal de Electricidad. Por cuestiones de estudio se vino a Monterrey a estudiar la carrera de Médico Cirujano Partero, por lo tanto vive en casa de asistencia. Antes de aplicar para la UANL., aplico en el ITESM donde no aprobó el examen de selección.

1.6.2 Contexto Institucional

Bajo la lupa de la institución no se han presentado problemas. Se sigue las indicaciones como alumno de Maestría.

1.6.3 Características del paciente

Las características del paciente en cuanto a su persona; muestra ser un joven con poco aseo dental, poco arreglo en cuanto su forma de peinado, un corte que le cubre la frente casi hasta los ojos. Su Estatura, 1.70 cm aproximadamente, de tez blanca, tranquilo y pausado en su forma de hablar, misma que se cambia un poco cuando se empieza a poner angustiado y al mismo tiempo empieza a salivar de tal manera que su boca se llena de la misma y al hablar cuando abre la boca esta se forma como si fueran telarañas. Durante sus citas normalmente llega tarde hasta 20 minutos mismos que le son señalados.

1.6.4 Dificultades del caso

En cuanto a dificultades solo puedo mencionar las que el mismo caso arroja; en un principio tuve dificultad para definir la estructura del mismo, y así poder dirigir el tratamiento, misma dificultad que ya señalaba Dor (2000), al señalar que se debe de tener prudencia en cuanto al diagnóstico, ya que el acto diagnóstico en un primer momento en un acto deliberadamente planteado en suspenso y consagrado en un devenir.

1.7 JUSTIFICACION

La muerte tal vez sea una de las penas más grandes con las cuales los seres humanos tengan que lidiar ya que esta pone fin a su existencia, claro, que esta tal vez, sea el inicio de algo más, según la creencia o su concepción acerca que se tenga de ella. Y además, dependiendo de esto se despertaran miedos, por los cuales se tratara de evitar el tema de la muerte. Ya que la sola idea de morir nos pone ante la idea de que no somos inmortales y que un día se terminara todo. Por tal motivo tal vez cada vez la mercadotecnia nos invada con productos, medicamentos, aparatos, dietas, técnicas, cirugías, incluso las mismas psicoterapias, etc., para postergar ese momento, el día que se nos ponga enfrente la muerte, es decir, los humanos tratamos de huir de aquello que de antemano sabemos que tarde o temprano llegara, claro, entre más tarde, será mejor.

Pero como por otro lado has personas que parecieran , al contrario, acercarse a ese momento, ya que nos encontramos con personas que intentan suicidarse, y no solo me refiero al intento suicida claro, obvio, sino a lo que en un primer momento no pareciera un suicidio, me refiero a aquellas acciones “repeticiones”, que ponen en peligro la vida, las adicciones, el fumar, el beber en exceso, la práctica de deportes extremos, el arte taurino, los trastornos alimenticios, las relaciones sexuales de riesgo, incluso aquello que llamamos o solemos decir “fue un accidente” tendríamos que pensar si lo fue. Y como incluso en la clínica cuando observamos los actos fallidos, los acting out, la compulsión a la repetición.

Y aquellas actitudes negativas que denotan un deseo por huir de la vida, y solamente esa huida tienen una salida, la muerte.

En mas allá del principio del placer Freud (1915) menciona que las pulsiones de vida tienen que ver con nuestra percepción interna, las cuales aportan tensión que son interpretadas como placer, mientras que las pulsiones de muerte hacen su trabajo de manera inadvertida.

El principio del placer parece estar al servicio de las pulsiones de muerte.

Pero comprender estos actos, esas realidades, es lo que da pie a mi interés de conocer el origen y sobre todo , el cómo opera o actúa la pulsión de muerte, como esas fuerzas logran controlar al sujeto de distintas formas, las cuales ya menciones y como algunas rayan en la línea delgada entre la vida y la muerte.

Es un coquetear macabro, que en ocasiones se lleva al acto, y que se da a nivel inconsciente, es decir, cuando el sujeto, quien desconoce el origen y fin, buscando por sus acciones, y por un “no saber” que le acarrea incertidumbre y dudas y que en el mejor de los casos se cuestionara porque la repetición de esos actos y que le genera a la vez angustia y como en la práctica clínica, en este caso en particular, se escucha ese discurso llevados a acting, donde el sujeto nos deja ver esas pulsiones de vida y muerte.

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 Enfoque psicoanalítico

Clasificación y semiología psicoanalítica

Los psicoanalistas se han interesado siempre por la cuestión de la clasificación. La preocupación sobre las distinciones nosográficas ya estaba presente en Freud, aunque para el inventor del psicoanálisis el objetivo de este no era precisamente construir una clasificación, ni delimitar grandes categorías estructurales. Sin embargo, se han establecido distinciones importantes entre neurosis, psicosis y perversión, y se han trazado vínculos estructurales entre estas diferentes categorías patológicas. Freud reconstruyó el cuadro de las neurosis, y la novedad respecto a las clasificaciones psiquiátricas tradicionales va articularse en torno a la relación entre la toma de conciencia de la representación reprimida y la desaparición del síntoma. Su sistema nosológico se va establecer a partir de un criterio de lo que es analizable de los pacientes. Hay aquí una vinculación clara entre la terapéutica psicoanalítica y la nosología (Lara, 2000).

Después de Freud, algunos psicoanalistas siguen preocupándose por establecer una nosología que permita establecer clasificaciones de las enfermedades mentales.

2.2 El síntoma en psicoanálisis

2.2.1 Síntoma y conflicto psíquico

Una de las aportaciones más importantes del psicoanálisis consiste en haber planteado que los síntomas constituyen un medio de acceso al funcionamiento psíquico. La teoría

psicoanalítica ha sido elaborada desde sus inicios a partir del estudio de las Neurosis de Transferencia. Freud mostro que los síntomas observados en los pacientes traducían conflictos psíquicos correspondientes a estas entidades, Neurosis Obsesiva. Neurosis Fóbica e Histérica. El síntoma Neurótico como el acto fallido, el lapsus los chistes y el sueño, representan la expresión de este conflicto, que se puede interpretar por medio de un triple punto de vista, tópico, dinámico y económico.

El conflicto, que es una noción central del psicoanálisis y constitutiva del ser humano, procede desde una oposición entre dos exigencias internas, contrarias. Hay que diferenciar dos niveles en la comprensión del conflicto, el nivel tópico y el nivel dinámico. En la primera perspectiva, hay que tener en cuenta las dos tópicas freudianas; en la primera se refiere a la oposición entre el sistema inconsciente y preconciente, en la segunda el conflicto se sitúa entre las instancias de yo, ello y superyó. En la perspectiva dinámica, se coloca entre las pulsiones; el dualismo pulsional se da en la base del conflicto, ya sea por la oposición entre pulsiones sexuales y pulsiones de auto conservación o entre pulsiones de vida o muerte.

El conflicto está en el origen del síntoma neurótico, que se define como el "resultado de una transacción o compromiso entre dos grupos de representaciones que actúan como dos fuerzas de sentido contrario y ambas de forma igualmente actual e imperiosa (Laplanche y Pontalis, 1993).

Según Freud, el síntoma es el signo de una tensión entre el deseo y la defensa, en todos los síntomas propios de las neropsicosis de defensa se reproduce el siguiente proceso: conflicto intrasíquico represión, sustitución bajo la forma de aparición de esta tensión.

2.2.2 La formación de síntomas

En el texto *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (1925), analizaba la formación del síntoma. El movimiento pulsional que busca la vía de la satisfacción es “golpeado por la representación”, por el conflicto que se produce con las otras instancias psíquicas. El afecto de la representación supone una degradación de la satisfacción en el síntoma. Esta se define como el sustituto de una satisfacción que no se ha producido. A pesar de la represión, el movimiento pulsional ha encontrado un sustituto, pero "un sustituto muy atrofiado, desplazado inhibido. De hecho ya no es reconocible como satisfacción", en la medida en que la dimensión placentera ha desaparecido. Al acabar este proceso sustitutivo queda oculto el carácter constrictivo de la compulsión. Pero este proceso no puede intervenir sobre la realidad exterior, "se mantiene a distancia, en la medida de lo posible, por el rechazo de la capacidad motriz. No puede convertirse en acción en la realidad exterior, es decir, en realización de la satisfacción pulsional. Debe agotarse en la modificación del cuerpo mismo.

La formación del síntoma es el resultado de la lucha defensiva contra el movimiento pulsional, una lucha que no termina, ya que continúan actuando contra el síntoma mismo. Desde un punto de vista dinámico, el conflicto se ubica entre las pulsiones de auto conservación o pulsiones del yo y las pulsiones sexuales, y en la perspectiva tópica, entre el ello y el yo; este a su vez muestra dos facetas opuestas. La representación muestra al mismo tiempo la fuerza y la debilidad del yo frente al ello, en la medida que el síntoma, que proviene de la represión, “afirma ahora su existencia fuera de la organización del yo e independientemente de ella”. El síntoma no solo está unido al yo, para quien supone un cuerpo extraño capaz de provocar fenómenos de estimulación y de reacción una vez instalados. La primera faceta del yo muestra una instancia que tiende a

La unión, la cual lo lleva a incorporar el síntoma en su organización para suprimir su carácter extraño, como el yo no logra suprimir el síntoma, trata de familiarizarse con esta situación y de obtener de ella todas las ventajas posibles. La incomodidad que provoca el síntoma sirve a pesar de todo para aplacar las demandas del superyó o para rechazar algunas exigencias del mundo exterior. De este modo, el síntoma adquiere un interés cada vez más importante para el yo, y en caso de la neurosis obsesiva puede aportarle satisfacciones narcisista.

En la clínica se puede observar las formaciones de sistemas de los enfermos de neurosis obsesivos como halagan su amor propio con la ilusión de que son hombres mejores que los demás, por ser más puros o de más estricta moral. Los beneficios secundarios refuerzan el yo en su intento de asimilar el síntoma, acentuando su fijación. Junto con las resistencias, esta conciliación parcial entre el yo y los síntomas hace que los tratamientos sean tan difíciles. Sin embargo, al ser un sustituto del movimiento pulsional reprimido, el síntoma sigue cumpliendo su papel, renovando de forma continúa la demanda de satisfacción. A pesar de sus esfuerzos de integración, el yo es empujado por el síntoma a ponerse a la defensiva; esto constituye la segunda faceta del yo en su combate de defensa secundaria contra el síntoma.

2.2.3 Síntoma y angustia

Freud da a la angustia un lugar fundamental como elemento principal de la neurosis. El Síntoma cumple una función defensiva respecto a la angustia, trata de dominarla, fijarla, contenerla para evitar su desarrollo. La formación del síntoma tiene como objetivo suprimir la situación de peligro que se le anuncia al yo con una señal de angustia. Este

actúa como un símbolo que recuerda una situación anterior que puede reaparecer, y que debe evitarse. El proceso de defensa supone una tentativa de huida ante los peligros pulsionales, o más bien ante las consecuencias que tendría la satisfacción pulsional. Aunque los peligros amenazan desde el exterior (pérdida del amor por parte del objeto, amenaza de castración, son los movimientos pulsionales los que van a determinar el peligro exterior y los que son peligrosos en sí mismo. El síntoma intenta dominar la energía pulsional proponiendo un sustituto. Pero la formación del síntoma tiene dos facetas: una oculta que corresponde a modificaciones internas y otra visible, que es la modificación sustitutiva, es decir la que se ha creado ocupando el lugar del proceso afectado.

Los actos compulsivos de las neurosis obsesivas, los actos de rechazo fóbicos y las manifestaciones espectaculares de histeria corresponden a esta dimensión visible o sintomática en el sentido de tensión entre el deseo y defensa. La neurosis refleja el desarrollo de la angustia, que se exterioriza en el síntoma.

2.3 La Estructura

El análisis de las estructuras exige un análisis de los sistemas, una teoría que dé cuenta de la interdependencia de los elementos de un objeto concebido como una totalidad. Así se puede encontrar un enfoque estructural en el psicoanálisis de autores como Jacques Lacan, Maurice Bouvet o Daniel Lagache. Este último en un artículo de 1961. *“El análisis y la estructura de la personalidad”*, examina los aspectos estructurales de la metapsicología freudiana y de sus conceptos.

El psicoanálisis plantea una concepción de la estructura que no se refiere a un conjunto jerarquizado de rasgos directamente observables.

Se remite a un sistema de relaciones entre formaciones cuya realidad conceptual puede inferirse por medio de la observación de ciertas regularidades y dentro de un modelo teórico.

Según Lagache (1961) la personalidad es una estructura, misma que con el tiempo se diferencia en el sujeto, un conjunto dinámico, es decir, organizado y móvil, de formaciones psico-fisiológicas, también organizadas y móviles.

La teoría psicoanalítica da mucha importancia a la noción de temporalidad, de proceso que se desarrolla en el tiempo, el punto de vista estructural está basado en esta noción, la estructura de la personalidad es considerada desde una perspectiva global.

Pero la personalidad concebida como estructura implica a su vez la existencia de otras estructuras que deben ser analizadas a la luz del modelo del aparato psíquico.

El aparato psíquico se describe como un conjunto organizado de formaciones, de subestructuras, que en la primera tópica se representan por los sistemas, inconsciente, preconscious, consciente, y en la segunda tópica, por las instancias psíquicas, yo, ello, superyó, con una autonomía relativa debida a su interdependencia.

Además de este modelo de aparato basado en las instancias psíquicas, la teoría psicoanalítica ofrece otros tipos de enfoques estructurales. Es el caso de los núcleos conflictivos que encontramos en los pacientes y que pueden concebirse como modelos estructurales, el Complejo de Edipo, por ejemplo. Se ha planteado la universalidad del Complejo de Edipo, y algunos psicoanalistas lo consideran una estructura particular del funcionamiento psíquico, organizado principalmente por la prohibición del incesto (Chabert, 1994). Aunque para otros es una modalidad particular de estructuración del psiquismo.

2.4 El modelo estructural de la Neurosis Obsesiva.

La posición estructural se basa en cuatro parámetros:

En primer lugar se sitúa el complejo de Edipo, que corresponde a una estructura específica que se descompone a su vez en la oposición pulsional de Eros-Tanatos, la bisexualidad psíquica, las orientaciones narcisistas u objétales de las investiduras y finalmente en sistemas de relaciones binarios o triangulares.

En segundo parámetro está formado por tres instancias psíquicas, ello, yo y superyó.

El tercer parámetro lo constituyen tres principios el de reducción de tensiones o Nirvana, o el de Placer- Displacer y el de Realidad.

Este último parámetro agrupa los tres puntos de vista que configuran la metapsicología, es decir, los puntos de vista Dinámico, Tópico y Económico

Según Green, *“este conjunto hace de la teoría Freudiana un sistema Coherente cuya referencia es indispensable para toda nueva construcción crítica o teórica”* (Green, 1964).

Al mismo tiempo Green pone de relieve la posición estructural, que da sentido a la metapsicología, con el fin de responder a la cuestión de las indicaciones del psicoanálisis, las dos entidades nosográficas, neurosis obsesiva e histeria, determinaron en un principio el campo terapéutico.

Green define el modelo estructural de la Neurosis Obsesiva, partiendo de que la obsesión es el resultado de una regresión dinámica y temporal de la libido que afecta las pulsiones. El erotismo Anal sustituye como fin a la genitalidad. Predomina la investidura destructiva sobre la investidura erótica, tras una defunción de las pulsiones. Por otra parte produce un reforzamiento a la pasividad y de las pulsiones parciales. A esta regresión se asocia una regresión únicamente tópica del yo, que lo lleva del acto al

pensamiento. El yo se comporta como si fuera un objeto de amor para el superyó, y utiliza los mecanismos omnipotentes de pensamiento para defenderse de los ataques.

Estos dos tipos de regresión tienen como objeto de intentas desviar la orientación de las investiduras de la esfera objetal a la esfera narcisista, sin que nunca lo alcance completamente. El conflicto entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte y entre el yo y el objeto, es el motor de la regresión. El yo la activa por medio de la conrainvestidura interna, proceso económico que consiste en invertir aquellas representaciones que puedan impedir el acceso a la consciencia y a la capacidad motriz de las representaciones y deseos inconscientes.

El yo provoca la separación entre el afecto y el representante de la pulsión y su desplazamiento. De acuerdo con la propuesta de Freud según en la cual, en la neurosis obsesiva el sadismo no se transforma en masoquismo, sino que se limita al autocastigo.

2.5 Síntomas y carácter obsesivo; el desarrollo de la formación de los síntomas.

En Inhibición, Síntoma y Angustia, Freud (1925), desarrolla planteamientos en lo referente a la formación de síntomas en la neurosis obsesiva.

La formación de estos síntomas presenta dos formas distintas y opuestas. La forma negativa corresponde a las prohibiciones, las medidas de precaución y los castigos. Los síntomas del grupo positivo lo forman las satisfacciones sustitutivas que a menudo son disimuladas bajo una forma simbólica.

Freud precisa que la formación del síntoma triunfa si la prohibición logra mezclarse con la satisfacción. Para conseguir que la defensa se convierta en una satisfacción, el yo utiliza formas de relación muy artificiales, aprovechando una vez más su tendencia a la síntesis.

Siguiendo a Otto Fenichel, se menciona que la piedra angular de la obsesión en la teoría freudiana es la regresión al estadio sádico anal. Desde un punto de vista metapsicológico, Freud busca la explicación de esta regresión en una desunión pulsional entre los componentes eróticos del inicio de la fase genital y de las investiduras de la fase sádica.

El yo y el superyó ocupan un lugar muy importante en la formación de los síntomas obsesivos.

En la neurosis obsesiva aparece de forma más clara el papel del complejo de castración como motor de defensa. La amenaza de castración provoca limitaciones que la enfermedad trata de evitar por medio de la formación de síntomas, que vienen a expresar que el deseo hacia los objetos originarios, se mantiene, pero bajo una forma disfrazada.

2.6 Mecanismos de Defensa

2.6.1 Anulación Retroactiva

Mecanismo psicológico mediante el cual el sujeto se esfuerza en hacer como si sus pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento, dotado de una significación opuesta. Se trata de una compulsión de tipo “mágico” particularmente característica de la neurosis obsesiva.

En *Inhibición Síntoma y Angustia* (Freud, 1962), este proceso es descrito por Freud con el término *Ungeschehenmachen* (literalmente hacer que algo no haya sucedido); en este mecanismo, junto con el de aislamiento, ve una forma de defensa característica de la neurosis obsesiva y lo califica de procedimiento mágico; muestra su especial intervención en los ceremoniales obsesivos.

2.6.2 Aislamiento

Mecanismo de defensa, típico sobre todo de la neurosis obsesiva, y que consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto.

Entre los procedimientos de aislamientos podemos citar las pausas del curso de pensamiento, formulas, rituales, de un modo general, todas las medidas que permiten establecer un hiato en la sucesión temporal de pensamientos o de actos.

El aislamiento se manifiesta en diversos síntomas obsesivos; se ve actuar especialmente en la cura, donde se pone de evidencia por la consiga de la asociación libre, que se opone a aquel (sujetos que separan radicalmente su análisis de su vida, una determinada sucesión de ideas del conjunto de la sesión, cierta representación de su contexto ideo afectivo).

2.6.3 Desplazamiento

Consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de esta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

Este fenómeno, que se observa especialmente en análisis de los sueños, se encuentra también en la formación de los síntomas psiconeuroticos y, de un modo general, en toda formación inconsciente.

La teoría psicoanalítica del desplazamiento recurre a la hipótesis económica de una energía de catexis susceptible de desligarse de las representaciones y deslizarse a lo largo de las vías asociativas. El desplazamiento de esta energía constituye una de las

principales características del proceso primario que rige el funcionamiento del sistema inconsciente.

2.6.4 Represión

En sentido propio: operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que a satisfacción de una pulsión (susceptible de procurar por si misma placer) ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

CAPITULO III

MODELOS DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS

3.1 Investigación Cualitativa

Se trata de acercamientos que se fundamentan en diversas corrientes teóricas de la sociología, la psicología, la antropología, la lingüística; que muestran la realidad subjetiva y la realidad social, íntimamente relacionados, donde se inscriben las conductas y acciones humanas. A su vez, estos acercamientos parten de producciones teóricas distintas, como el constructivismo social, la etnolingüística, la etnografía, la fenomenología, la búsqueda de la interpretación y significados, así como el uso de diversas técnicas de recolección y análisis de la información, como la observación participante, las entrevistas individuales o grupales, el análisis de textos y testimonios, la historia de la vida, o bien la combinación de estas herramientas derivadas de la estadística (Szasz y Lerner, 1996).

En las investigaciones cualitativas el investigador, busca profundizar en el conocimiento, comprensión e interpretación de situaciones y fenómenos sociales, así como señalar el significado de la conducta de los actores participantes.

Para la construcción de este tipo de objetivos se utilizan, además de los verbos anteriormente mencionados, otros de significado más amplio como: analizar, conocer, reconocer, socializar resultados, diseño de un plan de acción, monitorear, evaluar.

3.2 Métodos de Investigación Cualitativa

Realmente resulta difícil llegar a determinar cuáles son los métodos de investigación cualitativos y establecer una tipología de los mismos. Todos estaremos de acuerdo en que la naturaleza de las cuestiones de investigación guía y orienta el proceso de indagación y, por tanto, la elección de unos métodos u otros. Destacamos de esta forma el carácter instrumental del método. Pero los métodos de investigación surgen bajo las concepciones y necesidades de los investigadores que trabajan desde una disciplina concreta del saber, la cual determina en cierta medida, a su vez, la utilización de los métodos concretos y las posibles cuestiones a tratar. Así pues, consideramos el método como la forma característica de investigar determinada por la intención sustantiva y el enfoque que la orienta.

Basándonos en Morse (1994), presentamos una clasificación de los métodos que se vienen utilizando en la investigación cualitativa:

a). Fenomenología:

La investigación fenomenológica, destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva: “La fenomenología es al investigación sistémica de la subjetividad”. En definitiva, busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

b). Etnografía:

Cuando nos referimos a la etnografía la entendemos como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. A través de la etnografía se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.

c). Teoría fundamentada:

La teoría fundamentada trata de descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes.

La teoría fundamentada es una metodología general para desarrollar teoría que está fundamentada en una recogida y análisis sistemáticos de datos. La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos (Stauss y Corbin, 1994: 273).

d). Etnometodología:

La etnometodología intenta estudiar los fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos y nuestras acciones a través del análisis de las actividades humanas. La característica distintiva de este método radica en su interés por centrarse en el estudio de los métodos o estrategias empleadas por las personas para construir, dar sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas. Además, a la etnometodología no le basta con la simple comprobación de las regularidades, sino que desea también y sobre todo explicarlas (De Landsheere, 1994: 339).

e). Investigación-acción:

La investigación-acción es una forma de búsqueda autor reflexiva, llevada a cabo por participantes en situaciones sociales, para perfeccionar la lógica y la equidad de las propias prácticas sociales o educativas y las situaciones en las que se efectúan estas prácticas (Kemmis, 1988: 42).

f). Método biográfico:

Se pretende mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia, lo cual se materializa en una historia de vida, es decir, en un relato autobiográfico, obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas (Pujadas, 1992).

g). El modelo de interpretación para el abordaje clínico.

Modelo que implica el establecimiento de las condiciones para instaurar un proceso psicoterapéutico que ofrezca la información significativa necesaria para establecer una relación dialógica que permita a la pareja terapéutica lograr niveles de concienciación que permitan elaborar y superar las problemáticas psíquicas patológicas.

Método. El método de investigación psicoanalítica se encuadra dentro de paradigma de la investigación cualitativa.

3.3 Modelo psicoanalítico

Aspectos teóricos metodológicos.

3.3.1 Dispositivo analítico. (Invariables del método)

- Asociación libre

Al.: freie assoziation. – Fr.:méthodeo regle de libre association. – Ing.: free association.

– It.: libera associazione. – Por.: associacao.

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

Al: GleichschwebendeAufmerksamkeit. – Fr.: attention (égalemant) flottante. – Ing.:

(evenly) suspended (o [evenly] poised) attention. – It.: attenzione (ugualmente)

fluttuante. – Por.: atengáo equiflutuante.

Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado (Laplanche y Pontalis, 1993: 37).

- Neutralidad

Al.: Neutralitat. – Fr.: neutralité. – Ing.:neutrality. – It.: neutralità. – Por.: neutralidade.

Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuando a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones (Laplanche y Pontalis, 1993: 256).

- Abstinencia

Al.: Abstinenz (Grundsatz der). – Fr.: abstinence (regle d’). – Ing.: abstinence (Rule of). – It.: astinenza (regola di). – Por.: abstinencia (regra de).

Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigido de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas.

Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración (Laplanche y Pontalis: 3).

3.3.2 Encuadre psicoanalítico. (Variables instrumentales)

Dentro del encuadre analítico las características son fijas, es decir, en el encuadre, cuando se habla de éste estamos hablando de una serie de variables que pueden cambiar en algún momento del proceso, “ya que éste debe ser fijo pero también elástico” (Etchegoyen, 2005). Incluso las variaciones especialmente cuando son motivadas o provocadas por el paciente pueden ser interpretadas junto con otras manifestaciones del inconsciente.

Dentro de lo que se puede conocer como encuadre se puede encontrar diferentes formas, dependiendo del analizante y de la escuela psicoanalítica.

Etchegoyen menciona que “el encuadre (setting), donde yacen las normas que las hacen posibles. Estas normas tienen su razón de ser de las teorías del psicoanálisis y del psicoanalista...” (Etchegoyen, 2005).

- Horarios
- Frecuencias por semana
- Tiempo de la sesión
- Honorarios
- Posición

3.3.3 Proceso analítico. (Producto del dispositivo y encuadre)

- Transferencia

Al.: t)bertragung. – Fr.: transfert. – Ing.: transference. – It.: traslazione o Transferí. – Por.: 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

Al.: Widerstand. – Fr.: resistance. – Ing.: resistance. – It.: resistenza. – Por.: resistencia.

Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia a todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una “vejación psicológica” (Laplanche, pág. 384).

- **Elaboración**

Al.: psychische Verarbeitung (o Bearbeitung, o Ausarbeitung). – Fr.: elaboration psychique. – Ing.: psychological working over, o out. – It.: elaborazione psichica. – Por.: elaborafáo psíquico.

A) 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.

B) La palabra elaboración se utiliza a menudo por los traductores como equivalente al alemán Durcharbeiteno del Inglés woekingthrough. En esta acepción preferimos el término trabajo elaborativo (Laplanche y Pontalis, 1993: 106).

3.3.4 Instrumentos

Más que un instrumento este modelo de intervención tiene como basamento los elementos surgidos del proceso analítico, desde esta perspectiva la producción de la información sería el resultado de la interacción sucedida en el tratamiento analítico.

3.3.5 Procedimientos

Los procedimientos tienen como objetivo describir las condiciones materiales que permiten la instauración de la intervención clínica.

Frecuencia: Fueron dos veces por semana, hasta la fecha

Honorarios: \$50.00 pesos por sesión.

Tiempo: 45 minutos por sesión.

Condiciones Institucionales: Que se lleven las sesiones dentro de la Unidad de Servicios Psicológicos y que sea supervisado con personal de la misma unidad.

3. 4 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas o estrategias de intervención son instrumentos operativos a través de los cuales el terapeuta/narrador accede al discurso del paciente y con ello a actualizar la historia del individuo. Tiene un carácter eminentemente instrumental ya que por estos medios se obtendrá la información que será la base de la intervención clínica.

3.4.1 Instrumentos para recabar información.

- Ficha de identificación
- Discurso del paciente
- Viñeta clínica
- Preguntas sobre datos específicos

3.4.2 Instrumentos de concientización

- *Interpretación*

Al.: Deutung. – Fr.: interpretation. – Ing.: interpretatiton. – Por.: interpretao.

A) 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.

B) 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 (Laplanche y Pontalis, 1993: 201).

- *Señalamientos*

Al.: Assoziation. Fr.: Association. – Ing.: association. – It.: associazione. – Por.: asspciagáo.

Palabra tomada del asociacionismo para designar toda ligazón entre dos o más elementos psíquicos, cuya serie constituye una cadena asociativa.

En ocasiones el término se utiliza para designar los elementos así asociados. Refiriéndose a la cura, se alude a esta última acepción, al hablar, por ejemplo, de las «asociaciones de tal sueño», para designar lo que, en las manifestaciones del individuo, se halla en conexión asociativa con el sueño en cuestión. Finalmente, el término “asociaciones” designa el conjunto del material verbalizado en el curso de la sesión psicoanalítica.

- *Confrontación*

La confrontación muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta una contradicción (Etchegoyen, 2005).

- *Construcción*

Al.: Konstruktion. – Fr.: construction. – Ing.: construction. – It.: costruzione. – Por.: construeáo.

Término propuesto por Freud para designar una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstruir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto (Laplanche y Pontalis, 1993: 81).

Las técnicas y las estrategias de intervención son instrumentos que 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.

CAPITULO IV

CONSTRUCCION DEL CASO

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: JA

Edad: 22 años

Estudios: Estudiante de Medicina 1er. Semestre

Sexo: Masculino

Religión: Católica

Resumen del Caso

JA, acude a pedir consulta psicológica, empieza a creer que el lavado de manos excesivo que tiene no es “normal” , de no hacerlo se empieza a sentir muy nervioso, muy ansioso y no sabe por qué y tiene que volver a lavarse las manos, ya que de no hacerlo siente que se va a contagiar de VIH, a pesar de saber que no se puede contagiar de esa forma, no puede dejar de pensar en esa idea, tanto que si agarra con sus manos perillas, agarra pasa manos del metro, llaves del baño o cosas que las demás personas tocan y que tal vez éstas pueden haber sido tocadas por alguien que estaba contagiado de VIH y por lo tanto él se puede contagiar.

También menciona que quiere saber por qué no puede hacer ciertas cosas que quiere como: ver pornografía, bajar música de Internet y masturbarse, ya que si las hace se va a ir al infierno y no va a alcanzar el paraíso ya que eso va en contra de la palabra de Dios.

En las sesiones se puede observar un joven de aspecto descuidado en cuanto a su arreglo personal, específicamente, su forma de peinarse y su aseo bucal.

El cabello lo trae despeinado y este le cubre la mirada y no hace nada por quitárselo y mira a través de este.

Al hablar cuando se empieza a poner nervioso, sus manos están en forma de puño y denota tensión muscular.

Su boca al hablar se le hace una cantidad de saliva excesiva al grado de hacerse como especie de “telaraña” misma que se forma por la saliva al abrir y cerrar la boca al momento de formar las frases.

Por otro lado, menciona que no tiene amigos y que no le agrada hacerlos, que es mejor andar solo.

Refiere que la relación con su madre y padre es buena, ya que es hijo único y todas las atenciones son para él, y que eso le permitió estudiar fuera de Monclova, en una ciudad como Monterrey y en una Facultad de Medicina de la UANL.

Aunque al principio tuvo problemas para ingresar a la misma, ya que presentó dos veces el examen de admisión y no era admitido, antes de participar en el concurso de ingreso a la UANL, participó en el concurso de Ingreso de la Facultad de Medicina del Tecnológico de Monterrey, ya que él piensa que es bastante inteligente y que puede con una escuela de ese nivel, pero cuando no pasó mejor optó por la Facultad de la UANL.

Cuando se viene a vivir a Monterrey se hospeda en una casa de asistencia que está a dos cuadras de la Facultad de Medicina, y es en esa casa de asistencia donde conoce a un alumno de Psicología de la UANL y es este quien le recomienda que asista a terapia

psicológica en la Clínica de la Facultad, ya que le comenta que no es normal que se lave mucho las manos ni que piense que todo lo que agarre lo va a contagiar de VIH.

4.1.1 Motivo de consulta

Quiere saber por qué se lava tanto las manos y por qué piensa que se va a contagiar de VIH, así como por qué se pone tan ansioso cuando se masturba y siente culpa.

4.1.2 Demanda de tratamiento

El paciente demanda destruir, aniquilar el deseo del otro, puesto en el deseo del padre, pero a la vez teme la destrucción retroactivamente.

Y por ende el deseo se vive como algo peligroso, pues lo amenaza en su integridad corporal.

Por otro lado demanda establecer relaciones con sus iguales y al mismo tiempo encontrar una pareja ya que se siente solo, y no puede hacer amigos ni encontrar una mujer con la cual pueda en un tiempo ser su novia, así como clarificar si es homosexual o bisexual.

4.1.3 Sintomatología actual

El paciente muestra niveles de angustia ya que no puede dormir o tener problemas para conciliar el sueño, así como también tiene actuaciones ya que constantemente tiene “accidentes” donde tiene heridas y por allí se le puede “meter” el virus de VIH, al grado de accidentes donde se le cae un frasco lleno de jeringas que ya fueron usadas, así como tropezones, cortadas con puertas o con paredes, clavos, ganchos.

4.1.4 Impresión diagnóstica

Se ha considerado que el paciente presenta un momento crítico y cuenta con una estructura Neurótica con rasgos Obsesivos, ya que presenta rasgos asociados a dispositivos de defensa sintomáticos tales como, las formaciones obsesivas; el aislamiento y la anulación retroactiva; la ritualización; el trío: culpabilidad, mortificación, contrición, y el conjunto del cuadro clínico designado por Freud, por la expresión de “Carácter Anal”, es decir por la preocupación excesiva por el orden, la limpieza, el ahorro, llegando hasta la avaricia.

4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

4.2.1 Contexto familiar

La familia del paciente está formada solamente por él, su mamá y su papá, es hijo único, siendo un total de tres miembros de la familia.

El paciente no mencionado o al menos no ha dejado ver que se tenga una relación familiar entre tíos, primos, abuelos, ya que no ha mencionado eventos donde se observe esta dinámica.

Este menciona que la mamá trató de embarazarse después de él, pero que no se dio el mismo. Detalle que al paciente le molestaba ya que refiere que siempre quiso tener un hermanito.

La mamá se dedica al hogar y en su época de estudiante estudió Medicina, carrera que dejó inconclusa. En la dinámica familiar es la mamá quién tiene más contacto con él, ya que ella es la que le da indicaciones de tareas de la casa y de la escuela, así como también es ella quien da los castigos y es a ella a la que le preocupa el qué dirán los vecinos si su hijo no llega a titularse de médico.

El papá es ingeniero de profesión, el paciente menciona que tiene buena relación con el ya que platican muy bien; aunque en otro momento mencionara que siempre pensó que su papa era “malo” , pero se da cuenta de que es la mama la mala y que siempre pensó que era ella la buena.

Por otro lado en cuanto a su religión el paciente menciona que en su familia se practica la religión católica.

El paciente menciona que cuando era *infante*, lo dejaban “*libre*” ya que cuando en la escuela lo atacaban mucho, él necesitaba ayuda de sus papás, pero que ellos no le daban importancia a este hecho, y solo se limitaban a decirle que le dijera a la maestra; ya que no pasaba nada, que era un hecho sin importancia.

4.2.2 Estructuración Edípica

El paciente menciona que recuerda que de niño dormía con sus padres, que de hecho era testigo de las relaciones sexuales que tenían los mismos, que veía cómo su padre le hacía el amor a su madre, pero que después de un tiempo ya su padre no permitía que él durmiera con ellos, a lo cual a él le daba mucho coraje, y que no sabe por qué pero que le llamaba la atención que apareciera sangre en las sábanas donde ellos dormían.

De más grande, la relación con ellos es buena, pero que con el padre no se lleva muy bien, que tiene problemas porque es muy exigente, que es con la madre con quien más tiene comunicación y es con la cual pasa más tiempo.

Las relaciones de noviazgo que ha tenido sólo ha sido una, y que hubo una chica que le gustaba mucho pero que su mejor amigo se la quitó.

Cuando anduvo con su novia ésta, le decía que tuvieran relaciones sexuales, pero que él, le decía que no, que eso estaba en contra de Dios, que de tener relaciones, sólo sería cuando estuvieran casados y que sería sólo para procrear, a lo cual esto le causaba problemas con ella.

Cuando conoce a una chica y que esta le gusta, él empieza a tener dificultades muy notorias en su vida familiar, personal y académica, y cuando empieza a entablar una relación con un “amigo” a lo cual él siente que ese “amigo” es gay y que quiere algo con él, su actitud cambia, se muestra más alerta, dice lo que piensa, está abierto a una posible relación sexual aunque dice que no se imagina estar teniendo sexo con un hombre, pero que le llama la atención, pero como que no le gustaría que fuera penetrado, a pesar de decir, que él se considera bisexual.

Ante este hecho cuando le confesó a su papá que le gustaban los hombres, aclara que éste no se molestó, que sólo le dijo que tuviera cuidado, aunque a él le hubiera gustado que tuviera hijos, que él quería ser abuelo, pero que si no se podía, ni modo.

Y cuando le dijo a su mamá, ésta se molestó, “no mucho”, pero que se enojó más que el papá, que empezó a gritar, pero que después se calmó.

Ante este hecho hay ocasiones en las que siente que su mamá está enojada con él y que algunas veces le llama la atención de cosas, que no tienen nada que ver, pero él siente que es debido a que le gustan los hombres.

4.2.3 Eventos traumáticos

Menciona que de chico en la escuela lo molestaban mucho, que los compañeros del kínder le pegaban mucho y una ocasión un niño le agarró la pipí, pero que él no dijo nada, de más grande, en la primaria lo “molestaban” porque estaba “gordillo” y le decían “pinche gordo” y (actualmente menciona no querer engordar y cuidarse porque no quiere engordar ya que siente que está gordo, pero físicamente es un joven de talla 28, 30) que eso le molestaba y cuando llegaba a su casa a decirles a sus papás éstos sólo se

limitaban a decirle que le dijera a la maestra, pero que él esperaba que sus papás lo defendieran pero que nunca hicieron nada, a lo cual él se sentía triste.

Desde chico no tuvo amigos y cuando tuvo uno que era su vecino en una ocasión éste le dijo que ya no se juntara con él porque él estaba muy chico y él era más grande y que no podía andar con él. (en este momento apenas empieza a hacer amistades, en Monclova dice tener solo un amigo pero que no lo ve mucho, y aquí en Monterrey dice que no tiene amigos, que ¿para qué?, que es mejor andar solo, así él puede andar y hacer lo que él quiere, sin necesidad de andar preguntándole a los demás).

Y de ese hecho él empezó a jugar juegos en la computadora o con el play station, mismos que hasta la fecha le consumen gran parte del tiempo por estar jugando en la computadora, dice pasar más de 5 horas jugando o desvelarse hasta las 6 de la mañana.

4.2.4 Perfil subjetivo

1.- Maneras de interacción. La manera de relacionarse del paciente es casi nula, no tiene amigos y tiene conflictos para relacionarse con las personas de su mismo sexo. En un primero momento se relacionaba en función de una idea religiosa, haciendo actividades que no fueran un pecado.

2.- Identidad sexual. El paciente en un principio menciona que es heterosexual, posteriormente reconoció que le gustaban los hombres definiéndose bisexual y actualmente se refiere a si mismo como homosexual, aunque dice que no se ve casado con un hombre o teniendo relaciones sexuales con uno, a pesar de tener fantasías de estar con una persona de sexo contrario.

3.- Rasgos de carácter. Económico, Avaricia (no gasta en restaurantes y gasta lo mínimo en comida, así como tarda en pagar las consultas argumentando que no tiene dinero).
Obstinado (Piensa que su forma de estudiar es la mejor y con eso va a llegar a ser un buen médico, a pesar de no acreditar varias materias y las que pasa con una calificación mínima de 70).

4.- Recursos yoicos. Su capacidad de juicio, memoria, pensamiento y contacto con la realidad se encuentra preservadas, a pesar de que en ocasiones su discurso es desorganizado incluso regresivo.

5.- Mecanismos de defensa. Regresión, Formación Reactiva, Anulación y Desplazamiento.

6.- Características del superyó. Rígido.

4.3 El Paciente Obsesivo y su Relación con la Ley del Padre

La construcción del caso será llevada a cabo mediante la descripción y el análisis de dos categorías, sustentadas dentro de un marco teórico el cual nos permitirá observar la problemática en el paciente Obsesivo.

A través de cada una de las categorías se relatarán fragmentos del discurso durante las sesiones llevadas durante su tratamiento que ilustran dicha estructura y su funcionamiento psíquico.

Para este caso en particular las categorías se enfocarán en enmarcar la estructura y su funcionamiento, así como a través del trabajo clínico el paciente ha dado cuenta de recuerdos infantiles así como de eventos traumáticos, y de eventos que en determinado momento ponen en peligro su vida.

4.3.1 El Obsesivo, la pérdida y la ley del Padre

El obsesivo no puede perder. El obsesivo presenta una disposición favorable para constituirse como todo para el otro, así debe despóticamente controlarlo todo, y dominarlo todo, para que el otro no se le escape de ningún modo, es decir, para que él no pierda nada.

No obstante la Ley del Padre permanece omnipresente en el horizonte del deseo obsesivo, la culpabilidad es irremediable. Es esta ambivalencia, alimentada entre la nostalgia fálica y la pérdida implacable por la castración.

Como la imago paterna es omnipresente, sólo puede llama la rivalidad y a la competencia. Así que estos sujetos no dejan de desplegar una actividad incesante para

remplazar al padre (y a toda figura capaz de representarlo) ahí la necesidad imperativa de “matarlo” para ocupar el lugar ante la madre (Dor; 2006: 141).

Viñeta 03/02/12

PX.- *Te iba a decir que cuando llegue aquí, llegue sin ganas de masturbarme; en vacaciones nunca lo hice, sentía que Dios me iba a castigar, sentía que me iba... (silencio) antes de eso sentía, ya se me pasó la ansiedad, tenía miedo de que me fuera a morir en pecado, tenía miedo que pasara cualquier cosa y me mataran, no sé, o que me atropellaran, cualquier cosa, por ejemplo estoy en la escuela, estoy en la materia de histología en un segundo piso, no sé por qué sentía que podía llegar un avión y me moría, o que estaba en mi cuarto y que de repente llegue una bala perdida, me pegue y me muera, como que siento que me siento observado, siento en mi cuarto como que alguien me está apuntando con un rifle y me va a matar, que me pega un tiro en la cabeza.*

TX.- *¿Y cómo quién podría estarte observando?*

PX.- *Un narcotraficante, alguien que tenga ganas de matarme, alguien que quiera darme un tiro en la cabeza, alguien que me quiera matar, que muera instantáneamente y no me gustaría que eso pasara y si pasa, me gustaría estar confesado, (silencio)...*

Viñeta:

PX.- *Es que se que me levanté muy angustiado, no me acuerdo qué día, no me acuerdo si fue ayer o antier...*

Estaba muy angustiado muy asustado, estaba en Monclova, soñé..., que estaba con una prima chiquita... y de repente mi mamá la estaba cuidado como si nada y le pregunté dónde está papá, tu papá está dormido afuera, fui, chequé afuera, y lo trato de levantar y no se mueve y pos como, pues estaba muerto y le dije a mi mamá, y me dijo sshh cállate, aquí está tu prima, no digas eso... y yo pues como que mi mamá como si nada, que le valga que no le importe, que por estar cuidado a mi prima y me agüite mucho, estaba muy triste, pensé que se había muerto de adeveras.

Después tuve otro sueño, que mi papá está muy enfermo. Tenía cáncer de riñón o algo así, que le diagnosticaran muy poco de vida.

Me levanté y dije no manches estaba muy feo...

Las pesadillas no me gustaron, le quise enviar un mensaje a mi mamá para ver cómo estaba mi papá y no lo hice.

TX.- ¿Y por qué no lo hiciste? ¿Por qué un mensaje y no una llamada?

PX.- Pues es que ya me puse hacer otras cosas y ya después se me olvidó aparte no quise sonar muy obvio.

Y dije no pues al cabo fue un sueño.

Viñeta: 21/02/12

PX.- Pues eso, echarle todas las ganas ir creciendo académicamente y saludable y que las mismas personas vean eso, cambiar el mundo, y tal vez así te agarren de inspiración otra gente...Es que quiero cambiar... este mundo, no quiero que la

gente sufre, no quiero que sufra, tanta inseguridad que hay hoy... de alguno otro modo hay una raíz de todo esto... de hecho estuve soñando, no sé por qué soñé, no sé si era alguien que yo conocía, según yo era Flanders, el de los Simpson, que se peleaba con alguien, que se peleaba con un narcotraficante, pero que nadie sabía qué era y luego total que los seguimos en una camioneta a un lugar que está por allí por mi casa... es cerca como una cuadra y luego se empieza a pelear y pues son narcos y tienen pistolas largas y pues se pelean y les vale que estén armados y luego yo veo que se puede poner feo y les digo ese problema es de él, no mío, y cuando digo ¡¡jey!! me apuntan y pues me salgo y le disparan a esa persona y lo matan y pues parece que a mí me iban a perseguir y yo corro... a mi casa.

TX.- ¿Y por qué te persiguen?

PX.- Porque me querían matar por puro coraje... me recordó la camioneta cuando estaba en el coro, tocaba una vez y nos llevaban al pollo y relaciono la camioneta con eso, no sé qué tenga ver con Flanders.

TX.- ¿Quién era Flanders? ¿Qué hacía en la serie?

PX.- Era el cristiano el mono ejemplar, el que hacía mejor las cosas.

TX.- Querían matar al mono ejemplar, ¿al cristiano? ¿Y por qué, lo lograron matar?

PX.- No sé, yo me salgo corriendo, parece que si lo matan... SILENCIO

TX.- ¿Alguna idea de por qué querían matar al cristiano?

PX.- Porque fue a reclamar que le querían quitar el lugar de su casa, de estacionamiento no sé qué... y yo decía no hagas eso, o según yo le dije, no hagas

eso con la mirada le decía, no sé, pero, no sé por qué lo seguí... Así es... luego yo me, levanté y según yo le quise dar un final feliz pos de que si lo mataran... bueno no un final feliz, un final desagradable, pero yo si alcanzaba a escapar pero como Flanders era de Dios, como que se aparecen unos soldados y pues yo ya me salgo y pues ya llego a mi casa.

TX.- *Que interesante que se quiera matar a alguien que es perfecto que es cristiano...*

PX.- *Pues por el mimos coraje... es que una vez... por ejemplo, ya lo vengo relacionando, mi abuelito tenía una refaccionaria y a un lado está una cantina y dicen que es de los zetas y este y mi abuelito, bueno un viejo se estacionó allí en frente de su refaccionaria y que le dijo vete de aquí, mi abuelito le dijo váyase de aquí yo lo compré con mi dinero y el viejo **le dije cállese**, de quien es ese lugar y luego sacó una pistola y mi abuelo se fue corriendo a la refaccionaria.*

TX.- *¿A quién se parecería Flanders, alguien que tú conozcas?*

PX.- *Pues se pareció mucho a mi abuelito.*

TX.- *¿A quién más?*

PX.- *Conmigo mismo, porque según yo soy muy católico yo le decía a mi papá, yo les voy a reclamar aunque me maten quería ser héroe... SILENCIO*

Aunque no sé... ¿tengo que decir lo que se me venga a la mente?

TX.- *Sí.*

PX.- *Es que no sé por qué pero me recordó mucho a mi papá, que se parecía a él.*

Este afán de “ocupar el lugar” del otro invita al obsesivo a todas las luchas de prestigio, a todos los combates grandiosos y dolorosos. Con estos enfrentamientos, el obsesivo jamás deja de reasegurarse de la existencia salvadora de la castración. Todo este sentido de competencia y de rivalidad está orientado hacia ese objetivo. Tratar de tomar el lugar del Amo es esforzarse siempre por tener la seguridad de que ese lugar es codiciado es legítimo; en otras palabras, que el Padre no puede ser suplantado, ese Amo inmovible sigue, metafóricamente, prohibiendo y condenando la erotización incestuosa de la relación con la madre, en la cual está prisionero el obsesivo. Nada de ello impide que esta puesta a prueba del Padre/Amo sea constante y resulte objeto de un tironeo, por un lado está la Ley del padre, a la cual hay que sacrificarle todo, y hasta sacrificarse por otro lado, esta misma Ley debe ser regularmente desbaratada y dominada por cuenta propia (Dor, 2006).

4.4 La compulsión a la repetición como manifestación de la pulsión de muerte

Freud (1915) señala en *más allá del principio de placer*, que la compulsión a la repetición, es concebida como un proceso incoercible, de origen inconsciente en el que el sujeto tiende a reproducir experiencias antiguas de displacer y dolor, sin conciencia de estar repitiendo y más aún con la idea que se trata de una experiencia completamente motivada en lo actual. Sin embargo, la compulsión a la repetición que Freud busca mostrar en *Más allá del principio de placer* se refiere a un residuo donde la repetición se sitúa en un primer plano. Freud entiende la compulsión a la repetición como una manifestación de la **pulsión de muerte**, caracterizada por una tendencia más elemental e independiente de la obtención de placer, que obedece a la necesidad de repetir

compulsivamente lo displacentero, y donde no es posible encontrar el deseo de satisfacción, ni siquiera en forma de transacción o compromiso (Corsi, 2002).

Viñeta 10/10/11

PX.- *Ayer me pasó algo bien chistoso... estaba en el laboratorio, estábamos practicando unos con otros a inyectarnos, estábamos viendo la técnica de cómo hacerlo. Y luego la Dra. Nos dijo “tengan cuidado con este frasco porque es donde se echan las agujas que ya están usadas y si se pican con ellas se pueden contagiar”...*

Bueno el caso es que estábamos practicando y ya cuando terminas debemos de poner las agujas que se utilizaron en ese frasco y cuando lo destapo, no sé cómo pero se me vienen las jeringas encima y yo dije en la torre, lo bueno es que no me pasó nada, bueno eso creo, creo que me piqué con una... la verdad es que no me acuerdo, pero estuvo chistoso, me dio mucha pena porque se empezaron a reír de mí.

Viñeta: 12/10/11

PX.- *No sé por qué... pero ahora que venía para acá pues venía a la carrera porque ya se me había hecho tarde, me pegué dos veces, primero con la pared y la segunda con un árbol y me saqué sangre y chin... me dio miedo que tal si ya alguien también se pegó y se sacó sangre y quedó algo de sangre allí donde yo me corté y me pueda contagiar de SIDA.*

TX.- *¿Te pasa seguido eso?*

PX.- *¿Qué...? ¿Qué me contagie...? ¡Ah ok!... (se ríe) Sí, no sé por qué me pasa que me vivo raspando con cosas, es que soy muy distraído, la otra vez me pasó hasta con un puerta y no sé cómo si ni había ni un ganchito.*

Viñeta: 07/05/12

PX.- *Ya ve que le había platicado que en mi casa anda una rata, pues se me hace que sí, porque yo escuchaba ruidos y chin, como se habrá metido, y pues bueno...Me estaba bañando y me di cuenta que el agua se quedaba estancada en el registro del baño y así, y pues cómo le hago y dije algo se ha de haber atascado y dije chin, si es la rata la que está allí... y pues bueno, que dije deja veo cómo le hago para que se destape, y pues me acordé que había ácido y le eché, pero no se destapaba, a de haber algo atorado... y pues no tenía con qué picarle y pues me puse una bolsa de plástico en la mano para ver que había y metí la mano pero no sé cómo y que me corto, y pues me dio miedo porque dije chin que tal si por la herida se me va ácido y me contagio de SIDA... yo sé que no se contagia así, pero no puedo evitar pensar así...*

TX.- *Me llama la atención que intentarás meter la mano, si es muy pequeño el registro.*

PX.- *Sí, pero yo dije chance y me... SILENCIO... y pueda quitar lo que está obstruyendo que se vaya el agua.*

Viñeta: 10/02/12

PX.- *Bueno es como un tics, no sé... SILENCIO... bueno lo que sea, es que ayer agarré sangre, bueno no agarré sangre así directamente, el becario nos dijo, no, es sangre de perro, así que no hay ningún problema.*

TX.- *¿Y cómo para qué la agarraste?*

PX.- *La agarré en un tubo de ensayo, estuvimos trabajando con tubos, aunque si me estresé mucho cuando agarré una cinta con sangre y dije ha de ser de humano o ha de ser de perro, como quiera me eché gel antibacterial y me puse mucho.*

TX.- *¿Y por qué la tomaste si tenía sangre?*

PX.- *Porque tenía que marcar el tubo con esa cinta, pero era una manchita.*

TX.- *¿Y no te habías fijado que estaba manchado de sangre?*

PX.- *Sí, si me fijé, y como quiera la agarré, es que yo pensé que era sangre de perro.*

TX.- *A pesar de que viste que estaba manchado de sangre como quiera la agarraste.*

PX. *Es que la agarré por accidente.*

Viñeta: 19/09/11

PX.- *Bueno, también me intriga mucho, bueno todavía tengo ese miedo, que me pueda contagiar de SIDA, por ejemplo si no me baño, siento que si me siento en un lugar, por ejemplo ahorita de hecho tenía esa intriga de que si venía a consulta y si me sentaba me podría contagiar porque al mejor otra persona ya se había sentado también y me podía contagiar.*

TX.- *¿Entonces tú no te has bañado?*

PX.- *No me he bañado hoy, porque en la mañana me iba a bañar pero me quedé dormido y ya me levanté casi ya a la hora de ir a clases... y pues ya no la hacía para bañarme, y pues ya mejor me voy y pues ahorita si tuve más tiempo de bañarme, pero pos... no lo hice... porque primero me puse a checar eso de bioquímica, el sistema de evaluación y luego ya me puse en YouTube a relajarme un rato..... Es que precisamente llego a la casa y me pongo a ver videos de YouTube, para relajarme nada más unos quince minutos según yo, pero se me va... el tiempo y me puedo quedar allí toda la tarde... pero según yo nada más yo es nada más 15 minutos....*

TX.- *¿Entonces hoy no ibas a venir por miedo a contagiarte con el asiento?*

PX.- *Así me sentía pero yo decía, no es cierto, así no se transmite el virus... es que yo en las noches cuando yo me masturbaba, pues tenía sueños húmedos... y estaba en la cama y yo pienso que la cama podía tener mi esperma y yo me podía manchar y al contacto, cuando yo estaba manchado, el contacto donde yo estaba manchado al sentarme, otra persona también estaba manchado, con semen de otra persona infectada y me podía contagiar y esa era mi teoría. O también de una mujer que había menstruado... se oye muy ilógico...*

TX.- *¿Y tú te hubieras ido a sentar?*

PX.- *No, bueno... es que de hecho me llama la atención, suena divertido.*

TX.- *¿Qué suena divertido, que suena bien?*

PX.- *Pues hacer eso...*

TX.- *¿Pues entonces tú te quieres contagiar?*

PX.- *No... no pues, es como si me quisiera suicidar o así...*

Viñeta 21/10/12

PX.- *Ya ve que habíamos estado platicando eso de querer matarme o de matar..., quería decirle algo que me pasó hace unos días... estaba en mi casa, allí donde me hospedo, y pues ya ve que le había platicado que me agarran el jamón, que me agarran mis cosas del refrigerador... pues ya sé quién es un chavo, de los mismos que se quedan allí...*

TX.- *¿Y ya has hablado con él al respecto?*

PX.- *No, es que no me gusta decirle nada... pero bueno, eso no es lo que le quería platicar, estaba yo lavando los platos y de repente que me corto con un cuchillo, no mucho pero sí me saqué sangre y chin... otra vez, y en eso que escucho que llega el chavo este que le digo, el que me agarra las cosas... y no sé por qué, pero me dieron ganas de matarlo y traía el cuchillo y como que se me empezaron a dormir los brazos... es que me da pena se escucha muy loco... pero deje le digo... yo veía el cuchillo lleno de sangre y dije que padre se ve... hasta se me vino así como que una poesía...*

TX.- *¿Poesía...? ¿Cómo...?*

PX.- *Sí, era algo así, como... "Grandioso cuchillo con tu filo podrás cortar brazos, piernas, hombros, cabezas... todo..."*

TX.- *¿Y cómo está eso, haber platicame, como lo matarías...?*

PX.- *¿Cómo? ¿Por dónde empezaría?... SILENCIO...le clavaría el cuchillo en el pecho.*

TX.- *¿En el pecho?, ¿por qué en el pecho?*

PX.- *¿Tengo qué decir lo primero que se me venga a la mente?*

TX. *Sí.*

PX.- *Es que en el pecho está el corazón y si le saco el corazón y lo corto se acabaría todo ya ve que dicen que en el corazón están todos los sentimientos, bueno si destruyo el corazón se terminara todo lo que siento.*

4.4.1 Pulsión de Muerte como Fuerza de eliminación y delimitación

La destrucción es una manera de poner fin a la desorganización provocada por un objeto o una fuente exterior al sí mismo, puede ser resuelta por la destrucción. Muerte y destrucción son medios extremos de poner fin a la desorganización.

Pero en qué consiste una desorganización?, en los textos de Freud donde relata las experiencias traumáticas, leemos que la libido es desorganizadora cuando está sin meta ni ligada. La libido no ligada se manifiesta especialmente en las fases precoces del desarrollo, los estados regresivos y la psicopatología grave.

La pulsión de muerte trabaja como una fuerza de eliminación y de delimitación; procura una inmovilización, una coagulación se podría decir, tiene la función de eliminación de lo superfluo, de lo que sobra, incluso destruye, fortifica también las estructuras psíquicas.

La destrucción, la repetición y la ligazón, por ejemplo pueden ser consideradas como producción de la pulsión de muerte (Ikonen, 1984).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5.1 Discusiones

El estudio de caso aquí presentado nos muestra como un paciente que mostraba ciertas repeticiones y que llega a la consulta pidiendo ayuda para no llevarlas a cabo y como mediante el trabajo analítico da cuenta de otras más repeticiones de las cuales no tenía consciencia y a través del trabajo psicoanalítico, mediante la regla fundamental de la libre asociación fue encontrando cómo dar “muerte” a esos fantasmas que lo atormentan del pasado.

El paciente dentro de su tratamiento fue dando cuenta de elementos que eran precursores de su problemática actual. Y como las ideas religiosas puestas como el Ideal del Padre; dentro de una censura moral le generaban sentimientos de culpa y de esta forma justificar por qué no tener acceso a una sexualidad genital satisfactoria.

La identificación con la Madre, marcaba un desenlace nada satisfactorio, en sus relaciones.

Mediante las categorías descritas observamos cómo la figura del padre tiene peso sobre su estructuración, y cómo a través de elementos como la repetición intenta dar muerte a esa figura.

Actualmente el paciente ha podido llevar a cabo actividades que en un primer momento del tratamiento le eran imposibles ya que la angustia y la culpa, no se lo permitían como él deseaba.

La transferencia que se originó fue positiva, la cual permitió que el paciente no abandonara el tratamiento, a pesar de sus actos fallidos, mismos que fueron señalados en su momento.

5.2 Recomendaciones

Este caso en particular será importante poner atención en la estructura del mismo y su desarrollo, ya que se puede confundir con una estructura Limite, misma que a sido planteada en el caso del Hombre de los Lobos (Marinov,1999) y más directamente en el hombre de las ratas Freud (1878) ya que en la estructura Limite se encuentra un trauma pre-edipico de desorganización, además de la importancia de las tendencias depresivas y las conductas adictivas, la falta de interioridad, el predominio de lo destructivo, el desarrollo en falso self.

Por otro lado se hace la aclaración que un primer momento se pensó en un paciente limite como diagnóstico, motivo por el cual se le aplico una entrevista estructural (Kenberg, 1992), donde se observo sus defensas mismas que dieron como resultado un paciente Neurótico Obsesivo.

Además de no presentar las siguientes características de la Estructura Limite (Kenberg, 1992).

Ansiedad: Los pacientes límite presentan ansiedad crónica, difusa y libre y flotante.

Neurosis polisintomática: Fobias múltiples, Síntomas obsesivo compulsivos que han adquirido sintonicidad secundaria del yo y por lo tanto una calidad de pensamiento y acción "sobreevaluados". Síntomas múltiples de conversión, elaborados o raros, especialmente si son

crónicos. Reacciones disociativas, en especial "estados de ensoñación" histéricos y fugas, y amnesia acompañada de trastornos de conciencia, e. Hipocondriasis. Tendencias paranoides e hipocondriacas con cualquier otra neurosis sintomática (una combinación típica que indica un "presunto" diagnóstico de organización límite de la personalidad). Tendencias sexuales perversas polimorfas. Neurosis y adicciones por impulso.

Por otro lado el aprendizaje del desarrollo del mismo caso, así como la supervisión del mismo, me dejan una enseñanza que será clave para mi futuro desarrollo como psicoterapeuta.

Agradezco a los Maestros que me acompañaron en estos dos años de preparación de la Maestría en Psicología con enfoque Psicoanalítico así como a los autores por permitirme saber un poco más acerca de su desarrollo teórico y al mismo tiempo como esta teoría me permite conjugar lo aprendido en las aulas con la práctica.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- Dor, J. (2000). *Estructuras clínicas y psicoanalíticas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Etchegoyen R.H. (2009). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortou
- (1912). *Consejos al Médico sobre el tratamiento psicoanalítico*.
- (1913). *Sobre la iniciación al tratamiento*.
- (1923). *El yo y el ello*.
- (1925). *Inhibición, Síntoma y Angustia*.
- (1920). *Más allá del principio del placer*.
- (1915). *Consideraciones de actualidad sobre la vida y la muerte Cap. II Nuestra actitud ante la muerte*.
- (1984). *Las Neuropsicosis de defensa*.
- (1894). *Obsesiones y Fobias*.
- (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*.
- (1907). *Los actos obsesivos y las prácticas religiosas*.
- (1908). *Carácter y erotismo anal*.
- (1909). *Análisis de un caso de Neurosis Obsesiva (El hombre de las ratas)*.
- (1910). *Contribuciones al Simposium sobre el suicidio*.
- Laplanche J., Pontalis J. (1993) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez Gómez, G. y otros (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- García, G. (1981). *Crónica de una Muerte anunciada*. Mondadori. Biblioteca de Gabriel García Márquez.
- Green, A. (2008) *De Locuras Privadas*. Buenos Aires: Amorrortu

Corsi, O (2002) *Aportaciones preliminares al concepto de pulsión de muerte en Freud.*
Revista Clínica de Neuropsiquiatría 40:361-70 versión on line ISSN 01717-
9227, disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/50717-92272002000400008>

Lara, Cohen de A (1998) *Que cubre una sintomatología obsesiva compulsiva*, Paris
PUF