

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



***CONSIDERACIONES ACERCA DE LA MEMORIA Y EL OLVIDO EN
UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA.***

**PRESENTA
LAURA VIVIANA LEAL GUERRERO**

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

**DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES
DIRECTORA DE TESIS**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MARZO DE 2014

CAPÍTULO 1

1.1 Introducción.....	8
1.2 Antecedentes.....	10
1.3 Objetivo general.....	17
1.4 Objetivos específicos.....	17
1.5 Limitaciones y delimitaciones.....	18
1.6 Justificación.....	23

CAPÍTULO 2

2.1 Fundamentación teórica.....	25
---------------------------------	----

CAPÍTULO 3

3.1 Metodología.....	52
----------------------	----

CAPÍTULO 4

Presentación del caso clínico

4.1 historial clínico.....	62
4.2 Resumen general del caso clínico.....	62
4.3 Motivo de consulta.....	65
4.4 Demanda del tratamiento.....	66
4.5 Sintomatología actual.....	66
4.6 Impresión diagnóstica.....	67
4.7 Estructura subjetiva.....	67
4.8 Contexto familiar.....	68
4.9 Figuras significativas.....	73
4.10 Estructuración edípica.....	74
4.11 Eventos traumáticos.....	74
4.12 Perfil subjetivo.....	77
4.13 Análisis de los objetivos con el material clínico.....	82

CAPÍTULO 5

5.1 Conclusiones.....112

Bibliografía.....121

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo como lo es la elaboración de la tesis y todo lo que conlleva la construcción de un caso clínico, me es confortante agradecer la participación de personas que de alguna u otra manera me apoyaron para concluir este proyecto.

Es por ello que utilizo éste espacio para expresar mis más sinceros agradecimientos.

En primera instancia a Dios quien me dio la fortaleza y salud para alcanzar este anhelo que se vuelve una realidad tangible.

A mis padres, Sr. José Luis Leal Macías y Sra. Silva Guerrero Olivares

Mi madre mi mayor inspiración en todos mis logros, gracias porque siempre has sido una guía a lo largo de mi vida y has apoyado mis decisiones.

Debo agradecer de manera especial a mi tía Cheli por haberme facilitado siempre los medios económicos para mis estudios, pero sobre todo por su apoyo incondicional, su entera confianza y motivación el cual hizo posible ver culminada mi meta. Gracias por confiar en mí capacidad al entrar a estudiar ésta maestría y por acompañarme día a día en mi camino.

A mis hermanas Silvia y Erika como una exaltación a su amor y apoyo ilimitado a mis sobrinas, mi tía Laura y prima Nena gracias por ser parte de mi vida.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a la Dra. Blanca Montoya por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de

esta tesis. Agradezco su disponibilidad, su tiempo el espacio ofrecido en el periodo trabajado.

Así mismo al Dr. Guillermo Vanegas por favorecer curricularmente la oportunidad de llevar materias fundamentales para facilitar la realización de este trabajo, no cabe duda que su participación ha enriquecido el proyecto realizado

Gracias a los Doctores antes mencionados por su capacidad para guiar nuestras ideas con su aporte invaluable y por su siempre acertada orientación ya que han sido piezas claves para llevar a cabo la construcción del caso clínico.

Finalmente agradezco la participación de todas las personas que de alguna u otra manera colaboraron para la culminación de éste trabajo.

¡Gracias!

Lic. Laura Viviana Leal Guerrero

RESUMEN

Aun cuando la neurosis obsesiva se encuentra entre los trastornos más comunes en la práctica clínica, probablemente ninguna otra entidad es, con tanta frecuencia, tan mal

El objetivo o propósito de esta tesis es describir y analizar un caso clínico de la neurosis obsesiva para fundamentar las líneas de intervención clínica.

Se abordó la neurosis obsesiva a partir de su génesis, su síntomas y posible tratamiento; pero específicamente el punto central de éste caso clínico es cómo puede llegar un obsesivo a la pérdida de la memoria; Este abordaje se realizó desde el punto de vista psicoanalítico que es el tema de nuestro interés.

La Metodología fue realizar una articulación teórico práctico y un análisis concerniente a uno de los más controvertidos trastornos mentales conocido como neurosis obsesiva, mediante el recorrido del proceso terapéutico en el historial del paciente.

Para ello fue necesario describir la efectividad de la intervención psicoanalítica respecto a la dirección de la cura en pacientes obsesivos, así como la comprensión de las características psíquicas y los efectos psicosomáticos de un caso de neurosis obsesiva, se analizó la severidad del súper yo y su intervención en la sexualidad, para finalmente describir las vicisitudes de la transferencia como instrumento de la cura psicoanalítica.

De los resultados obtenidos mediante la intervención terapéutica se pudo encontrar que el paciente pierde la memoria debido a un desequilibrio emocional y se podría hablar de una estructura neurótica con rasgos obsesivos.

Lo que permitió llegar a las siguientes conclusiones: aún en la actualidad, resta mucho por conocer de la neurosis obsesiva, trastornos de esta clase afectan de manera fisiológica y psicológicamente a los individuos que presentan este cuadro clínico.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

A modo de introducirnos en el tema, es importante retomar que para el psicoanálisis existen tres grandes estructuraciones; neurosis, psicosis y perversión. Dentro de la neurosis se concentra la división de histeria, fobia y neurosis obsesiva, aquí nos enfocaremos en un caso de neurosis obsesiva; se pretende enunciar los rasgos más importantes, los cuales representan pistas clínicas y epistemológicas; construyendo poco a poco un camino que permite dar cuenta de los fenómenos obsesivos, para posteriormente establecer articulaciones entre la estructura obsesiva y el caso de un joven que pierde la memoria y no encuentran explicación médica para lo ocurrido, tras varios exámenes neurológicos su diagnóstico es que se encuentra en los límites normales y se le recomienda que acuda a terapia psicológica, debido a que neurológicamente no encontraron ninguna anomalía.

La importancia del caso clínico es de gran relevancia en el contexto de la clínica psicoanalítica, debido a que hay muchas cosas que descubrir en la neurosis obsesiva, el caso se podría prestar para un mal diagnóstico y controversia, se podría pensar que la pérdida de la memoria es un síntoma únicamente de la neurosis histérica y no de la neurosis obsesiva.

Por tal motivo en sus páginas, se intenta recoger todos aquellos aspectos básicos y fundamentales que conforman y distinguen el quehacer teórico-

práctico, fragmentos del historial clínico que según mi apreciación subjetiva, es un caso de cierta gravedad.

Por otro lado ir vinculando este caso y otros anteriormente analizados, señalando algunas observaciones sobre su génesis y el mecanismo de los procesos anímicos obsesivos, así como la intervención clínica psicoanalítica pertinente con todo lo que ella conlleva.

Finalmente veremos un tercer tiempo en donde concluiremos el análisis descriptivo del caso sin pretender llegar a una respuesta absoluta, sino que entregar algunos elementos que permitan al lector reflexionar y cuestionarse sobre el caso clínico de neurosis obsesivas y obtener sus propias conclusiones.

1.2. ANTECEDENTES

Antes que Freud iniciara sus investigaciones sobre la neurosis obsesiva, ya existía en la psiquiatría de su época ciertas ideas sobre las obsesiones, las cual criticaba debido al concepto en donde tenían a la neurosis obsesiva, pues dicha disciplina se limitaba a distribuir calificativos a las diferentes obsesiones y a sostener que los sujetos portadores de los síntomas de las mismas son siempre degenerados.

Algunas nominaciones con que fue introducido el tema de las obsesiones en la nosología son las siguientes:

Manía sin delirio en Pinel, Monomanía afectiva para Esquirol, enfermedad ruminativa para Griesinger, locura de la duda y locura del tacto en Falret, temperamento nervioso y delirio emotivo en Morel y paranoia rudimentaria para Westphal y Krafft- Ebing.

Pero sin lugar a duda le correspondió a Freud, el mérito de haberle dado por primera vez un contenido teórico a la antigua clínica de las obsesiones, no sólo ubicando la enfermedad en el registro de la neurosis, sino clasificándola junto con la histeria, la segunda gran enfermedad neurótica de la clase de las neurosis, según la doctrina psicoanalítica.

Fue hasta 1894 que Freud descubre que 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 el plano clínico, se pone de manifiesto por ritos conjuratorios de tipo religioso, síntomas obsesivos y por permanente rumiación mental, en la que intervienen dudas y escrúpulos que

inhiben el pensamiento y la acción. Un año más tarde en 1895 Freud opuso, en una carta a Wilhelm Fliess donde se señala una diferenciación entre la histeria y la obsesión y se descubrió que en el caso de la histeria existió una experiencia sexual previa a la pubertad, que fue acompañada de "susto y repugnancia". En cambio en el caso del obsesivo la experiencia se acompañó de placer que más tarde se transforma en auto reproche

Partiendo de lo antes mencionado tenemos pues un primer elemento importante que es necesario subrayar, el conflicto moral característico del neurótico obsesivo, conflicto vinculado a una experiencia sexual infantil, donde la dimensión placentera y su repudio entran en juego

Después del abandono de la teoría de la seducción, Freud no volvió sobre la cuestión de la neurosis obsesiva hasta 1907: presentó entonces por primera vez ante la Sociedad Psicológica, el principio de la historia de un enfermo afectado de esta neurosis: Ernst Lanzer, que se hizo célebre con el seudónimo de Hombre de las Ratas, en donde Freud transformó su concepción de la neurosis obsesiva lo que aparece dominando la organización sexual del obsesivo es el erotismo anal.

Posteriormente en 1909, Freud habla de los caracteres generales de los neuróticos obsesivos, refiriéndose a ellos como necesidades anímicas, ubicándolas en tres territorios: la realidad, la superstición y la muerte y en donde la duda es otra necesidad anímica común en ellos.

En 1913 retomó esta temática con la publicación de un libro, *Tótem y tabú*, y un artículo, "La predisposición a la neurosis obsesiva".

En 1926, en Inhibición, síntoma y angustia, Freud puntualiza en la segunda tópica que el desencadenante de la neurosis obsesiva sería entonces 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 a las pulsiones destructivas del ello, desarrollando formaciones reactivas que toman la forma de escrúpulos, limpieza, sentimientos piadosos y de culpa.

Diversos autores han estudiado la neurosis obsesiva como George Bear, los discípulos de Charcot, Salpêtrière, Pierre Janet, Beard, Janet entre otros; pero como antes mencionamos, debemos la nominación de Neurosis obsesiva a Freud que la denominó como entidad nosográfica autónoma y fue quien aisló este cuadro en donde situaba a la Neurosis obsesiva como una afección autónoma e independiente, a pesar de que la mayoría de los autores opinaban diferente.

Sin lugar a duda se han realizado grandes aportaciones sobre la neurosis obsesiva como las siguientes:

Es en 1894 en «Neuropsicosis de defensa, en donde se realizó un estudio de neuróticos con fobias y representaciones obsesivas, hizo que Freud intentando explicar esos síntomas, dedujera su origen. Junto a esta teoría modificó la de la histeria al hallar un carácter común a la histeria y esas neurosis. Su modo de abordaje mostró también un enlace entre estas dos y las psicosis.

En 1895 «Obsesiones y Fobias Con éste estudio, Freud elaboró la teoría de las neuropsicosis de defensa, en la que explica que el psiquismo a veces

utiliza mecanismos de defensa contra representaciones intolerables. Con esto quiere decir que las fobias y las obsesiones, además de la histeria y la psicosis, son enfermedades causadas como solución a un temor.

En 1896 «Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa». Donde Freud fundamenta que los síntomas de estas afecciones son un producto del mecanismo psíquico de la defensa (inconsciente), surgiendo, por tanto, a consecuencia de la tentativa de reprimir una representación intolerable, penosamente opuesta al yo del enfermo, aporta varias observaciones clínicas, el sentido en que ha de interpretarse este proceso psíquico de la «defensa» o la «represión» describiendo también el método psicoanalítico.

En 1898 y 1905 «La sexualidad en la etiología de las neurosis». Freud sostiene que las causas más inmediatas y prácticamente importantes de todo caso de enfermedad neurótica han de ser buscadas en factores de la vida sexual.

En 1907 «Los actos obsesivos y las prácticas religiosas». Freud resalta que en la práctica de la religión encuentra la misma transacción entre la prohibición y el deseo, entre la tendencia represora y la reprimida. Freud se atreve a señalar que desde una perspectiva psicoanalítica, la neurosis obsesiva debe ser considerada como una religión individual y la religión como una neurosis obsesiva universal.

En 1909 «Análisis de un caso de neurosis obsesiva. El Hombre de las Ratas». donde se hicieron grandes aportaciones, según Lacan, se exponen

los descubrimientos fundamentales que aún nos nutren acerca de la dinámica y la estructura de esta neurosis.

En 1912 «Totem y Tabú» en donde Freud plantea una distinción entre neurosis obsesiva y las conductas obsesivas, a las cuales llama defensas, que pueden aparecer en otros cuadros clínicos.

En 1912 publica tres ensayos sobre Aportaciones a la vida amorosa: La degradación general de la vida amorosa, El tabú de la virginidad y Sobre una especial elección de objeto en el hombre, donde se plantea el desdoblamiento de la mujer, cuestión ésta característica en el obsesivo.

En este mismo año, 1912, escribe «Sobre los tipos de adquisición de la neurosis» y un año después, 1913, «Sobre la disposición a la neurosis obsesiva». En 1915, en «Duelo y melancolía» discrimina el sentimiento de culpa en la neurosis obsesiva y en la melancolía. En «Lecciones Introdutorias» de 1916-17 amplía el estudio sobre el sentido de los síntomas. La discriminación de la neurosis obsesiva dentro de las enfermedades consideradas como psíquicas continúa en el texto sobre «La pulsión y los destinos de la pulsión» en 1915; también en el trabajo sobre «La represión»

En 1917 avanza sobre esta cuestión y publica «Las transmutaciones de la pulsión, especialmente del erotismo anal». En este mismo año realiza un trabajo sobre un recuerdo infantil en el texto «Poesía y verdad» de Goethe, relacionándolo con la cuestión del obsesivo, precisamente porque es un texto

que el Hombre de las ratas había leído y habla de ello en alguna de sus sesiones.

Así como «Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci» le va a servir para hablar de la estructura fóbica, «Poesía y verdad» de Goethe la va a trabajar para hablarnos de la estructura obsesiva.

En 1919 publica «Pegan a un niño» frase que le permitirá definir el fantasma de la estructura perversa y generalizar la cuestión del fantasma para la estructura del sujeto, manifieste una estructura perversa o neurótica.

Otro texto donde va a trabajar específicamente la cuestión de la neurosis obsesiva va a ser en 1925, en «Inhibición, síntoma y angustia», donde va a discriminar lo que es inhibición, lo que es síntoma y lo que es angustia, intentando una diferencia.

En 1934, sigue trabajando la cuestión del Nombre-del-Padre en el mito del neurótico, publicando «Moisés y la religión monoteísta».

En 1937, en «Análisis terminable e interminable», una de sus últimas obras, sigue estudiando esta estructura obsesiva que podemos considerar una de las denominadas estructuras freudianas, en tanto es Freud quien la produce.

Finalmente, Freud continuaba considerándola como «sin duda, el objeto más fecundo y más interesante de la investigación analítica».

Como se puede observar con los antecedentes mencionados se podría decir que el motivo para la realización del presente trabajo de investigación, surge el interés particular de ahondar y profundizar el estudio de esta entidad

nosográfica desde la perspectiva Freudiana, así mismo adentrarme en la línea de Joel Dor.

Elegí el caso por dos razones, la primera es porque el paciente ya tiene tiempo en análisis, por tal razón había suficiente material de estudio; La otra razón es porque me resulto muy interesante la historia del sujeto y un caso poco común en la clínica.

1.3. Objetivo general

Describir y analizar un caso clínico de la neurosis obsesiva para fundamentar las líneas de intervención clínica.

1.3.1. Objetivos específicos

- Describir la efectividad de la intervención psicoanalítica respecto a la dirección de la cura en pacientes obsesivos
- Comprender las características psíquicas y los efectos psicósomáticos de un caso de neurosis obsesiva
- Comprender la severidad del súper yo y su intervención en la sexualidad en pacientes obsesivos teniendo como referente la teoría psicoanalítica.
- Describir las vicisitudes de la transferencia como instrumento de la cura psicoanalítica

1.4. Limitaciones y delimitaciones

La intervención clínica deberá incluir los límites y alcances que el mismo estudio impone.

Hay una limitación fundamental que el terapeuta se impone a sí mismo y cuida de poner bien en claro ante los pacientes: “No decir lo que debe hacer; no insinuar qué decisiones debe tomar, sino a contribuir a que logre esclarecer los motivos de sus decisiones. El terapeuta no aconseja, no administra recompensa ni establece castigos; no entabla con el paciente una relación de maestro o amigo; mantiene una neutralidad, aunque en ocasiones cuesta trabajo debido a la singularidad del caso se trató de trabajar con los instrumentos psicoanalíticos.

Singularidad del caso.

A la clínica llegan todo tipo de pacientes, la singularidad de éste caso es muy interesante, debido a que no es muy común escuchar que un joven de 29 años con aparentemente una estabilidad en todos los aspectos de su vida, pierda la memoria de un día para otro, en una primera instancia se creería que esto solo pasaría en un caso de histeria y no en una neurosis obsesiva, ¿o quizá no hay una estructura pura?

Contexto institucional

Contexto físico. La USP se encuentra situada dentro de la institución (facultad de Psicología).

Las instalaciones se reparten en un edificio (de dos pisos) se encuentran cubículos en donde se hace el trabajo terapéutico.

Características del paciente

Paciente de 29 años, su forma de pensar era de una persona mayor, soltero, vive con sus padres, de aspecto físico moreno, delgado, estatura media, vestimenta formal, imagen intelectual, su discurso muy estructurado, formal y correcto, ideas y pensamientos obsesivos, nivel de estudios maestría en economía

El sujeto muestra una motivación y afán por solucionar entender y comprender sus dificultades, siempre busca un porqué de las cosas, Sujeto con mucha capacidad intelectual, lee mucho

Dificultades del caso

Existen algunas limitaciones en el caso clínico analizado la primera dificultad que se presentó, fue cuando el paciente acudió por primera vez a terapia con una gran demanda de una pronta solución tipo "receta" que requería para su problema, debido a que era la primera vez que acudía a solicitar ayuda psicológica y tenía total desconocimiento de nuestra labor, donde además acudió porque se lo recomendó el médico al no encontrar anomalías en los estudios neurológicos, por lo antes mencionado el paciente

llegó muy angustiado queriendo una explicación del porqué había perdido la memoria y su temor era que si no se le atendía rápido podría volver a padecer ese problema.

Otro grupo de factores que ha de tomarse en cuenta es la situación de la vida del paciente; acudía a terapia ocultándole a la familia que consultaba con psicólogo porque no quería que pensarán que estaba loco; su familia tenía una errónea idea de que acudir con psicólogos era solo para locos, por tal motivo al no tener el apoyo de su familia el paciente dudaba en acudir y continuar con la terapia.

Otra dificultad del caso es que el paciente tenía ciertos conocimientos de psicología porque su ex novia era psicóloga y como deseaba ingresar a la carrera leía muchos libros de psicoanálisis.

Cuando se le pedía al paciente que tratara dentro de lo posible de dejar venir las cosas y de decirlas sin importarle la lógica ni el orden; y que comunicara incluso lo que le pareciera trivial, vergonzoso o descortés, se le complicaba mucho y hacía referencia a sus hipótesis o conceptos teóricos de psicología el tratando de hilar su vida con conceptos psicológicos. La libertad de autoexpresión y de comunicación generaba, sobre todo al inicio de la terapia, dolor y ansiedad. El paciente por lo general rechazaba el tipo de libertad que la terapia le ofrece, debido a que es un paciente extremadamente organizado en su discurso tal pareciera que planeaba con anticipación lo que traería a terapia, cabe mencionar que tiempo después el paciente aprendió a adquirir

una autonomía relativamente mayor durante las sesiones terapéuticas mediante la asociación libre.

Después de 1 año en análisis continuo, se podría decir que otra de las dificultades presentadas se observa en la relación Terapéutica a través de la Transferencia, en el caso presentado el paciente comenzó a fantasear y a colocarme en el objeto amoroso, sintiéndose agradecido porque sentía que había avanzado en su análisis y colocándome en el sujeto supuesto saber, comenzó a realizar acciones fuera del contrato psicoanalítico como el mandar mensajes en horas inapropiadas asegurando que se había enamorado y aunque se trató en sesión ese tipo de emociones, no dejó de ser una dificultad para el paciente en su tratamiento al pensar en dejar su análisis por lo que estaba sintiendo.

Delimitaciones.

La situación analítica abarca la totalidad de las transacciones que se llevan a cabo en el *campo* configurado por el analista y el analizando, desde el comienzo del tratamiento hasta su finalización, y comprende *encuadre* y *proceso*.

Alcances de la intervención

Las intervenciones ya sean interpretaciones, confrontaciones o simples observaciones son solo útiles cuando son aceptables para el paciente o sea nivel consciente

Si se opta por una interpretación, se debe primero simplificarla, enunciarla mentalmente y aguardar a que llegue el momento adecuado para hacerlo en

voz alta, un momento de apertura, de suerte que la imposición sea mínima. No se debe interrumpir al paciente al comienzo de la sesión, sino escuchar su relato prestando atención, en forma simultánea, a dos de sus aspectos centrales: 1) su contenido manifiesto (se escucha con el fin de comprender y recordar); 2) otros contenidos que puedan conectarse, o asociarse de manera apropiada, con algún aspecto de la interpretación.

Aportes de la intervención

La intervención constituye la herramienta de trabajo más importante de la comunicación psicoanalítica. La interpretación es la comunicación verbal explicitada que el psicoanalista hace al paciente de la comprensión procesada de los contenidos inconscientes de éste, con el objetivo de ayudarlo a hacer consciente lo inconsciente.

Es necesaria la intervención para restablecer o facilitar la participación del paciente en la labor terapéutica.

Eficacia de la intervención

La eficacia de la intervención v
a a depender de cada terapeuta y del trabajo psicoanalítico que esté haciendo con el paciente.

JUSTIFICACIÓN

En la práctica clínica se atiende a pacientes con diversas problemáticas, Sin embargo hay casos en los que se amerita una mayor investigación debido a la gravedad del caso, a pesar que se han hecho grandes investigaciones en casos de neurosis obsesiva como el hombre de las ratas y el hombre de los lobos, queda mucho por abordar en dicha estructura ya que cada caso es único e irrepetible.

Hablar de neurosis obsesiva es hablar de una de las estructuras psíquicas más complejas. Y una de las complejidades planteadas en dicha estructura son sus síntomas, los síntomas del caso analizado iban mucho más allá de pensamientos o ideas obsesivas, la pérdida de memoria del paciente fue una de las características que iba deteriorando su forma de vida y que afectaba a todo un contexto familiar. Ese fue uno de los principales motivos por el cual yo elegí éste caso clínico, que en lo personal me pareció un reto lo suficientemente importante ya que hacerse cargo de un caso es aceptar un compromiso muy fuerte con el paciente e investigar y abordar más sobre la problemática con el fin de dar sentido y de poder ampliar la visión y la comprensión de la neurosis obsesiva

Por lo antes mencionado el abordaje e intervención se plantea, fundamentalmente, desde el enfoque psicoanalítico.

Hay un sinfín de beneficios en la intervención oportuna, debido a que la meta última de la intervención psicoanalítica es la disminución de problemas neuróticos ayudando al paciente a lograr la introspección así como la liberación de energía que antes se había reprimido (catarsis), cabe mencionar que en la eficacia del tratamiento no debe medirse en términos estadísticos, sino en términos singulares.

Los aportes que la intervención arroja en los diversos ámbitos son muy significativos, proporciona tanto al estudiante como a los profesionales una serie de herramientas teórico-prácticas para el quehacer en la clínica, Estos conocimientos representan una actividad de racionalización del campo profesional fomentando el desarrollo intelectual a través de la investigación.

La intervención y la práctica clínica, así como la investigación del estudio de caso es un proceso que le posibilita al futuro clínico, ubicar claramente su tendencia profesional acorde con su formación, desarrollar actitudes, habilidades y destrezas en los contextos donde le corresponda actuar. Además, le debe permitir; poner a prueba la coherencia y pertinencia de los enfoques teóricos, metodológicos e investigativos aplicables al objeto de conocimiento específico de estudio y al énfasis en psicoanálisis

Además de consolidar futuros estudios sobre esta problemática, con el fin único de generar una mejor calidad de atención psicoterapeuta al paciente, el interés investigativo, el esfuerzo humano, ético y profesional de indagar y proponer posibles tratamientos y profundizar más sobre la problemática planteada.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACION TEORICA

2.1. Un recorrido de la neurosis obsesiva

Para hacer un recorrido del origen y surgimiento de los conceptos en el contexto histórico sobre neurosis obsesiva quisiera retomar los siguientes aspectos generales y posteriormente profundizar en lo particular de dicha neurosis.

Conviene señalar que la concepción freudiana de la neurosis obsesiva se fue desarrollando, entre los años 1894-1926. En efecto, pueden aislarse, a grandes rasgos, tres concepciones diferentes. La primera sería correlativa de la teoría de la seducción y de la idea según la cual la sexualidad constituye un elemento prematuramente despertado en el niño a raíz de una acción perversa perpetrada por un adulto (Freud, 1896).

Por el contrario, la segunda concepción dependería del abandono de la mencionada teoría y del consecuente descubrimiento freudiano de la sexualidad infantil (Freud, 1905). Así, se abrirían las puertas a la intelección teórica de las fases del desarrollo libidinal y a la posible inhibición del mismo en el caso de las neurosis. La particularidad de la neurosis obsesiva estaría dada, en este caso, por una fijación y una regresión a la fase sádico-anal (Freud, 1913).

Por último, conviene destacar que, la tercera concepción, si bien conservaría estas dos últimas características esenciales, involucra una revisión de las mismas a partir del giro teórico de los años 20. En este sentido, los dos elementos que se tomarán en consideración serán la hipótesis de la pulsión de muerte (Freud, 1920) y la formulación de la segunda tópica (Freud, 1923), con la correlativa introducción del concepto de superyó.

Para aterrizar un poco sobre la historia de la neurosis obsesiva recordaremos que Freud expresa su descontento por el hecho de que “sus obsesivos no hayan sido todavía clasificados”:

Por tal motivo años más tarde en 1894 Freud comienza a interesarse por el cuadro psicopatológico de las representaciones obsesivas, al que poco después el mismo denominará "neurosis obsesiva".

Si bien la noción de “obsesión” ya existía, y ya habían sido aislados ciertos síntomas obsesivos, pero la originalidad freudiana consistirá en rescatar a las “obsesiones” del territorio de la “locura” donde la psiquiatría clásica la había colocado, reuniéndola en la misma categoría nosográfica que la histeria, y oponiendo a ambas a las neurosis (en sentido prefreudiano).

En los primeros escritos de su obra, Freud no habla aún de neurosis obsesiva, sino de “obsesiones (representaciones obsesivas) y fobias”. Años

más tarde en 1894 se habla sobre las Neuropsicosis de defensa donde Freud formulará las modificaciones a la teoría de la histeria, inaugurando el ya mencionado agrupamiento nosográfico.

Con lo antes mencionado y sin pretender hacer un análisis exhaustivo, intentare puntualizarlo de manera detallada.

En una primera instancia y haciendo un recorrido Freudiano, recordemos que Freud discutía con la psiquiatría de su época y sostenía que los fenómenos histéricos y obsesivos eran rasgos degenerativos, hace una investigación de la etiología de la neurosis y encuentra una causa común en la histeria y en la neurosis obsesiva la causa común que encuentra es un suceso sexual precoz de seducción; en la histeria es tolerado pasivamente con indiferencia o temor, en cambio en la neurosis obsesiva se generó con placer.

Que luego serán las situaciones buscadas es decir, para la histeria una búsqueda de deseo insatisfecho y para la neurosis obsesiva un deseo imposible por ya acontecido.

Es por eso que Freud encuentra en la etiología de la neurosis obsesiva un enlace íntimo con la histeria, lo denomina “dialecto del lenguaje histérico”

Como entidad nosográfica autónoma, debemos la nominación de “neurosis obsesiva” a Sigmund Freud, quien aisló este cuadro entre los años 1894-1896.

“He debido comenzar mi trabajo por una innovación nosográfica. Al lado de la histeria, he hallado razones para situar la neurosis obsesiva como afección autónoma e independiente, aunque la mayor parte de autores clasifican las obsesiones entre los síndromes de la degeneración mental o los confunden con la neurastenia” (Freud, 1896).

Como ya se mencionó en el apartado de los antecedentes, encontramos la descripción de este tipo de sintomatología, en las teorizaciones de los psiquiatras alienistas de la época, pero relacionados con cuadros nosográficos muy diferentes: Manía sin delirio en Pinel, Locura de la duda en Falret, Locura de la duda con delirio de tacto para Legrand du Saulle, Enfermedad Ruminativa para Griesinger o Monomanía afectiva para Esquirol, entre otros.

A su vez, poco después de Freud, Janet describió, con el nombre de psicastenia, una neurosis parecida, pero centrando su descripción en torno a una concepción etiológica distinta: lo que para Janet es fundamental y condiciona la misma lucha obsesiva es un estado deficitario, la debilidad de la síntesis mental, una astenia psíquica (Laplanche y Pontalis, 1967).

En 1894 Freud escribe “neuropsicosis de defensa”, donde formulará las modificaciones a la teoría de la histeria, inaugurando el ya mencionado agrupamiento nosográfico.

La representación obsesiva figura un sustituto o un subrogado de la representación sexual inconciliable y la ha relevado dentro de la conciencia. (Freud, 1894).

2.2. La Trayectoria Típica de una Neurosis Obsesiva

En Nuevas puntualizaciones sobre la neuropsicosis de defensa, Freud seguirá avanzando en las conceptualizaciones sobre la naturaleza de las entidades clínicas que reúne bajo este rótulo, en total continuidad con su escrito de 1894, donde había establecido que las mismas surgían “a raíz del intento de reprimir una representación inconciliable que había entrado en penosa oposición con el yo del enfermo, y cuyo mecanismo psíquico central era la defensa inconsciente.

Ahora bien, hallará como condición específica de la histeria que aquella vivencia sexual de la infancia estuvo caracterizada por una posición pasiva del sujeto. En la neurosis obsesiva, en cambio, la experiencia es activa (actividad sexual), es decir, se trata “de unas agresiones ejecutadas con placer y de una participación que se sintió placentera, en actos sexuales”.

A Esta diferencia etiológica se debe que la neurosis obsesiva se la encuentre con mayor frecuencia entre miembros del sexo masculino y a la histeria entre individuos de sexo femenino.

Como ejemplo de ello, el objeto de la seducción por parte de otra persona, produciéndose un temprano despertar de su libido, (caso del paciente donde tiene una experiencia sexual con su primo

Por lo antes mencionado se podría afirmar que en el caso clínico presentado de neurosis obsesiva he hallado un trasfondo de síntomas histéricos que se dejan reconducir a una escena de pasividad sexual anterior a la acción placentera, entonces en éste caso en particular la estructura no es pura y tiene ciertos rasgos histéricos.

Como en la obra de Freud en que la idea de “la neurosis obsesiva es un dialecto de la histeria”, es decir, es una variedad clínica de la histeria, una forma de histeria con una evolución diferente; así, la histeria es primaria, y la neurosis obsesiva es secundaria y dependiente de ella.

Con este material, Freud elaborará una fórmula sobre la naturaleza de la neurosis obsesiva: “las representaciones obsesivas son siempre reproches mudados, que retornan de la represión desalojo y están referidos siempre a una acción de la infancia, una acción sexual realizada con placer” (Freud, 1896).

2. 3 La evolución de la formación de los síntomas

De manera que se pueda introducir la descripción sintomática, así como los fundamentos de la organización del carácter se realizó un bosquejo teórico en Inhibición, síntoma y angustia.

En una primera instancia se encontró que los síntomas de la neurosis obsesiva se pueden presentar en dos formas distintas y opuestas.

Una de ellas sería la forma negativa que corresponde a las prohibiciones, las medidas de precaución y los castigos y la otra forma de síntoma serían los síntomas positivos que lo constituyen las satisfacciones sustitutivas, a menudo disimuladas bajo una forma simbólica.

Freud precisa que la formación del síntoma triunfa si la prohibición logra mezclarse con la satisfacción. (Freud, 1926)

Para el psicoanálisis, un síntoma es una manera de procesar un deseo intolerable para el sujeto. Un síntoma es una solución, cabe mencionar que la proliferación de síntomas es tan amplia, que el psicoanálisis no los lee como indicativos de un diagnóstico, sino más bien como una elaboración, estudiada y compleja, de lo que está en juego en ese paciente.

Haciendo un bosquejo teórico para encontrar el sentido de los síntomas en un neurótico obsesivo se puede enfatizar lo siguiente en las conferencias 17, incluidas en "Introducción al Psicoanálisis" (1916-1918).

El neurótico obsesivo presenta estos síntomas básicos:

Se ocupa de pensamiento que no le interesa, tiene una idea o representación fija, generalmente absurda y experimenta impulsos extraños a él.

Realiza ciertos actos contra su voluntad y desprovistos de placer, actos que son huidas de tentaciones que incluso pueden llegar a ser hasta de matar, que el enfermo no sólo los desmiente como ajenos, sino que huye de ellos, horrorizado y se protege de ejecutarlos mediante prohibiciones y restricciones de su libertad, ejecutando en realidad cosas inofensivas, mediante repeticiones ceremoniosas de actividades cotidiana.

El enfermo no puede suprimir la obsesión, pero sí puede desplazarla

Por otro lado el Yo y el súper yo, ocupan un lugar muy importante en la formación de los síntomas obsesivos. Tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria, las tendencias libidinales están vinculadas al complejo de Edipo.

A la disolución del complejo de Edipo se agrega la disminución regresiva de la libido, el superyó es muy severo y el yo desarrolla obedeciéndole, intensas formaciones reactivas en forma de hipermoralidad, compasión y limpieza excesiva (Freud, 1926).

Con lo expuesto anteriormente podemos decir que los síntomas son defensas del yo contra el retorno de las representaciones reprimidas y en la neurosis obsesiva aparecen siguiendo un desarrollo temporal específico.

La neurosis Obsesiva en la obra de Freud, nos dice que el ceremonial obsesivo, “consiste en pequeñas prácticas, agregados, restricciones, ordenamientos que, para ciertas acciones de la vida cotidiana, se cumplen

de una manera idéntica o con variaciones que responden a leyes” (Obstfeld ,2011) .

2.4 La duda en la neurosis obsesiva

La neurosis obsesiva consiste en la formulación de un pensamiento que se presenta de forma repetitiva y persiste, sin que el individuo pueda apartarlo de su mente.

El pensamiento obsesivo es aquel en el que la persona afectada realiza un discurso interminable, y con frecuencia cíclico, de forma reiterada, sin que ello le permita llegar a ninguna conclusión práctica ni desviar su atención del tema, con lo que le impide concentrarse en otros pensamientos o acciones.

Cuando el individuo afectado se halla en un estado depresivo, con frecuencia los pensamientos obsesivos giran en torno al tema de la muerte y del suicidio. (Capella, 1996).

La duda obsesiva aparece cuando la persona no puede convencerse de haber realizado un acto determinado, tal como cerrar la llave del gas o la puerta del piso, y de forma reiterada se siente obligado a cerciorarse de ello una y otra vez.

La neurosis obsesiva se caracteriza por: perfeccionamiento, obstinación, frialdad relacional, duda y rigor moral. El perfeccionismo consiste en que la persona obsesiva está exageradamente pendiente de los detalles, los procedimientos, el orden y la organización, frecuentemente en detrimento del resultado final.

La obstinación consiste en que la persona obsesiva es testaruda, insiste obstinadamente para que las cosas se hagan como él las entiende y según sus reglas. La frialdad relacional implica que la persona obsesiva tiene dificultad para expresar emociones cálidas, es a menudo muy formal, frío y envarado.

La duda tiene que ver con la dificultad en tomar decisiones, por temor de cometer una equivocación, tergiversa y racionaliza exageradamente. El rigor moral implica que la persona obsesiva es concienzuda y escrupulosa en extremo.

2.5 Neurosis obsesiva pérdida de la realidad en tiempo espacio y persona

Después de analizar minuciosamente el caso de Ezequiel y el suceso ocurrido de la pérdida de la memoria se puede destacar lo siguiente:

Las descripciones de la experiencia de despersonalización, ya sea como trastorno o como síndrome, tienen una larga historia en la psiquiatría y el psicoanálisis. La despersonalización fue primeramente descrita por Ludovic Dugas, psiquiatra francés de comienzos del siglo XIX. Se trata de un fenómeno frecuente, aunque se lo encuentre bajo diferentes presentaciones clínicas así como en diversos cuadros.

Las experiencias de despersonalización (así como también la comúnmente asociada desrealización), no son específicas de alguna entidad psiquiátrica en particular sino que pueden encontrarse en una larga variedad de síndromes psiquiátricos (Rosenfeld, 1947).

Rosenfeld sostuvo que el síndrome de despersonalización podría encontrarse en una variedad de circunstancias, acompañando enfermedades orgánicas del cerebro, cuadros esquizofrénicos, depresiones, neurosis obsesivas, cuadros histéricos, etc, aunque reconocía que dicho trastorno podría constituirse en una entidad patológica separada. Sin embargo, dado que muchas veces la experiencia de despersonalización precede una evolución psicótica, la preocupación de los clínicos, tales como Henri Ey que llevó a priorizar su estudio fundamentalmente dentro de la psicosis esquizofrénica.

Si hablamos de la amnesia disociativa como la incapacidad para recuperar información personal importante, generalmente de una naturaleza estresante o traumática, la cual es muy generalizada para que pueda justificarse como un olvido normal.

El aspecto esencial es la incapacidad de recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, la perturbación de la memoria no se relaciona con trastorno mental orgánico.

Existen 2 presentaciones básicas, la primera es la notable y repentina en la que amplios aspectos de la memoria acerca de la información personal no están disponibles para el recuerdo verbal consciente. Durante un episodio amnésico algunos individuos pueden mostrar desorientación, perplejidad y tendencia a deambular, este es el tipo que se tiene la idea de mostrarlo como representativo, pero el más frecuente es el segundo tipo, en donde se eliminan grandes aspectos de la historia personal dentro de la memoria consciente.

Por otro lado la fuga que tiene todas las características de una amnesia disociativa, a la que se añade un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo.

En algunos casos puede asumirse una nueva identidad, por lo general sólo por unos pocos días, pero a veces incluso durante largos períodos de tiempo y con un grado sorprendente de aparente autenticidad. Los desplazamientos suelen ser a lugares previamente conocidos y de cierto significado afectivo para el enfermo. Aunque existe una amnesia para el período de la fuga, el comportamiento del enfermo durante ella puede ser aparentemente normal para el que, sin conocerle, la presencia.

“Una alteración persistente o recurrente de la percepción del self hasta el punto de que la persona pierde la vivencia de su propia realidad temporalmente”. Esta sensación puede tener un carácter onírico, como de “estar en un sueño”.(Kaplan y Sadock, 1999)

Para estos autores el aspecto fundamental de la despersonalización es “la cualidad de irrealidad y de extrañeza de los procesos mentales internos”. Se trata de un estado psicoafectivo particular en el cual el sujeto pierde el sentimiento de su propia realidad o del exterior, su cuerpo es vivido como irreal, acompañado de ansiedad. Los objetos que lo rodean le parecen extraños, como si no los conociera más o poseyeran una cualidad diferente.

El entorno se percibe de manera “diferente”, está cambiado y ya no es el mismo. Estas características han generado una diferenciación clínica entre la despersonalización y la desrealización.

Henri Ey (1965) fue uno de los primeros clínicos en realizar esta disquisición. Para él, el síndrome de despersonalización se encuentra dentro de las generales “vivencias de extrañeza” que experimentan los pacientes psicóticos, aunque también podía encontrarse en la histeria, en intoxicaciones o en ciertas psicosis agudas.

La despersonalización como “el proceso de quedar disuelto, de perder la identidad, la personalidad, el yo: un fenómeno mental caracterizado por la pérdida del sentido de la propia realidad, que a menudo trae consigo la pérdida del sentido de la realidad de los otros y del ambiente”. (Hinsie y Shatzky, 1940)

Schilder caracteriza la despersonalización como, "un cuadro que se presenta cuando el individuo no se atreve a colocar su libido en el mundo exterior ni en su propio cuerpo". Este autor deja claro que las personas que experimentan este fenómeno no están exentas de sentimientos, sino que lo que ocurre, es que los pacientes perciben "como surgiendo desde adentro algo que se opone a sus propias vivencias". Schilder (1945: 190)

Siguiendo la línea de considerar la despersonalización como una defensa Otto Fenichel, contempla en cambio la despersonalización dentro de un capítulo dedicado a la esquizofrenia, donde dicho síndrome no posee características que podríamos llamar "adaptativas". (Fenichel, 1932.)

Para Fenichel, la despersonalización es producto de una catexis narcisista ("en las etapas de extrañamiento, una incrementada catexis narcisista del cuerpo es contrarrestada por reacciones defensivas"). Se reprimen los sentimientos e ideas que están afectadas de una sobrecarga. El paciente que se observa a sí mismo se da cuenta de la "ausencia de la plenitud de sus sentimientos, del mismo modo que una persona se da cuenta de la ausencia de un nombre olvidado, que tiene en la punta de la lengua".

La despersonalización funciona como una defensa contra esos sentimientos narcisistas que se han exacerbado y que generan displacer en el yo. Aunque Fenichel estudia la despersonalización en un capítulo dedicado a la

esquizofrenia, explicita que este síndrome puede encontrarse por fuera de la esquizofrenia, como en la histeria y en la neurosis obsesiva.

2.6 El padre y la madre del obsesivo

En la naturaleza de la neurosis obsesiva es importante analizar la relación del sujeto con la figura materna y paterna, desde la perspectiva del Complejo de Edipo. La fuerte dependencia del niño hacia la madre tiene que pasar por un momento de separación que recae sobre la figura del padre.

La figura de la madre juega un papel importante en el desarrollo de la neurosis obsesiva del hijo, de manera que una madre que no deja intervenir mucho al padre en la relación con su hijo, genera una ambigüedad sobre la paternidad del mismo. Y esto le viene bien al obsesivo, pues le interesa que el padre sea un padre cuestionado, es decir, dudar si el padre que tiene es o no es su padre. En la duda, está la eliminación del mismo: “si este hombre no es mi padre, deja de ser un obstáculo en la relación con mi madre”.

Entonces por lo que sufre tanto el obsesivo es por el deseo de eliminación del padre que se halla siempre tras cualquier duda. La duda del obsesivo es el deseo Edípico que consiste en la aniquilación de la figura paterna para gozar inconscientemente de la madre.

De ahí el sentimiento de culpa, miedo a asesinar, a hacer daño, a que algo le ocurrirá si no hace su ritual, pues lo que teme es la satisfacción de su deseo y a la vez miedo por atraer el castigo por buscar o desear dicha satisfacción prohibida.

La neurosis obsesiva se constituye en torno a la castración de la madre.

En relación al padre, el niño no ha dejado de desplegar una actividad continua e insistente no para sustituirlo, sino para solicitar su interposición explícita respecto a la madre. El obsesivo necesita un padre que se presente y permanezca como tal. Necesita asegurarse de que el lugar no puede ser ocupado.

Estas madres están fuera de la ley porque no dejan ninguna plaza vacante para la intercesión de una ley tercera que mediatizaría la fusión entre ellas y el niño.

El niño sirve a la madre, necesita al menos de este objeto, el niño, para decirle al padre que él es impotente, fallido. El niño es un medio, un órgano, para la madre. Así, el Nombre-del –padre no está de ningún modo forcluido; el deseo de la madre continúa estando referido al padre.

.

2.7 La sexualidad del neurótico obsesivo

Sigmund Freud denomina la organización sexual del obsesivo es el erotismo anal, y esa analidad está también presente (Freud; 1909)

Freud establece una correspondencia entre los fenómenos religiosos en la masa y los síntomas neuróticos individuales: en sus palabras, *la religión como neurosis obsesiva mitigada por su universalidad y la neurosis obsesiva*

como religión privada desfigurada . Ambas manifestaciones son reproducciones de sucesos pasados trascendentes (prehistóricos o infantiles), olvidados, de contenido sexual agresivo consistente en vivencias somáticas o impresiones sensoriales. Nos advierte Freud, sin embargo, que este suceso prehistórico no tiene porque coincidir con un trauma evidente sino que frecuentemente se refiere a sucesos comunes al resto de individuos, resueltos mediante una reacción anormal y extraordinaria por el neurótico. Estas reproducciones adquieren un carácter compulsivo, con gran intensidad psíquica e independencia frente al resto de procesos anímicos. Los efectos positivos del trauma, por una parte, lucharán por replicar el hecho olvidado mientras que los efectos negativos, por otra, tratarán de que nada se recuerde o repita. Por otra parte, tanto los fenómenos religiosos como los síntomas neuróticos, contienen un nódulo de verdad histórica y suponen un retorno de lo reprimido tras un periodo de latencia.

No obstante, también había que relacionar la obsesión con una regresión de la vida sexual a un estadio anal, y su corolario: un sentimiento de odio propio de la constitución misma del sujeto humano. Pues, según Freud, era el odio, antes que el amor, lo que estructuraba el conjunto de las relaciones entre los hombres, obligándolos a defenderse contra él mediante la elaboración de una moral (Freud; 1913)

El desencadenante de la neurosis obsesiva sería entonces 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 a las pulsiones

destruictivas del ello, desarrollando formaciones reactivas que toman la forma de escrúpulos, limpieza, sentimientos piadosos y de culpa. De este modo el sujeto se hunde en un verdadero infierno del que nunca logra liberarse (Freud, 1926)

El neurótico obsesivo, entonces, fue un sujeto que, en su infancia, gozaba de metas sexuales en la zona erógena del ano. Como las excitaciones provenientes de las zonas erógenas -como las del ano- se vuelven inutilizables para metas sexuales en nuestra civilización actual, se crean en la vida psíquica formaciones reactivas como la vergüenza, el asco y la moral -denominados por Freud diques psíquicos, en cuanto que se oponen a la activación de la satisfacción sexual pulsional- (Freud, 1976).

Por tanto, en los rasgos de carácter que presentan los antiguos poseedores del erotismo anal, es decir, los neuróticos obsesivos, se verán los efectos de esas formaciones reactivas y la sublimación: orden, avaricia y terquedad. Follar es el acto del que el obsesivo es incapaz. Con frecuencia, la vida sexual de este sujeto es de una enorme pobreza. En cambio, hacerse follar es una de sus desgracias y favoritas experiencias cotidianas.

La culpabilidad y los reproches, en la neurosis obsesiva, están muy presentes. El sujeto se culpa por haber gozado y debe castigarse; el componente de satisfacción pulsional, queda inconsciente, por medio de la represión. El obsesivo se siente culpable de algo que desconoce, culpable de algo que no cometió. Este es el conflicto principal de la neurosis obsesiva.

La mayoría de los síntomas, en la neurosis obsesiva, son reproches transformados, que retornan de la represión y que se refieren a una situación sexual de la niñez ejecutada con placer.

Es muy importante discriminar que la neurosis obsesiva, junto a la histeria y la fobia (es decir, las neurosis de transferencia), nos hablan de un conflicto frente a la sexualidad infantil, mientras que la neurastenia, la neurosis de angustia y la hipocondría (las llamadas neurosis actuales), se fundamentan en un conflicto frente a la sexualidad actual.

El neurótico obsesivo llega a dudar sobre su sexualidad para desembarazarse de su responsabilidad de enfrentar a una mujer. Se regocija descubriendo su parte femenina probando que puede tratar con las mujeres, no como un hombre sino de igual a igual.

2.8 La transferencia y el poder de su cura en la labor analítica

En este apartado de marco teórico se tratará de estudiar la transferencia y algunos de sus significados y funciones en el análisis desde diferentes posturas.

En la teoría psicoanalítica, la “transferencia” es un concepto fundamental que da cuenta el tipo de vínculo que se establece entre paciente y analista, a partir de unas vivencias pasadas de un sujeto con las figuras parentales, que obstaculizan o posibilitan la dirección de la cura.

En la teoría Freudiana la transferencia es el término aplicado a los fuertes deseos o sentimientos que surgen por parte del paciente hacia el terapeuta y

que se asemejan o relacionan de cierto modo a aquellos sentimientos tenidos hacia personas importantes en el pasado del paciente.

Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales, y especialmente la ambivalencia funcional que caracteriza dicha relación, Freud distingue dos transferencias: una positiva, otra negativa, una transferencia de sentimientos de ternura y otra de sentimientos hostiles.

Si bien sabemos que existe la transferencia positiva y negativa, como resistencias que exigían una interpretación explícita de las dos, la transferencia negativa exigía una contratransferencia connivente (complicidad entre varias personas, acuerdo secreto) en menor medida o de forma menos obvia, planteando así menos problemas técnicos al analista. De ahí, que el artículo sobre el amor de transferencia preste particular atención a los riesgos peculiares a la esfera de lo erótico, emocional para la tarea analítica y a los analistas, en especial para el médico joven y carente aún de los lazos fijos.

La transferencia positiva inobjetable como un fenómeno a aceptar y a utilizar más que uno a analizar, a menos que se convirtiera en resistencia o hasta que lo hiciera. Es posible asumir que una resistencia de esta naturaleza se manifestaría por vía de colocación negativa emergente o por indicios de sus raíces eróticas infantiles reprimidas (Freud, 1895).

Ahora bien, el psicoanálisis designa a la transferencia como 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 como un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura (Safovan, 1982).

La "resistencia" es el término aplicado a las dificultades que surgen durante el tratamiento cuando el paciente encuentra difícil seguir las instrucciones dadas por su médico y donde se dice que esta resistencia está ligada a los impulsos y sentimientos prohibidos que amenazan salir y desbordarse hasta hacerse conscientes en el individuo (Mannoni, 1992).

La transferencia sólo desempeña el papel de una resistencia en la medida en que es una transferencia negativa o bien una transferencia positiva compuesta por elementos eróticos reprimidos.

Cuando la transferencia se hace consiente, apartamos simplemente de la persona del médico estos dos componentes de la relación afectiva; el elemento inatacable, capaz de hacerse consciente, subsiste y pasa a ser, para el psicoanálisis, lo que es para todos los otros métodos terapéuticos: el factor del éxito (Bonner, 1996).

La transferencia puede constituir ciertas veces una fuerza de resistencia y otras veces una fuerza de transformación.

Esta extensión del concepto de transferencia, que hace de ésta un proceso que estructura el conjunto de la cura según el prototipo de los conflictos

infantiles, conduce a Freud a establecer una noción nueva, la de neurosis de transferencia, constantemente llegamos a atribuir a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación transferencial, a reemplazar la neurosis corriente por una neurosis de transferencia, de la cual, (el enfermo) puede ser curado mediante el trabajo terapéutico.

Desde el punto de vista de su función en la cura Freud principalmente clasifica la transferencia, de forma más o menos explícita, entre los obstáculos fundamentales que se oponen al recuerdo del material reprimido. Pero también desde un principio señala su aparición como frecuente o incluso general: podemos estar seguros de encontrarla en todo análisis relativamente serio.

Así mismo, en este momento de su pensamiento, Freud consta que el mecanismo de la transferencia sobre la persona del psicoanalista se desencadena en el mismo momento en que están a punto de ser develados algunos contenidos reprimidos especialmente importantes. En este sentido, la transferencia aparece como una forma de resistencia y señala al mismo tiempo la proximidad del conflicto inconsciente.

Las transferencias son reimpresiones, reproducciones de las mociones y de los fantasmas, que deben ser develados y hechos conscientes a medida que progresa el análisis; lo característico de ellas es la substitución de una persona anteriormente conocida como la persona del médico (Rodríguez, 1999).

Así, Freud descubre desde un principio lo que produce la contradicción misma de la transferencia y explica las formulaciones tan dispares que se han dado acerca de su función: en un sentido es, en comparación con el recuerdo verbalizado, "resistencia de transferencia" en otro sentido, en la medida en que constituye, tanto para el sujeto como para el analista, un modo privilegiado de captar en caliente los elementos del conflicto infantil, es el terreno en el que se realiza, dentro de una actualidad irrecusable, la problemática singular del cliente donde éste se ve confrontado a la existencia, a la permanencia a la fuerza de sus deseos y fantasmas inconscientes: "Es el terreno en el que se debe obtener la victoria" (Vega, 2001).

El fenómeno transferencial nace de un encuentro entre dos posibilidades imprevistas de repetición; con frecuencia, el propio analista ha hecho ya un análisis, y con frecuencia el analizante ha tenido alguna experiencia, algún contacto, y todo esto constituye el lecho del análisis, pero puede también arrastrar la transferencia hacia camino sin salida.(Roland, 2000).

La terapia psicoanalítica no quiere agregar nada, no quiere introducir nada nuevo en su paciente, sino por el contrario, quitar y extraer algo, y con ese fin se preocupa de la génesis de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena que se propone hacer desaparecer.

El psicoanálisis crea las condiciones, que permiten que el conflicto inconsciente que es patrimonio del paciente: su neurosis infantil, se

trasponga en una Neurosis de Transferencia dentro del encuadre que ofrece y contribuye a crear (Vega, 2001).

La interpretación de la transferencia, en tanto equivale a una constatación de la presencia de recuerdos y fantasmas en el campo de la relación actual con la persona del médico, suprime la resistencia que se oponía hasta entonces a su admisión, y persuade al paciente de la veracidad de la interpretación antes rechazada (Vega, 2001).

La transferencia, decía Freud, la transferencia es una resistencia un obstáculo. La actualización en el presente de pasiones pasadas impiden en el analizante una libre asociación y por lo tanto una dificultad para poder hacer emerger el inconsciente. Pero además, agrega en su trabajo sobre la dinámica de la transferencia" que la transferencia se puede convertir en un motor hacia la cura.

Freud dice, "el yo busca atraer sobre él, esa libido que está orientada hacia los objetos, y a imponerse al ello como objeto de amor", es decir, los objetos están investidos y lo que hace el yo es, retrotraer la libido en los objetos, y ahora el yo se encuentra investido libidinalmente.

El yo se convierte de esta manera como el objeto de amor, "Es así como el narcisismo del yo se convierte en narcisismo secundario retirado de los objetos" Escribe Freud en el Esquema del Psicoanálisis.

En base a lo anteriormente expuesto podemos dar razón del por qué la transferencia se convierte para el analista en una arma de dos filos; como resistencia y como herramienta fundamental en la cura. Decía Freud, en su artículo Dinámica de la transferencia.

Sí bien es cierto, que existe, por parte del paciente, pulsiones o demandas libidinales que van dirigidas hacia su analista, éstas no deberán ser confundidas por parte del profesional como una señal de amor dirigida hacia él, en todo caso, sería, una clara evidencia de un amor patológico o pulsional que tiene como sello característico, un hecho del pasado erótico del paciente, que busca descargarse en un acto compulsivo hacia la persona de su analista.

Freud plantea la importancia de que el analista no ceda a las demandas del analizado producidas por el efecto de la transferencia. En su lugar, tratar de que el analizado comprenda lo que sucede como repetición de sucesos anteriores, no como algo proveniente del analista.

El trabajo que realiza Freud acerca de la cura lo lleva a puntualizar como la transferencia permite la aparición de la neurosis artificial, donde todos los síntomas adquieren un nuevo significado transferencial. Es precisamente esta neurosis transferencial y su tratamiento, la que posibilita la curación de la neurosis ordinaria, mediante el análisis de la historia del sujeto.

Sin embargo el analista debe luchar por la continuación del análisis, oponiendo el principio de realidad, que tiene como función evitar en el sujeto la compulsión a la repetición.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

El modelo de intervención para el abordaje clínico es el método psicoanalítico, 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 al paciente lograr niveles de concienciación que permitan elaborar y superar las problemáticas psíquicas patológicas.

3.1 Método.

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

Sugerimos que se desarrollen los siguientes elementos:

✚ **Definición de investigación cualitativa:** La investigación cualitativa se basa principalmente en generar teorías, estas investigaciones son, “cortes metodológicos basados en *principios teóricos*, tales como la *fenomenología* (relación que hay entre los hechos, fenómenos), *hermenéutica* (determinar el significado exacto de las palabras de un texto, mediante las cuales se ha expresado un pensamiento,), la *interacción social* (influencia social que

recibe todo individuo) empleando métodos de recolección de datos que son *no cuantitativos*(no requiere de datos y resultados numéricos), con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes (los sujetos de estudio)”.

En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud: se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible.

Dentro de las características principales de esta de metodología podemos mencionar:

La investigación cualitativa es inductiva.

Tiene una perspectiva holística, esto es que considera el fenómeno como un todo.

Se trata de estudios en pequeña escala que solo se representan a sí mismos. Hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.

No suele probar teorías o hipótesis. Es, principalmente, un método de generar teorías e hipótesis.

No tiene reglas de procedimiento. El método de recogida de datos no se especifica previamente. Las variables no quedan definidas operativamente, ni suelen ser susceptibles de medición.

La base está en la intuición. La investigación es de naturaleza flexible, evolucionaría y recursiva.

En general no permite un análisis estadístico

Se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto

Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida.

Analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos; debe eliminar o apartar sus prejuicios y creencias

✚ Objetivo de la investigación cualitativa: La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

✚ Definir estudio de caso psicoanalítico: El estudio de un caso psicoanalítico es una metodología asentada, de raíz histórica académica en la medicina, utilizada por Freud para ejemplificar sus hipótesis psicoanalíticas. Desde el lugar del psicoanálisis el mismo Freud y numerosos autores pos freudianos han validado la realización de investigaciones fuera de la sesión, sobre registros de material clínico, la utilización de técnicas modernas de registro textual todavía es tema de discusión en la comunidad psicoanalítica. Aunque permite avances significativos, sobre todo en cuanto a la investigación del discurso, algunos sostienen que puede introducir variables de distorsión en la sesión. Existen sin embargo otros grupos de

psicoanalistas fuertemente partidarios de la utilización de métodos de registro textual.

3.2 Dispositivo analítico. (Invariables del método)

✚ **Asociación libre:** Es el método descrito por Sigmund Freud como la «regla fundamental», constitutiva de la técnica y que consiste en que el analizado exprese, durante las sesiones de la cura psicoanalítica, todas sus ocurrencias, ideas, imágenes, emociones, pensamientos, recuerdos o sentimientos, tal cual como se le presentan, sin ningún tipo de selección, sin restricción o filtro, aun cuando el material le parezca incoherente, impúdico, impertinente o desprovisto de interés.

✚ **Atención flotante** regla técnica según la cual el analista debe escuchar al paciente sin privilegiar ningún elemento del discurso de este último y dejando obrar su propia actividad inconsciente; «No debemos otorgar una importancia particular a nada de lo que oímos y conviene que le prestemos a todo la misma atención flotante». La atención flotante supone por consiguiente, por parte del analista, la supresión momentánea de sus prejuicios conscientes y de sus defensas inconscientes."

✚ **Neutralidad** 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* 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:** La regla de la abstinencia se dirige tanto al analista como al analizado y los compromete a ambos, en el sentido de no llevar al acto sus fantasías de relación y mociones de deseo, sino que, en cambio, darles expresión a través de la palabra. La regla establece así las condiciones del encuadre y sirve de protección a la situación analítica. Freud deja en claro que no se trata simplemente de no dar respuesta física a las demandas amorosas, a veces abiertamente sexuales o erotizadas de un paciente, sino que se trata de no entregar ningún tipo de satisfacción.

3.3 Encuadre psicoanalítico. (Variables instrumentales)

❖ Horarios: de 45 a 50 minutos por sesión en el horario acordado por el terapeuta y el paciente, en el caso del paciente la sesión era los miércoles de 7:00pm a 7:50pm

❖ Frecuencias por semana: Normalmente Inicialmente los pacientes asisten dos veces por semana, a menos que se encuentren en crisis y que el

paciente amerite más veces, por ejemplo en una depresión, sin embargo, el paciente y su terapeuta pueden acordar verse una vez por semana de acuerdo a sus necesidades tanto económicas como en disponibilidad de horarios

Las frecuencias varían dependiendo la gravedad del caso, pero en general se recomienda dos veces por semana. En el caso del paciente del caso clínico presentado al inicio eran 2 veces por semana, posteriormente se redujo a una vez por semana por motivos de trabajo.

❖ Tiempo de la sesión: algunos analistas estandarizaron la duración de las mismas estableciendo la modalidad de trabajar durante 45 minutos. La modulación del tiempo de cada sesión por parte del analista, obedece a la función que debe ocupar el analista en el dispositivo, que es la de ser un “provocador del trabajo del inconsciente”.

❖ Honorarios son varias las razones que justifican que un tratamiento no sea gratuito. En primer lugar, es la manera que el analista tiene de “manejar la transferencia”. Desde el momento que un analista exige una retribución por su acto, evita que el analizante suponga que se trata de un acto de amor. En segundo lugar, un analista debe renuncia al “falso pudor” y admitir sus pretensiones económicas, en la medida que el dinero es un “medio para la conservación del individuo”. Y por último, el psicoanálisis ha descubierto que en la valoración del “tener”... dinero, intervienen la pulsiones sexuales. En

consecuencia, en la regulación del pago de las sesiones habrá que tener en cuenta qué función cumple el dinero en la economía psíquica de cada sujeto. Los honorarios en éste caso era un costo de \$100 y era pagado directamente en caja de la USP

❖ Posición de terapeuta era neutral, de abstinencia y se posiciona en Sujeto Supuesto Saber

3.4. Proceso analítico. (Producto del dispositivo y encuadre)

✓ **Transferencia:** es 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. La corriente positiva (tierna) y la negativa (hostil), constituyen las dos vertientes, que se tienen hacia las figuras parentales, donde se juega la ambivalencia del amor y del odio; y que luego serán proyectadas hacia la figura del analista

Es un concepto complejo del psicoanálisis que designa tres aspectos muy

relacionados pero diferenciables:

La función psíquica mediante la cual un sujeto transfiere inconscientemente.

Específicamente, la herramienta fundamental con la que cuenta el analista (S. Freud, 1915), condición necesaria, para poder conducir el tratamiento.

La neurosis de transferencia, descrita por Freud como momento princeps del tratamiento, en la que todos los elementos de la neurosis son actuados en presencia del analista.

en la técnica de tratamiento psicoanalítico la relación entre el psicoanalista y el analizado, por las particularidades del encuadre analítico, la transferencia y el análisis de la forma específica en que se presenta, ocupa, entonces, un lugar central para la cura. transferencia positiva y negativa.

.

✓ **Resistencia:** Se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente.

En los Estudios sobre la histeria se encuentra una primera enumeración de diversos fenómenos clínicos, evidentes o discretos, de resistencia. La resistencia se descubrió como un obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y a la progresión de la cura. «La resistencia constituye, en fin de cuentas, lo que impide el trabajo terapéutico.

✓ **Elaboración** Es el instrumento terapéutico que a partir de profundizar en las resistencias, termina por hacer conscientes y por resolver los impulsos que las generan; Consiste en movilizar las resistencias para que un conocimiento intelectual se recubra del afecto que le pertenece.

Freud responde que hay que darle al paciente tiempo para elaborar su resistencia, continuando el tratamiento de acuerdo con las reglas del arte

hasta que llegue el momento en que esa pulsión, que se le había señalado y que el intelectualmente acepto, se imponga en su conciencia.

✓ Intervención: El analista siempre interviene con actos, porque el escuchar mismo es un acto, tanto como su hablar. Por algo Freud solía llamarlo el “arte interpretativo”. Las diferentes intervenciones del analista (desde silencios, preguntar, señalar, confrontar, informar, esclarecer, indicar hasta las distintas variantes del interpretar y el uso de las construcciones) son las herramientas de la artesanía del trabajo clínico psicoanalítico.

3.5. Instrumentos. Mas 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.

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

Se incluyen los siguientes elementos:

Método de la asociación libre:

Formas de intervención

Frecuencias por semana

Honorarios

Tiempo

Condiciones institucionales

3.7. TECNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

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.

Sugerimos organizar las estrategias de la siguiente manera:

11.1 Instrumentos para recabar información.

- Ficha de identificación: ficha que se hace en las entrevistas preliminares para abrir expediente del paciente donde deben contener los datos más importantes como nombre, edad, sexo, nacionalidad, motivo de consulta etc.
- Discurso del paciente. El discurso del paciente en un tratamiento psicoanalítico es por medio de la asociación libre, en donde el paciente va a decir todo lo que se le ocurra y venga a la mente sin omitir nada
- Viñeta clínica: instrumento que utiliza el terapeuta al finalizar la sesión con el fin de tener un historial del discurso del paciente, para poder analizar

más minuciosamente el caso clínico se recomienda que con la intención de guardar la confidencialidad, es importante mencionar al paciente como px omitiendo su nombre

- Preguntas sobre datos específicos: nombre, edad, sexo, nacionalidad, motivo de consulta, si ha acudido previamente a terapia, síntomas etc.

11.2 Instrumentos de concientización

- Interpretación: se hace interpretación al contestar ideas oníricas con los recuerdos corroborados, Freud habla sobre la interpretación de los sueños, interpretar e ir ligando el discurso del paciente
- Señalamientos: quehacer terapéutico para señalar al paciente mediante el discurso y sus previas interpretaciones
- Confrontación: En esta fase se sienten las emociones más intensas, aunque la expresión de estas es variable. Según Bowlby (1980), se caracteriza por una motivación poderosa de recuperar el objeto perdido y por la presencia de rabia.
- Construcción: La construcción es una elaboración cuyo objetivo es dar cuenta, a través del caso clínico, de la singularidad que se juega en el ser del paciente a partir de una explicación y una argumentación teórica. Ello permite al analista formalizar una investigación realizada, con anterioridad, en el espacio de su práctica clínica. Se trata de una vía posible para formalizar la investigación en psicoanálisis, lo que quiere decir que la construcción de caso ocurre en el tiempo que sucede a la cura.

CAPÍTULO 4

PRESENTACION DE CASO CLINICO

La gran mayoría de los nombres propios que aparecen en el siguiente caso clínico han sido remplazados por otros.

HISTORIA

Paciente de 29 años, sexo masculino, de mediana estatura, constitución delgada, tez morena oscura, cabello ondulado y corto, frente ancha, ojos grandes y expresivos usa anteojos, un aspecto intelectual que le da porte y personalidad su vestimenta es muy formal, su lenguaje es elevado y educado, al escucharlo denota inteligencia y que es un sujeto estudiado, Es exigente en todo lo relacionado con su persona, sumamente ordenado, tanto en su aspecto como en su discurso, racionaliza la mayor parte del tiempo, es capaz de renunciar a intereses individuales por otras personas como sus familiares, En cuanto a sus relaciones interpersonales, es introvertido, aislado, emocionalmente es un sujeto que no tolera la frustración.

Nacido en Monterrey Nuevo León, estado civil soltero, sin hijos, profesión economista, con nivel de estudio maestría, ocupación economista, estatus económico medio, vive en la casa de sus padres, ocupa el segundo lugar de tres hermanos.

Acudió a terapia desde febrero del 2012 año Su principal motivo de consulta es la pérdida de memoria en un lapso aproximado de horas, pero recuperó la

memoria por completo hasta el mes, el acontecimiento se suscito en octubre del 2011, se dirigía a su trabajo, le habían dado un puesto en el tecnológico de Monterrey, mencionando que era la oportunidad que siempre había querido se dirigía por primera vez y al llegar a la avenida Garza Sada, no se explica el porqué tomó otra avenida que lo fue a llevar a un lugar desconocido, detuvo su carro y menciona que se le borro todo, no sabía hacia dónde se dirigía, que iba hacer, nada, no recordaba absolutamente nada, se quedo en el carro por mucho tiempo, porque ya no recordaba de cómo manejar, ni cuáles eran las calles, no sabía dónde vivía.

Se podría decir que el paciente se desubico en tiempo, espacio y persona

Se quedo horas en ése lugar sin saber qué hacer, hasta que su mamá le marca a su celular le pidió que se tranquilizara y que le describiera el lugar en el que se encontraba, pero al paciente se le dificultaba describir lo que veía porque no recordaba bien los nombres de las cosas y empezó a describirle con dificultad lo que veía pregunto a personas en dónde se encontraba y su padre fue en busca de él.

En el mes de octubre los padres llevaron al paciente a realizarse estudios neurológicos, se realizo el tac y un ultrasonido 4D, así como un encefalograma en el que no se detecto ningún tumor o daño cerebral, estaba en perfectas condiciones y que los doctores no se explicaban porque había perdido la memoria temporalmente, a lo que le recomendaron que tomara terapia psicológica.

El paciente permaneció sin recordar muchos sucesos parte del mes de octubre y todo noviembre del 2011, se la pasaba encerrado en su casa ya que sus padres tenían miedo de que saliera y se perdiera de nuevo.

Actualmente lleva 1 año asistiendo a terapia, poco a poco se ha ido recuperando, comenzó a recordar cosas y fue perdiendo el miedo a salir solo. El paciente acudió a terapia para saber qué fue lo que le hizo perder la memoria, pero a lo largo de las sesiones fue exteriorizando conflictos emocionales con su ex novia con la que estuvo comprometido en matrimonio el cual no se llevó a cabo por conflictos en la pareja, el alude el rompimiento por su enfermedad ya que su relación cambió desde aquel día porque ella tenía que venir desde muy lejos a visitarlo debido a que él no podía salir por su amnesia, pero en el discurso del paciente a lo largo de las sesiones fueron saliendo mas factores como los celos, inseguridad y conflictos por el pasado de su pareja en el que él le discute ya que no le parecen muchas acciones del pasado de la ex novia debido a todas las cuestiones morales y religiosas en las que ha sido educado, por tal motivo se puede decir que el sujeto se encuentra atravesando por una dificultad, y malestar que su entorno le genera, y que le son difíciles de manejar, siempre se encuentra envuelto en el deber ser.

Por otra parte existe cierto resentimiento hacia sus padres con motivo a que el paciente menciona que siempre han hecho diferencias entre su hermano y él, su hermano es futbolista profesional y el paciente comenta que lo tratan como si fuera alguien famoso al que se le debe rendir tributos en cambio a él

no lo toman en cuenta y se siente menos, aquí se podría decir que existe envidia con el hermano, durante las sesiones casi no menciona al padre y cuando menciona a la madre se percibe resentimiento por las diferencias que hace en los hijos.

Así mismo se observa rasgos obsesivos en el paciente ya que se angustia mucho en el trabajo y en todo lo que hace, menciona que adelanta trabajo de semanas y que quiere que todo le salga como debe de ser y sin margen de errores, tiene miedo a fracasar o a hacer algo mal, tiene obsesiones por la limpieza y el orden.

El sujeto muestra una motivación y afán por solucionar entender y comprender sus dificultades es por eso que hasta ahora sigue asistiendo a terapia.

4.2. Motivo de consulta

El paciente acude a terapia a solicitud del médico neurólogo, debido a una amnesia temporal que le ocasionó una desorientación en tiempo, espacio y persona, alteraciones de memoria a corto, mediano y largo plazo, viéndose esto reflejado en la dificultad de nombrar las cosas.

Debido al suceso antes mencionado se le practicaron una serie de estudios neurológicos, en donde sus resultados no mostraron ninguna alteración

4.3. Demanda de tratamiento

El pedido que realiza en el transcurso de las primeras entrevistas preliminares estaban cargadas de una gran demanda y de una pronta solución tipo "receta" que requería para su problema, el paciente quería que le dijéramos porque había perdido la memoria y qué es lo que había pasado por su cerebro cuando se perdió, así mismo quería saber que había pasado con su vida en ese tiempo ya que no recordaba nada.

Por otra parte era notoria su incapacidad de conectarse con su mundo interno, y elaborar una respuesta en beneficio de su propio esclarecimiento.

El paciente, estaban la baja tolerancia a la frustración y el total desconocimiento de nuestra labor, ya que era la primera vez que acudía a solicitar ayuda psicológica.

4.4. Sintomatología actual

La sintomatología actual del paciente son: pensamientos, ideas, temores, Prohibiciones y actos obsesivos, lo que le ocasiona dolores de cabeza, estrés, fatiga y cansancio físico.

4.5. Impresión diagnóstica

Cabe mencionar que en una primera instancia se trató de hacer un diagnóstico diferencial para saber si su pérdida de memoria fue emocional, orgánico o un proceso neurológico, en el primer mes el paciente presentaba

alteraciones en la memoria y no recordaba algunos episodios de su vida o los iba recordando durante el análisis.

Actualmente está bien ubicado en tiempo, espacio y persona, no se observan alteraciones perceptuales, en cuanto a su atención ésta es adecuada; no muestra alteraciones en memoria a corto, mediano y largo plazo; Se percibe una adecuada capacidad para dar respuestas socialmente aceptables, con un proceso de pensamiento secundario y un tipo que oscila entre funcional y abstracto predominando éste último, su curso normal y con un contenido donde predominan preocupaciones sobre volver a padecer de la memoria y su miedo al fracaso

Estructura: Neurótica (neurosis obsesiva, con rasgos histéricos)

4.6. Estructura subjetiva

Partiendo del supuesto freudiano en donde se sostiene que infancia es destino y con la finalidad de establecer hipótesis reconstructivas que nos permitan la dilucidación de la estructura subjetiva del paciente en la actualidad, hay que recordar que en el psicoanálisis el diagnóstico no se hace en base a la observación de los síntomas, sino que también abarca la posición del sujeto, en el caso clínico los síntomas del paciente privilegian el pensamiento como lugar de aparición, el paciente siempre está con la duda siempre está formulándose preguntas e ideas de su ser.

El paciente opta por preferir situaciones y actividades complejas y tener el control y manejo de las mismas y aunque siempre evitar sentirse afectado y

ese temor al fracaso al final es casi inevitable ya que se asigna tareas o responsabilidades muy complejas de realizar.

Por tal motivo si tuviéramos que remitirnos a su historia veremos que esto se explica en la forma en que el paciente bajo el mecanismo de racionalización, se exige mucho en todos los aspectos de su vida, por tal motivo podríamos decir que la estructura subjetiva del paciente es estructura neurótica con rasgos obsesivos.

2.1. Contexto familiar

Padre: Sujeto de 60 años, con un nivel de estudios profesional, titulado como ingeniero, por muchos años se ha dedicado a negocio familiar (restaurante).

De carácter débil, solía ser alegre pero ahora es una persona manipulable, muy cerrado de mente, reservado, introvertido, honesto y en la actualidad muy alejado de su familia

La figura de su padre es percibida distante, como una máscara la cual no le ha prodigado de seguridad y continuidad, en donde resalta el vínculo poco significativo que hay entre ellos.

Madre: 60 años, nivel de estudios secundaria siempre se ha dedicado al hogar, la describe como una mujer posesiva, muy reservada en cuestiones de la sexualidad, con una educación marcada en las normas morales, muy religiosa, siempre cree tener la razón, se podría decir que es la que lleva el control de su familia, el paciente se encuentra con un lazo muy fuerte con su madre.

Hermana: Mujer de 35 años, Nivel de estudios profesional (LAE), actualmente es subgerente en un banco, Inteligente, de carácter débil, muy sensible, separada con 2 hijos, ha sufrido violencia física por parte de su ex esposo, actualmente tiene una pareja que también llegó a golpearla, padece de problemas alimenticios, come compulsivamente.

Hermano: sujeto de 21 años de edad Nivel de estudios preparatoria, es futbolista profesional, muy protegido por sus padres, a pesar de ser futbolista y percibir buen sueldo, aún depende económicamente de sus padres, constantemente está viajando y pocas veces está en su casa, sus padres le depositan dinero a una cuenta para cubrir todos sus gastos, a pesar de ya ser un adulto se comporta como un adolescente y se deslinda de cualquier responsabilidad relacionada con su familia.

Historia familiar

Sus padres vivían cerca, la única hermana de su padre era amiga de su mamá, por este vínculo se conocieron, duraron 5 años de novios, se casaron y tuvieron tres hijos (dos hombres y una mujer), de los tres hijos el paciente x al que llamaremos Ezequiel ocupa el 2° lugar, su hermana mayor le lleva 5 años y su hermano menor es 10 años menor que él.

Cuando el paciente era niño, recuerda que sus padres solían ser afectuosos, pero poco a poco se fueron distanciando.

El paciente menciona que nunca permanecía en una sola institución educativa, lo cambiaron en 3 ocasiones de escuela, nunca se explicó él

porque andaba de escuela en escuela y jamás preguntó, finalmente permanece en un colegio de monjas donde termina su educación básica, a pesar de que le disgustaba las normativas que implementaba la institución religiosa, nunca se quejo con sus padres y aceptaba los cambios por más repentinos que le parecieran.

Siempre estuvo en el cuadro de honor y aunque siempre esperaba una gratificación afectiva por parte de sus padres, nunca la hubo, solo le decían que ya era normal en el obtener buenas calificaciones, para sus padres era el niño bien portado, inteligente y bueno “El hijo perfecto”.

Ezequiel al hablar de su infancia recuerda que a él y a su hermano les gustaba mucho el fútbol, desde muy pequeños los metieron a la Liga de fútbol profesional infantil, en donde había mucha disciplina en cuanto a horarios y ejercicios, por lo que la psicomotricidad, destrezas y habilidades para el soccer eran más notorias en el hermano del paciente, pronto llegaron a descubrir sus habilidades y le otorgan una beca para lanzarlo profesionalmente, en ese entonces Zavala era el orgullo de su familia y lo comenzaron a motivar para que cumpliera su sueño, en cambio Ezequiel se sentía fracasado, sentía una inmensa necesidad de amor de sus padres, tenía que hacer algo para llamar su atención, pero lo hizo negativamente, empezó a faltar a los entrenamientos, su rendimiento bajó, se desinteresó por completo del futbol, de tal manera que sus padres decidieron sacarlo del soccer, él se dedicó únicamente a la escuela y seguía siendo el mismo estudiante brillante, entre libros, exámenes y cuadernos así paso su infancia.

De acuerdo al discurso del paciente denota una insatisfacción primaria de ser "llenado y significado" en sus etapas tempranas, ya que la percepción que tiene de su dinámica familiar (Sus padres) son de una situación inconclusa en donde no lo proveyeron de atención y cuidados, dejando en él ese sentimiento insatisfecho, durante su infancia no recuerda haber tenido buena comunicación con sus padres, no dialogaban, incluso menciona como si tuviera un padre inexistente, solo recuerda que su padre se la pasaba trabajando, en casa permanecía en la sala leyendo el periódico o viendo la tele, un padre que no lo nombraba y cuando le hablaba, no respondía o respondía con un simple sí o no, como si fuera un padre inalcanzable.

Actualmente el contexto actual de la familia, es de un padre ya cansado de tanto trabajo, con mucho esfuerzo y enfermedad sigue trabajando en el restaurant familiar, a pesar de que viven en la misma casa cada vez están más distanciados debido a una supuesta infidelidad del padre.

La madre ocupa un lugar central de liderazgo y autoridad en la familia, es quien toma las decisiones de todo lo que conlleva una familia, no trabaja se encarga de las labores del hogar.

La hermana mayor se caso y tuvo 2 hijos, sufría maltrato por parte de su esposo y se divorcio, años más tarde vivió en unión libre, debido al moralismo y normas familiares se invento una boda en la que acudieron todos los familiares ella vestía de novia, pero en realidad nunca se caso, esa mentira la mantuvo por mucho tiempo a sus padres.

El hombre con quien vivía también la maltrataba físicamente, sus padres deciden que regrese a su casa, actualmente vive con sus padres, a sus hijos los cuida su mamá mientras ella trabaja como gerente en un banco.

Ezequiel actualmente trabaja en una empresa reconocida donde supervisa a personas y percibe buen salario, vive con sus padres hermana y sobrinos y pretende en un futuro a corto plazo estudiar el Doctorado en economía en el extranjero.

El hermano menor sigue como futbolista profesional y ha pasado por muchos equipos, como rayados, tigres, santos, Tijuana entre otros, se la pasa viajando y sus padres le proveen en todo lo económico, él se deslinda de toda responsabilidad económica y problemas familiares.

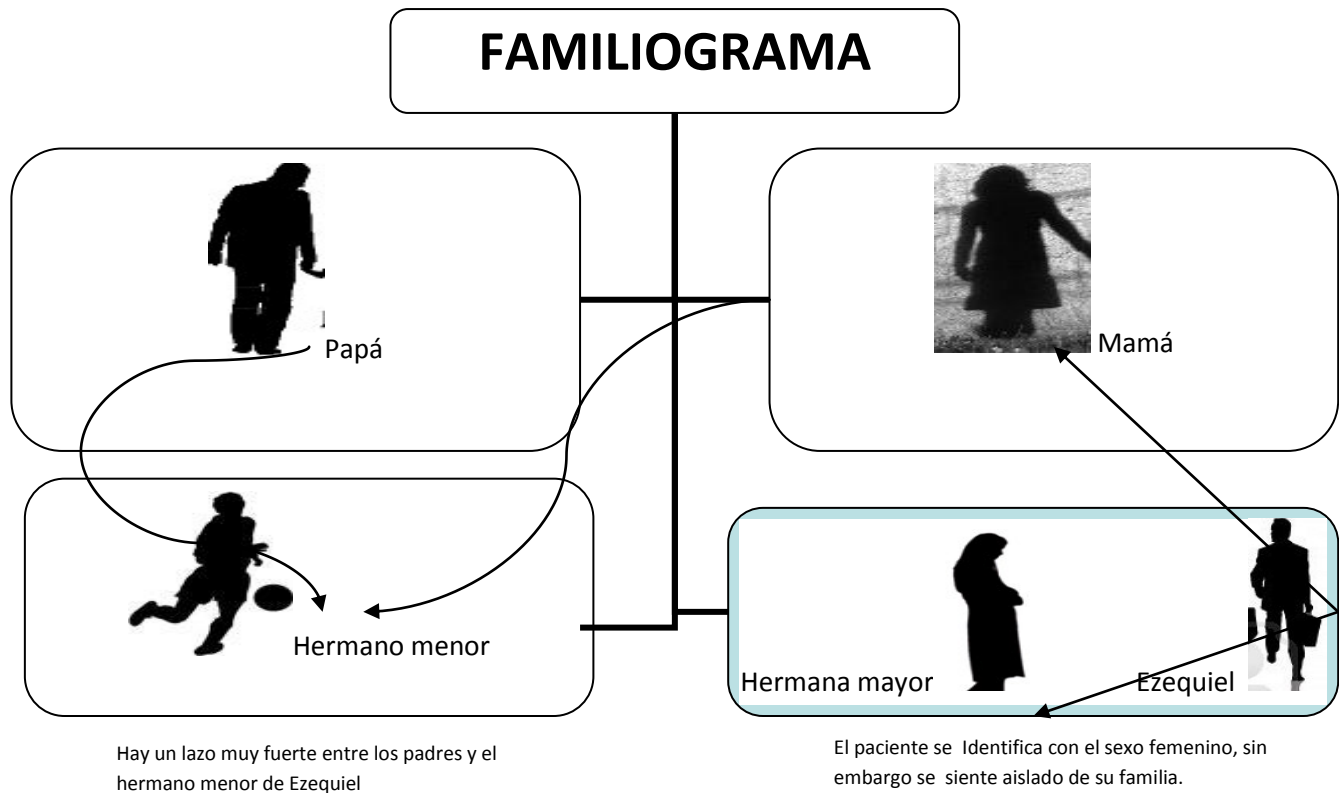
Sus lugares jerárquicos de acuerdo al discurso del paciente: Madre- Padre- hijo menor- hija mayor- Ezequiel.

En cuanto a la alianza entre los miembros de la familia, El padre y la madre mantienen una relación estable, de respeto, pero sin lazo afectivo y de alguna manera distanciados por el resentimiento de la supuesta infidelidad del padre que nunca fue comprobada, los padres se encuentran fuertemente vinculados con su hijo menor, según el discurso del paciente es el predilecto y no muestran interés por su hermana mayor y por él.

Figuras significativas

Ezequiel se encuentra vinculado con su madre y su hermana (figuras femeninas) y su relación con su padre y hermano (figuras masculinas) es más distanciada y guarda ciertos rencores con ambas figuras.

La figuras de su padre y su hermano le representa conflicto significativo ya que se vuelve a destacar la distancia pero sobretodo la disociación que proyecta hacia el objeto masculino.



Estructuración edípica

Sin lugar a duda la relación que se tiene con los padres marca la vida del sujeto formando parte fundamental de cómo se va desarrollando la estructura de los hijos dependiendo de las vivencias traumáticas o agradables para el sujeto, en el caso de Ezequiel se puede destacar varios aspectos en donde los padres juegan un papel muy importante. Es necesario exponer lo que desde el psicoanálisis se le llama la estructura edípica que está constituida por tres lugares: La madre, el padre y el niño, y dependiendo de las funciones que cada uno haya cumplido, quedara determinado el futuro del niño, por tanto en la neurosis obsesiva, está muy en juego, la manera de cómo la madre se preocupa por su hijo y hasta que limites el padre la deja hacerlo.

Las figuras de sus padres tuvieron una importante participación en la formación de su estructura neurótica, él recuerda a su padre como un hombre condescendiente y un tanto débil y una madre sobre protectora

Eventos traumáticos

Cuando una persona pasa por una experiencia donde ha vivido algún peligro o se ha sentido imposibilitada ante una situación muy estresante e inesperada, generalmente, tiempo después suele haber momentos en que esta persona experimenta crisis ansiosas con miedos intensos, como

Ezequiel que presentó una sintomatología más severa y con mayor frecuencia, en los siguientes meses al evento traumático.

En donde había crisis de desesperación, permanentes sueños y pesadillas donde reviven lo sucedido, sentimientos de culpabilidad por no haber podido evitar lo ocurrido, presentar crisis de amnesia que le impiden recordar el evento traumático, pero sobre todo el miedo de que le volviera a ocurrir. Ezequiel ha tenido dos eventos traumáticos muy significativos en su vida, a continuación se anexarán fragmentos de viñetas narradas por el propio paciente.

Primer evento traumático: La abuela de Ezequiel muere en sus brazos

Ezequiel - Me siento culpable de su muerte (comienza a querer llorar pero contiene el llanto) Lo que pasa es que mi abuela era como mi mamá, crecí con ella, era con la única persona que era cariñoso, ella le dio neumonía y cada semana la llevábamos al hospital a sacarle las flemas, yo la llevaba y como ya estaba muy delicada de salud, siempre la bajaba cargada del carro, la última vez que fuimos al hospital a que le sacaran las flemas, salió toda pálida, de inmediato la cargo para subirla al coche para llevarla de regreso a casa, cuando la tenía entre mis brazos ya estaba toda floja del cuerpo, no pesaba absolutamente nada, solo pesaba su cabeza, sudaba frío, la subí al coche, durante todo el camino iba hablándole, mirándola por el retrovisor, ella no contestaba, al ir manejando sentía un escalofrío, el camino del hospital a casa se me hizo eterno, cuando al fin llego a casa saco cargada a mi abuelita y me doy cuenta que aún respiraba, tenía la boca abierta y se le

cayó la mano en donde ya no podía sostener su cuerpo, mi mamá sale de la casa a recibirnos, al ver a su mamá entre mis brazos empieza a llorar, se me hizo extraño ya que cada semana al regresar del hospital la bajaba cargada del carro, mi mamá se acerca le da un beso en la frente y en ese momento se cae la mano de mi abuela, mi mamá le levantó la mano y se la coloca sobre el pecho, en ese momento recuerdo que le dije – “hay abuelita no seas tan exagerada si no te hicieron nada”, ella no me contesta nada, estaba como dormida, la acosté en la cama y me fui a comer, tenía mucha hambre como pocas veces, comí muy lento, contemplando el plato, ese día tenía que salir o un compromiso no recuerdo, mi mamá me decía que me quedara y yo le decía que no, que no podía, termine de comer y regresé al cuarto, mi abuela ya estaba fría, no respondía y no tenía pulso, la traté de rehabilitar oprimiéndole el pecho, dándole los primeros auxilios, y no respondía a lo que yo salí todo desesperado a buscar ayuda y fui a los dispensarios de la colonia a buscar algún doctor que me pudiera ayudar, pero todos se negaban me dio mucho coraje e impotencia con los doctores, porque no quisieron atender a mi abuela, fui como con cuatro y ninguno quiso.

T.- ¿Y usted por qué cree que los doctores se negaron a atender a su abuela?

Px (el paciente se queda callado, comienza a llorar) Pues yo creo porque les dije las condiciones en las que se encontraba, dos de ellos me dijeron que lo sentían mucho pero que ya estaba muerta, que ellos no podían hacer nada, yo no lo podía creer y por eso fui con otros dos doctores pero también se

negaron, me siento tan culpable de su muerte, no entiendo porqué cuando la vi salir del hospital toda pálida y sin fuerzas no la regresé para que la atendieran, porqué me puse a cenar tan despacio porqué deje pasar mucho tiempo antes de pedir ayuda?, por qué los doctores no quisieron ir a ayudarla, ellos la tenían que atender.

T.- ¿No se ha puesto a pensar que existiera la posibilidad de que su abuela había fallecido en el momento en que la carga para bajarla del carro, o incluso durante el camino?

Ezequiel – No, no quiero pensar, por favor no me diga eso, mi mamá me lo dice una y otra vez que falleció en mis brazos pero yo no lo quiero aceptar, no puedo

Segundo evento traumático: (cabe mencionar que cuando pasa el segundo evento traumático ya había pasado varios años de la muerte de la abuela de Ezequiel)

El paciente pierde la memoria (el suceso traumático se expondrá en el apartado de categorías (análisis de los objetivos)

Perfil subjetivo

En este apartado se propone esbozar algunos elementos subjetivos que caracterizan el paciente. Destacamos:

Maneras de interacción: La personalidad del paciente está determinada por la interacción entre los aspectos internos y externos, existiendo siempre una interacción entre la mente (interno) y lo social y cultural (externo). tendencia a inhibirse es tímido , evita situaciones incómodas o no prevista, que impliquen una interacción social y procura el aislamiento, se le dificulta divertirse en las fiestas, no socializa durante mucho tiempo seguido y disfruta de actividades solitarias como la lectura, sin embargo no se podría decir que es antisocial ya que mantiene una interacción positiva en trabajo, familia y grupo de amigos, incluso acostumbra salir a platicar los fines de semana con uno o dos amigos, su interacción es de respeto, positiva y su interacción es con personas más directas y de acuerdo a su entorno.

Identidad sexual

En muchos aspectos, Ezequiel presenta actitudes que podríamos catalogar de femeninas: dependencia frente al padre, dificultad para tomar decisiones, pasividad, negativa a tener relaciones sexuales, cobardía, escasa actividad sexual dudas, ideas inconscientes que tienden a rasgos homosexuales a partir de hechos aislados fantasías, excitaciones, sueños y un desagrado por los homosexuales.

Sin embargo lo antes mencionado podría ser propio de la neurosis obsesiva ya que el paciente es heterosexual, sus relaciones sexuales han sido meramente con mujeres

Rasgos de carácter

Rasgos anales, la limpieza, la terquedad, la avaricia. Tendencias pregenitales que persisten de diversas maneras, como formaciones reactivas, como sublimaciones, constituye necesariamente la función de aquella parte de la personalidad, persistente, organizadora e integradora, que es el yo.

También se caracteriza por la procrastinación (aplazar actividades que deben atenderse, sustituyéndolas por otras más irrelevantes), la ubicuidad (querer presenciarlo todo) y la oblatividad (la entrega al deseo del Otro), que hace del paciente un sujeto que rebaja su deseo a la demanda del Otro

Suele sentir culpable de todo, es un sujeto muy moralista; su deseo se suele manifestar como deseo de lo imposible; suele sacrificarse con las persona, pareciera ser muy frío; si manifiesta sus sentimientos, se presenta como un sujeto en falta, no reconoce fácilmente sus errores, presentándose terco y obstinado en sus argumentos, suele ser también un sujeto narcisista la formación reactiva de rasgos de carácter que constituyen una especie de oposición sistemática a las pulsiones inconscientes.

El comportamiento afectivo del sujeto es simbólico en el sentido de que mantiene, bajo disfraces aparentes, las conductas arcaicas del período sádico-anal. Los rasgos del carácter del obsesivo pueden tomar la forma de aparentes contradicciones.

Recursos yoicos

Actualmente el paciente está ubicado en tiempo, espacio y persona, no se observan alteraciones perceptuales, en cuanto a su atención ésta es adecuada; no muestra alteraciones en memoria a corto, mediano y largo plazo; Se percibe una adecuada capacidad para dar respuestas socialmente aceptables, con un proceso de pensamiento secundario y un tipo que oscila entre funcional y abstracto predominando éste último, su curso normal y con un contenido donde predominan preocupaciones sobre volver a padecer de la memoria y su miedo al fracaso.

Tiene baja tolerancia a la frustración.

Mecanismos de defensa

Sabemos que los mecanismos de defensa son utilizados por el yo para mantener afuera de la conciencia determinadas representaciones intolerables e impedir el desarrollo de afectos penosos.

Algunos mecanismos de defensa que pude detectar en el caso clínico son los siguientes: Resistencias, negación, Represión, elipsis desplazamiento, regresión, formación reactiva, anulación, aislamiento, intelectualización y racionalización). Teniendo presente que la neurosis obsesiva misma puede ser concebida como una estructuración defensiva.

Características del superyó

el paciente se ha enfrentado a un superyó muy severo, constantemente y en diversas situaciones se siente culpable, incluso antes de cometer la acción anhelada se provocaba castigos, el paciente todo el tiempo cree que cometió una mala acción, en el caso presentado se mostrarán fragmentos de viñetas en donde sale ese superyó severo.

CAPITULO 4.7. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS (CATEGORÍAS)

Éste aparatado es para desarrollar y analizar los objetivos, el modelo se divide en las siguientes fases: Problemática o categoría descriptiva, introducción a la temática y explicación de la misma, exposición de la viñeta o del material clínico, explicación teórica de la exposición clínica y Síntesis y conclusiones de cada categoría.

Cabe mencionar que estos ejes lo constituyen las problemáticas más significativas a lo largo del análisis del paciente y están relacionados con los objetivos planteados.

Objetivo 4.7.1 Analizar como en el caso clínico el paciente tienen períodos de confusión mental o pérdida de la memoria para huir de la realidad

Objetivo 4.7.2. Comprender las características del pensamiento e ideas obsesivas en el caso clínico.

Objetivo 4.7.3 Comprender la severidad del súper yo y su intervención en la sexualidad en pacientes obsesivos teniendo como referente la teoría psicoanalítica.

Objetivo 4.7.4 Describir las vicisitudes de la transferencia como instrumento de la cura psicoanalítica

4.7.1 Ezequiel se pierde en tiempo, espacio y persona.

¿Qué pasaría si de un día para otro te cambia radicalmente tu vida y en un momento tu historia se borrara y no recordarás nada de tu persona?

El olvido del lugar o la pérdida de algo muestran la intención inconsciente del sujeto de alejar de sí ese objeto.

Es lo que le ocurrió a Ezequiel un evento traumático y muy significativo en su vida.

Fragmento de viñeta sesión #1 febrero 2012

Px- Pues está un poco complicado, en octubre del año pasado me dirigía a mi trabajo, me habían dado un puesto en el tecnológico de Monterrey, era la oportunidad que siempre había querido, me habían dado el puesto de jefe en dónde iba a tener mucha responsabilidad pero a la vez estaba feliz porque en el ámbito laboral y profesional iba a tener mucho avance e iba adquirir mucho reconocimiento y éxito y pues ni hablar de lo económico era un trabajo excelentemente bien remunerado.

Me dirigía por primera vez y pues ya estaba por garza Sada casi llegando y no sé porque agarre otra avenida que me fue a llevar a San Nicolás, muy lejos, detuve mi carro y se me borro todo, no sabía hacia dónde me dirigía, que iba hacer, nada, no recordaba absolutamente nada, me quede en el carro por mucho tiempo, porque ya ni me acordaba de cómo manejar, no reconocía las partes del carro y paraqué servían, mucho menos cuáles eran las calles, no sabía dónde vivía (el paciente se queda callado, pasa saliva y se muestra un tanto nervioso)

T- ¿Y Cómo es que sale de esa situación?

Px – Ya tenía mucho en ése lugar ya estaba atardeciendo y mi mamá me marca a mi celular porque había dejado prendida mi lap y no sabía cómo apagarla, fue cuando le dije que no sabía dónde estaba, qué no sabía a dónde me dirigía, no recordaba las calles ni cómo llegar a mi casa.

T.- Al escuchar la voz de su mamá, la recordaba, sabía quién le hablaba?

Px – Si, si la recordaba, si sabía que era mi mamá, gracias a Dios si recordaba a todos los integrantes de mi familia , después ella se puso muy nerviosa, se preocupo demasiado y me dijo que me tranquilizara y que me pusiera a describir el lugar en el que me encontraba, lo peor del caso es que a mí se me dificultaba describir lo que veía porque no recordaba el nombre de las cosas y empecé a describirle lo que veía le dije que justamente estaba en frente de un parque o cancha, no sabía describir muy bien lo que veía, que había monos jugando con una bola, ósea no sabía que eso se llamaba balón y a las personas las llamaba monos y no sé cuántas tonterías no dije, es algo espantoso que no se lo deseo a nadie, creo que alguien me habían dicho que me encontraba en San Nicolás y mi papá fue a buscarme y fue por mí.

T.- El lugar dónde se encontraba, ahora le resulta familiar, o nunca había estado ahí?

Px- Si lo curioso es que fui a dar a la cancha dónde jugábamos mi hermano y yo desde niños, lo más raro es que tenía años de no ir, de hecho nos llevaban yo no me hubiera acordado como llegar, porque solo jugamos en

ésa cancha en la infancia y yo casi no, el que jugaba más era mi hermano el más chico.

Pero bueno, cuando fue mi papá por mí, me llevó a casa y duré así parte de octubre y todo noviembre, sin salir, mis papás por miedo no me dejaban salir, me la pasaba encerrado... (Se le lloran los ojos al paciente)

T.- Encerrado?... y recibió algún tratamiento le hicieron estudios?

Px – Si me la pasaba encerrado, únicamente me sacaban para hacerme estudios en la cabeza iba con la neuróloga y no me detecto nada me dijo que estaba en perfectas condiciones y que no se explicaba porque había perdido la memoria temporalmente, y pues me recomendaron que tomara terapia psicoanalítica, mi novia, bueno mi ex novia es psicóloga y me recomendó que acudiera a terapia y me recomendó aquí en la clínica de la facultad, de hecho considero que ése fue el principal motivo por el que me dejó mi novia, porque mis papá ya no me dejaban salir y ella era la que tenía que ir todos los días a mi casa hasta que un día se cansó y me dejó, devolviéndome el anillo de compromiso (se observa al paciente muy triste) y por eso vengo a pedir ayuda para saber que me paso que fue lo que ocurrió en mi mente que me hizo perder la memoria, quiero saber qué ocurrió exactamente ése día.

A manera de teorizar un poco sobre el suceso ocurrido al paciente en dónde pierde la memoria se puntualiza lo siguiente:

En nuestra práctica clínica descubrimos que hay también quien enferma precisamente cuando se le ha cumplido un deseo profundamente fundado y largamente acariciado. Pareciera como si estos sujetos no pudieran soportar

su felicidad pues en cuanto a la relación causal entre el éxito y la enfermedad no puede haber la menor duda.

Uno de los caracteres diferenciales entre la neurosis y la psicosis es el hecho de que en la primera reprime al yo, obediente a las exigencias de la realidad una parte del ello de la vida instintiva, mientras que en la psicosis el mismo yo dependiente ahora del ello, se retrae de una parte de la realidad, así pues en la neurosis dominaría el influjo de la realidad y en la de psicosis la del ello, sin embargo toda neurosis perturba en algún modo la relación del enfermo con la realidad.(Freud, 1924).

La pérdida de la realidad recae precisamente sobre aquella parte de la realidad a cuya demanda fue iniciada la represión.

La misma apariencia de contradicción surge con intensidad mucho mayor cuando se trata de una neurosis cuya motivación ocasional es la escena traumática. Nos es conocida y en la que podemos ver como el sujeto se aparta de aquel suceso y lo abandona a la amnesia, en la neurosis y en la psicosis se desarrolla no solo una pérdida de la realidad sino también una sustitución de la realidad. (Freud, 1924).

Mazzuca dirá que si el neurótico se propone olvidar es porque ha renunciado a algo: “se trata de un sujeto que renuncia a resolver una dificultad, renuncia a enfrentarse con un obstáculo... prefiere “tratar de olvidar”. Es por ello que dirá que “el neurótico es un cobarde”.

La neurosis será el sustituto de una tarea que el sujeto renuncia solucionar: prefiere enfermar antes que enfrentarse con un conflicto y solucionarlo. Es decir que el concepto de neurosis en Freud se ubica en el contexto de una posición ética. (Mazzuca, 2002).

Este esfuerzo por olvidar, no es, para Freud, un acto patológico en sí mismo, sino que lo ubica como una fase inicial del mecanismo de formación de síntomas.

En su trabajo “La división de la personalidad psíquica” , Freud señala lo siguiente: “El Yo es disociable, se disocia de algunas funciones, por lo menos transitoriamente, y los fragmentos pueden luego unirse de nuevo.” ...y más adelante “Allí donde se nos muestra una fractura, una grieta, puede existir normalmente una articulación, cuando arrojamos al suelo un cristal se rompe mas no caprichosamente, se rompe con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos, cuya delimitación aunque invisible estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos mentales son como estructuras agrietadas y rotas.”. Podemos deducir entonces que el Yo en los estados de angustia de despersonalización, se deforma tolerando daños en su unidad o disociándose. Freud, 1917)

Los hombres enferman de neurosis a consecuencia de la privación, entendido por tal la privación de la satisfacción de sus deseos libidinosos.

Éste evento traumático ha marcado su vida, hasta hace poco todavía se angustiaba mucho porque temía volver a perder la memoria, a partir de ese evento fue recuperando la memoria en un tiempo aproximado de tres meses

y solo sus olvidos eran ocasionales, olvidaba nombres teléfonos claves de tarjetas y contraseñas de correos; sus olvidos eran momentáneos.

Por lo común, la razón de olvidar es inconsciente y sólo puede ser descubierto por medio de la técnica psicoanalítica, es decir, con la cooperación total de la persona (su asociación libre) que cometió el olvido.

Tales lapsus son muy a menudo la consecuencia directa de la represión. el evitar la posibilidad de la generación de una angustia (temor) o de una culpa (vergüenza), o de ambas.

Tras varios estudios no se detectó ningún problema neurológico por lo que se le recomienda al paciente acudir a terapia psicológica y se analiza que ésta pérdida lo ocasionó ese miedo al éxito el mantenerse en la cima y tener un sinfín de responsabilidades, pero al mismo tiempo un miedo a fracasar y no poder con dicho cargo laboral añadiendo las represiones del paciente y el querer inconscientemente querer huir de la realidad.

4.7.2. “Prohibido olvidar”

Imaginemos que nos sentimos obligados a hacer algo de lo que no podemos sustraernos, que además, aparentemente, no nos proporciona placer alguno y que, para colmo, tenemos que repetirlo, una y otra vez en un vaivén “carente de sentido”, sobre las actividades cotidianas de la vida como lavarnos las manos, vestirnos, acostarnos, etc. que terminan por parecernos ornamentaciones ceremoniosas interminables y que pese a todo no las podamos evitar; esto es lo que pasa diariamente a Ezequiel.

Fragmento de viñeta sesión #34 abril 2012

Px- Me duele un poco la cabeza, no he dormido muy bien estas últimas semanas, quizá sea por pensar tanto, los pensamientos me envuelven y no puedo dejar de pensar.

T.- Y qué es lo que piensa

Px- todo, la verdad temo volver a perder la memoria, todo comenzó en una ocasión que estaba en la casa de mi hermana, mis sobrinos estaban en la alberca, se veían muy contentos y yo me quedé parado observándolos un rato, mi cuñado se acerca y me pregunta que cómo iba con mi tratamiento, le contesté que muy bien horas después le dije que los niños se veían muy divertidos que quién les había comprado esa alberca...

Mi cuñado se quedo callado segundos después me dijo que yo se la había regalado como hace menos de un mes.

Fue un momento muy incomodo para mi, puesto que se dieron cuenta muchos integrantes de la familia que todavía tenía olvidos.

T.- Y cómo se sintió en ese momento?

Px- me sentí humillado, con mucha pena, fracasado y desde ahí me jure que nunca iba a pasar por otro momento similar como el que pase, desde ese día en las noches cuando estoy acostado comienzo a repetir todo lo que hice durante el día, cosa por cosa, palabra por palabra y si me equivoco u olvido algo, vuelvo a empezar desde el principio, también durante el día memorizo números, calles, letreros, todo lo que está a mi alrededor, leo páginas

completas cierro el libro y tardo de decir toda la lección, otras ocasiones anoto lo que pasa en sesión aquí con usted, lo que me dice todo lo que contesto, otras veces solo lo repito por las noches y me sirve como una estrategia para ya nunca más olvidar, quizá en este momento usted está pensando que estoy loco, quisiera saber qué es lo que piensa de mi, pero usted no sabe la desesperación de perderse, de no saber nada de ti quizá solo los que han perdido la memoria sabrán a que me refiero yo tuve la oportunidad de recuperarla y no pienso volver a perderla.

A veces también me desvelo mucho porque desde un día antes pienso en lo que me voy a poner, me mido la ropa de manera que todo combine, plancho la ropa desde la noche y la pongo en gancho sobre un mueble de manera que no se arrugue ni se ensucie y coloco los zapatos junto al traje de manera que parece un maniquí listo para solo colocar mi cuerpo.

Otras veces me desvelo adelantando el trabajo porque no me quiero ver presionado, por decir si estamos en enero pero yo ya tengo resultados de febrero y marzo yo adelanto el trabajo me desvelo pero ya lo tengo seguro

T.- y supongo que descansa febrero y marzo o adelanta marzo y abril?

Px.- si lo sé nunca descanso le sigo con los demás meses posibles, se que eso me afecta mi salud pero no puedo parar, cuando inicio el trabajo le continuo una vez no dormí 2 días seguidos pero eso me da vida el tener de alguna manera mucho trabajo me entretiene.

y la verdad cuando no es una cosa es otra, pero total no duermo bien, en una ocasión olía mucho a gas y me levante para rectificar si lo había apagado,

desde aquella vez me paro a revisar gas que las llaves estén cerradas, que éste todo desconectado y bien cerrado verifico tantas cosas que cuando ya me acuesto siempre me pregunto cerré bien las llaves o apague los focos o sólo pensé apagarlos; y de nuevo me levanto para verificar que todo esté bien.

Uno de los mecanismos de defensa de la represión, en el neurótico obsesivo, son las formaciones reactivas que se producen dentro del yo, en la neurosis el “superyo se forma como un superyo severo y de hecho el superyo proviene del ello, no puede sustraerse de la regresión y las pulsiones, superyo puede ser incluso más duro, más severo y martirizador”. (Freud, 1916)

Los síntomas obsesivos posee un “sentido y se halla estrechamente enlazado a la vida psíquica del enfermo” síntomas que son manifestaciones de ideas inconsciente que dominan al sujeto, la neurosis obsesiva a diferencia de la histérica, no se manifiesta sus síntomas en forma sintomática, si no que presenta manifestaciones del orden del dominio psíquico. (Freud, 1916)

Al principio de la formación del ceremonial, el sujeto tiene aún consciencia de que ha de hacer necesariamente esto o aquello sino quiere que le ocurra una desgracia, y por lo regular todavía se hace presente a su consciencia cual es la desgracia temida. La relación, siempre mostrada, entre la ocasión

en la que surge la angustia y el contenido con el cual amenaza, se oculta ya al sujeto.”Así, pues, el ceremonial se inicia con un acto de defensa o aseguramiento como una medida de protección” (Freud, 1907)

Puedo concluir éste apartado teorizando que en el ceremonial obsesivo, “consiste en pequeñas prácticas, agregados, restricciones, ordenamientos que, para ciertas acciones de la vida cotidiana, se cumplen de una manera idéntica o con variaciones que responden a leyes”. Estas actividades, que parecen carentes de significado a los ojos del observador, lo parecen también a los ojos del obsesivo pero, a pesar de ello, no es capaz de abandonar su práctica por el miedo a la intolerable angustia que le sobreviene y que lo fuerza a reparar lo omitido. (Freud, 1907.)

4.7.3 Sexualidad del neurótico obsesivo

Si partiéramos de la teoría de los tres ensayos para una teoría sexual, en los que Freud ha intentado arrojar alguna luz sobre los procesos somáticos en que ha de buscarse la esencia de la sexualidad, en donde la normalidad resultaba de la represión de ciertos instintos parciales y determinados componentes de las disposiciones infantiles y de la subordinación de los demás a la primacía de las zonas genitales en servicio de la reproducción, en donde la neurosis se reducía a una represión excesiva de las tendencias libidinosas.

Podemos afirmar que la neurosis es la sexualidad reprimida de los enfermos, extendiendo, desde luego, la función sexual en toda su verdadera amplitud, circunscrita por la disposición infantil, en donde se demuestra un suceso traumático.

En el caso clínico de Ezequiel, en donde expresaba en su discurso en múltiples ocasiones su problemática con la sexualidad en la que lo atormentaban pensamientos obsesivos en el momento de llevar a cabo la relación sexual y que lo llevaba a una vida sexual poco activa e insatisfactoria.

Fragmento de viñeta # 63 8/ Nov. /2012

Px- ¡Buenas tardes!, ésta semana he pensado mucho recordando como en algunas ocasiones he fallado en mis relaciones sexuales; por qué no disfruto y me da asco el sexo oral, las veces que usted me ha preguntado del porqué o de dónde viene ese disgusto y que yo le contesto que no lo sé...

Pues la verdad si lo sé cuando era niño aproximadamente a los 11 años me juntaba mucho con mi primo y él tenía como 14 o 15 ya se imaginará.

Era el tiempo de secundaria en el que todos veían películas pornográficas, se masturbaban y tenían las hormonas a todo lo que da; yo iba a la casa de mi primo y pues siempre estaba viendo películas pornográficas y yo las veía con él; me da mucha pena lo que le voy a contar, nadie lo sabe he guardado éste secreto por muchos años, pero hoy se lo quiero contar a usted

En una de esas que estábamos viendo una película, introduce su mano dentro de mi pantalón y comienza a masturbarme y pues para mí era la primera experiencia o el primer acercamiento sexual que tenía, me gustó y me dejé tocar por mi primo (silencio total)

T.- ¿La primera experiencia no la tuvo consigo mismo?

Px- a bueno sí, yo me masturbaba, lo bueno de ser muy estudioso y aplicado es que todos piensan que te encierras en tu cuarto a estudiar, cuando en verdad te estás masturbando (el paciente se ríe un tanto nervioso), me masturbe muy pocas veces porque después no podía dormir en las noches, pensaba que lo que hacía era pecado y que estaba muy mal hasta me auto castigaba por defraudar la confianza que me tenían mis padres, sentía que era un chavo malo por hacer eso, a veces lo decía en la confesión con el sacerdote y otras veces iba a tres misas seguidas en un mismo día para de alguna manera limpiar mis culpas.

Bueno entonces si masturbarse era la primera experiencia sexual digamos que la segunda fue con mi primo.

T.- ¿Cómo se sintió en ése momento?

Px- pues la verdad me sentí con mucho placer y me dejé en ése entonces dejaba el sentimiento de culpa a un lado por un poco de placer.

Lo peor del caso es que después él me pedía que yo lo tocara y me decía ándale sigues tu wey y pues si me daba placer lo más justo es que le regresara el placer, la verdad no me gustaba masturbarlo, pero solo así yo podía recibir placer y pues así fue como 4 veces que hacíamos eso en su casa mientras estábamos solos, la verdad en nuestra familia nunca nos hablaron de sexo, esas pláticas estaban bueno están prohibidísimas, no tuvimos una orientación sexual y nos dejamos llevar por el instinto.

En ése tiempo mi primo estaba saliendo con una chica de 15 o 16 años era muy bonita y tenía muy buen cuerpo, ellos tenían relaciones sexuales, incluso en una ocasión que yo estaba en su casa ellos estaban teniendo relaciones sexuales en el cuarto de al lado y se escuchaba todo, cuando terminaron él le propuso a ella que lo hiciera conmigo, pero yo como era relativamente un niño de 11 años, todo eso me daba mucho miedo y sólo deje que me hiciera sexo oral y la verdad me gusto mucho, no sé porqué ahora me da tanto asco. Mi primo le insistía mucho que tuviera relaciones conmigo, no sé porque lo hacía y tampoco sé porque yo no acepté tener relaciones con la chica si me gustaba mucho

T.- ¿No será porque tenía miedo de pagar la deuda? Si su primo lo masturbaba usted lo tenía que masturbar para regresarle el placer y si usted hubiera tenido relaciones con la chica iba ser gracias a su primo.

Px- Entonces yo le tenía que regresar el favor pero no a ella si no a él, o ahora entiendo porque una parte de mi por más que deseaba a la chica no pude tener sexo con ella, bueno nunca me había imaginado que era por pagar la deuda sexualmente hasta ahora que lo platique en sesión puedo estar seguro que así era.

En la viñeta antes expuesta habla del temor del neurótico obsesivo al pagar una deuda en un círculo de placer, a partir de esa experiencia el paciente inconscientemente fue un factor que desencadenó diversas problemáticas con la sexualidad del paciente.

Sexo con un animal, sueños prohibidos

Fragmento de viñeta # 96 Enero. /2013

Px- Le quisiera contar un sueño que he tenido en varias ocasiones, es un sueño que me angustia mucho, no puedo descansar y quiero saber qué puedo hacer para dejar de soñar eso.

Sueño que estoy relajado desnudo en mi cama y de pronto viene un perro negro grandísimo de raza doberman se mete entre las sábanas y me hace sexo oral, pero es tan real el sueño y me angustia mucho porque me muerde los testículos y me da mucho miedo que me corte con sus filosos dientes mi pene.

A veces 3 días seguidos sueño lo mismo, me da mucho miedo el perro negro viene corriendo en un túnel negro y oscuro corre y corre y tarda en llegar pero ese túnel se me hace eterno porque estoy con ansiedad y miedo porque al terminar el túnel, salta de una manera espantosa, pega un brinco hacia mi cama y me ataca. Me duele mucho quiere cortar mis testículos, veo las sábanas ensangrentadas pero antes de morder lambe con su lengua ese pedazo de sueño si me gusta. Ya no lo quiero soñar cada vez que veo un perro me aterra y siento que estoy pecando con esos sueños que no debo de tener.

T.- ¿Y no ha pensado que quizá esto se relacione con el sexo oral que tuvo con la chica cuando tenía 12 años? o con el asco que le produce el tener sexo oral con sus parejas ese deseo reprimido entre el querer pero temer.

Px- Quizá tenga razón, yo creo que si es importante tratarme he tenido varios problemas sexuales debido a que han tratado de hacerme sexo oral, en una ocasión mi ex me estaba besando el cuello, después el pecho y se fue bajando cuando llego justamente al pene le estiré el pelo y le dije que era una cualquiera que eso únicamente lo hacían las putas, ella se quedo muy asustada y sorprendida, esa ocasión tuvimos un conflicto muy fuerte.

T.- Y alguna vez se ha preguntado ¿Qué es lo que le desagrada tanto, o porque ese temor al sexo oral?

Px- no nunca me había puesto a pensar solo lo evito y ya, pero ahora que me pregunta pues pienso que es sucio, que es pecado, que esas partes Dios las creo para hacer del baño no para chupar eso es asqueroso, aunque muy placentero, cuando hace años me lo hizo esa chica sentí mucho placer, placer que ahora aborrezco y que quiero evitar.

(Otros fragmentos sobre conflictos con sus relaciones sexuales)

Px “En una ocasión estábamos teniendo relaciones sexuales mi ex y yo y ella tenía cara de gozo, de placer y comenzó a gemir, por una parte eso me hacía sentir lo suficientemente hombre, pero en mis pensamientos se me venía a la mente que era una puta, con cuántos hombres no se habrá metido para que sea una experta en el sexo, No tiene derecho a gozar de esa manera”

Px.- “En otra ocasión una amiga del trabajo y yo fuimos a ver el concierto de Alejandro Sáenz, al salir del concierto y ella con copas de más me propuso irnos a un lugar más privado dónde estuviéramos solos, que ella me quería y sentía algo muy fuerte por mi yo me negué a ir su proposición me daba asco como una mujer iba a invitar a un motel a un hombre, creo que la hice sentir mal no se qué palabras le dije que se fue sola a su casa llorando”

Px.- “Ayer soñé algo muy placentero pero malo, soñé que mi ex novia estaba teniendo relaciones sexuales con otra mujer, yo estaba solo viendo en un sillón negro, callado y sin hablar solo observaba, ver como se tocaban sus cuerpos y ver sus caras de satisfacción era demasiado excitante”

CAMBIO DE GÉNERO

Px.- Estoy recordando episodios de mi vida que ya tenía olvidados, por una parte me da gusto porque estoy recuperando la memoria pero por otro me da miedo las cosas que hice, al checar mi correo vi unas conversaciones que me dieron mucho miedo, como mi ex me había confiado las contraseñas de su correo, yo una vez me hice pasar por ella y comencé a seducir a algunos pretendientes que ella tenía, yo lo hacía para descubrir si me engañaba o si tenía algo que ver con sus ex novios, al principio era como para investigar, después se me hizo costumbre entrar a su correo y hacerme pasar por ella.

T.- Se le hizo costumbre cambiar de papel de hombre a mujer?

Px.- pues ora si decirlo si, por una parte sentía un poco lo que las mujeres sentían al sentirme protegida o que preguntaran por mí, también quería descubrir que es lo que les gustaba de Ara, como se comportaban ellos con Ara y sentir un poco de lo que ella sentía al interactuar con otros hombres.

Tiempo después empecé a jugar con un ex novio de ella y le daba alas como si quisiera regresar con él, en una ocasión él se ilusiono tanto que fue a casa de Ara a buscarla y le llevaba flores, Ara y su mamá estaban sorprendidas con todo lo que él les decía, Ara lo rechazo y él le dijo que porque lo trataba así si ya se habían reconciliado y hablan todos los días por el chat, ella le dijo que estaba loco que ella tenía meses de no hablar con él.

Yo para no ser descubierta tuve que armarle una escena de celos porque si no se hubiera dado cuenta que yo le había robado su cuenta y me había hecho pasar por ella.

Compartiendo mujer con mi padre

Px- Quiero contarte algo que quizá tú ya habías descubierto por lo que me decías pero yo siempre te lo negué. Recuerdas que hace muchos años corrió el rumor de que mi papá había engañado a mi mamá con la señora que trabajaba en el restaurant, bueno esa señora estaba casada y con hijos; la verdad nadie le comprobó nada de esa supuesta infidelidad.

Hace mese tu me preguntabas que porqué estaba tan enojado, si era por el hecho de que habían engañado a mi mamá o sentía algún tipo de sentimiento hacia la señora

En ese momento te lo negué pero por dentro pensé che vieja cómo sabe si yo no le he dicho toda la información para que deduzca esto, bueno después de mucho tiempo le quiero decir que yo tuve amoríos con esa señora no sé cómo paso y cuando fue pero se dio.

T.- ¿Eso paso antes o después de que se rumorara lo de su papá?

Px- Fue después yo creo que antes o después no tiene nada que ver lo importante es el hecho y ya, bueno en economía así se maneja todo.
(Silencio total)

Px- o qué estas pensando que me quise vengar de mi papá ganándole a la vieja? Mira no sé porque lo hice, ni siquiera me gustaba el hecho es que esa fue una de las principales razones por las que me fui a estudiar una de las maestrías a México salí huyendo

T.- ¿Huyendo de quién, quién lo perseguía?

Px- pues yo creo que de mi conciencia, me sentía muy culpable de lo que hice, como que era algo prohibido.

T.- Su discurso me suena como si le hubiera ganado la mujer a su papá pero en referente a su madre y haya cometido incesto

Px- ¡Que locura!, bueno ya no sé ni que pensar a todo esto, no llegaría a esta conclusión.

T.- Entonces porque lo veía como algo prohibido si usted no tenía ningún compromiso.

Px no sé con tus preguntas me estas confundiendo, me estas poniendo a pensar y no me gusta recordar eso. Yo creo que como tuvo algo que ver con mi papá es para mí intocable, porque el pensar que de alguna manera compartimos a la misma mujer me da asco, por eso nunca pude tener relaciones con ella, la verdad no pude concluir la relación sexual, estuve a punto y estábamos desnudos pero no pude penetrarla aunque la deseaba tanto.

Después de eso me fui a estudiar la maestría a México por mis culpas y porque no podía ver a los ojos ni a mi papá ni a mi mamá, sentía que todos me iban a juzgar y a señalar sentía que me tenía que escapar de la realidad

T. ¿Así como se escapo de la realidad cuando perdió la memoria?

(Silencio total)

A manera de teorizar un poco el cómo vive su sexualidad el neurótico obsesivo

Sigmund Freud denomina la organización sexual del obsesivo es el erotismo anal, y esa analidad está también presente (FREUD, 1909)

Freud establece una correspondencia entre los fenómenos religiosos en la masa y los síntomas neuróticos individuales: en sus palabras, *la religión como neurosis obsesiva mitigada por su universalidad y la neurosis obsesiva como religión privada desfigurada* . Ambas manifestaciones son reproducciones de sucesos pasados trascendentes (prehistóricos o infantiles), olvidados, de contenido sexual agresivo consistente en vivencias somáticas o impresiones sensoriales. Nos advierte Freud, sin embargo, que este suceso prehistórico no tiene porque coincidir con un trauma evidente sino que frecuentemente se refiere a sucesos comunes al resto de individuos, resueltos mediante una reacción anormal y extraordinaria por el neurótico. Estas reproducciones adquieren un carácter compulsivo, con gran intensidad psíquica e independencia frente al resto de procesos anímicos. Los efectos positivos del trauma, por una parte, lucharán por replicar el hecho olvidado mientras que los efectos negativos, por otra, tratarán de que nada se recuerde o repita. Por otra parte, tanto los fenómenos religiosos como los síntomas neuróticos, contienen un nódulo de verdad histórica y suponen un retorno de lo reprimido tras un periodo de latencia.

No obstante, también había que relacionar la obsesión con una regresión de la vida sexual a un estadio anal, y su corolario: un sentimiento de odio propio de la constitución misma del sujeto humano. Pues, según Freud, era el odio, antes que el amor, lo que estructuraba el conjunto de las relaciones entre los

hombres, obligándolos a defenderse contra él mediante la elaboración de una moral (FREUD, 1913)

El desencadenante de la neurosis obsesiva sería entonces 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 a las pulsiones destructivas del ello, desarrollando formaciones reactivas que toman la forma de escrúpulos, limpieza, sentimientos piadosos y de culpa. De este modo el sujeto se hunde en un verdadero infierno del que nunca logra liberarse (FREUD, 1926)

El neurótico obsesivo, entonces, fue un sujeto que, en su infancia, gozaba de metas sexuales en la zona erógena del ano. Como las excitaciones provenientes de las zonas erógenas -como las del ano- se vuelven inutilizables para metas sexuales en nuestra civilización actual, se crean en la vida psíquica formaciones reactivas como la vergüenza, el asco y la moral -denominados por Freud diques psíquicos, en cuanto que se oponen a la activación de la satisfacción sexual pulsional- (Freud, 1976).

Por tanto, en los rasgos de carácter que presentan los antiguos poseedores del erotismo anal, es decir, los neuróticos obsesivos, se verán los efectos de esas formaciones reactivas y la sublimación: orden, avaricia y terquedad. Follar es el acto del que el obsesivo es incapaz. Con frecuencia, la vida sexual de este sujeto es de una enorme pobreza. En cambio, hacerse follar es una de sus desgracias y favoritas experiencias cotidianas.

La culpabilidad y los reproches, en la neurosis obsesiva, están muy presentes. El sujeto se culpa por haber gozado y debe castigarse; el componente de satisfacción pulsional, queda inconsciente, por medio de la represión. El obsesivo se siente culpable de algo que desconoce, culpable de algo que no cometió. Este es el conflicto principal de la neurosis obsesiva.

La mayoría de los síntomas, en la neurosis obsesiva, son reproches transformados, que retornan de la represión y que se refieren a una situación sexual de la niñez ejecutada con placer.

Es muy importante discriminar que la neurosis obsesiva, junto a la histeria y la fobia (es decir, las neurosis de transferencia), nos hablan de un conflicto frente la sexualidad infantil, mientras que la neurastenia, la neurosis de angustia y la hipocondría (las llamadas neurosis actuales), se fundamentan en un conflicto frente a la sexualidad actual.

El neurótico obsesivo llega a dudar sobre su sexualidad para desembarazarse de su responsabilidad de enfrentar a una mujer. Se regocija descubriendo su parte femenina probando que puede tratar con las mujeres, no como un hombre sino de igual a igual.

4.7.4 ¿Amor o transferencia?

Cuando la transferencia aparece en el quehacer analítico el paciente empieza a demostrar sentimientos positivos y de mucho afecto, se subordina y se muestra muy obediente ante cualquier interpretación o intervención, estos factores, por supuesto, que complican en grado sumo la labor emprendida por nosotros, sin embargo, debemos estar muy atentos a todas estas reacciones que, a pesar de que se nos presentan como una enorme dificultad en el proceso hacia la cura, se convertirán, como veremos más adelante, en uno de nuestros más importantes aliados terapéuticos.

Pero, ¿cómo habremos de conducirnos, sin tener que estar tentados a corresponder las constantes muestras de amor que se nos presentan por parte del paciente? No parece una tarea fácil y mantenerse en un estado de completa neutralidad.

Se debe entender que el enamoramiento por parte de su paciente hacia él no obedece por ninguna circunstancia, como ya lo habíamos señalado anteriormente, a sus atributos personales ni a su atractivo y mucho menos a su poder carismático, por el contrario, todo está generado por la misma situación analítica, ya que el paciente nada sabe de la persona sentada frente a ellos. No nos enamoramos del analista, sino del ideal que colocamos sobre él o ella.

Px.- El día de hoy estamos cumpliendo un año (se queda callado)

T .- Aqué se refiere

Px.- Si usted y yo cumplimos un año, un año de venir a sesión, un año de terapia y pues le voy a ser honesto, nunca pensé que que venir a terapia me iba a ayudar a muchos aspectos de mi vida, con decirle que hasta en mi casa lo han notado, en éste espacio siento que me he desnudado por completo, usted es la únca que conoce toda mi vida, yo creo que no mi mamá, ni mi exnovia llegaron a conocerme tanto.

Una vez pensaba dejar de venir a terapia

T .- Y que lo llevo a pensar eso?

Px.- bueno creo que es bastante obvio, recuerda que antes de salir de vacaciones falté una vez y le dije que porque tenía una junta muy importante en mi trabajo,pues la verdad es que yo ya no quería venir y luego después de las vacaciones que le dije que era mi examen profesional, pues ese era otro pretexto

T.- ¿Y porque esa resistencia a venir?

Px.- lo que pasa es que empecé a sentir algo por usted (se queda en total silencio), recuerda que hace mucho le comenté que estaba platicando con una compañera de trabajo que ya llevaba muchos años en análisis creo que llevaba más de 15 años con su psicólogo, ella me comentaba que ya era completamente dependiente de su terapeuta pero por x razón su terapeuta se tuvo que ir del país y ella dió el bajón, se deprimió y tenía la necesidad de seguir llendo a terapia y lo fué a seguir a otro país se fué muy lejos en busca de su analista, pero yo pienso que entre ellos dos había algo más, yo en ése

momento le dije que no me quería sentir dependiente de ella o sea me estaba refiriendo a usted. Y le pregunte que que podía hacer para evitar ésta dependencia y ella me dijo que le preguntaba a la persona menos indicada ya que ella era dependiente en todos los aspectos a su analista ella no hacía nada sin antes consultarselo a su terapeuta.

Y entonces pense, chingado es lo mismo que me está pasando a mi con ésta vieja y disculpeme por la expresión y la maldición pero ésto de depender de usted es feo y ya sé que ésta mal muy mal que usted no me puede gustar pero creo que todo esto ya va más que una simple atracción física ya siento que la quiero y que dependo de usted.

T.-. No se angustie, la transferencia es parte del proceso, lo importante es que lo trajo a análisis y hay que trabajar en ello.

Px.- Eso se puede trabajar, ¿Cómo dejar de sentir lo que estoy sintiendo?

T.- la transferencia es inevitable ya que usted en éste espacio ha contado su sentir su vida, lo que le aqueja, se podría decir que ha intimado, ahora hay que pensar en dónde me está colocando quiza usted me esta colocando como el objeto amado, o como la figura materna o de su exnovia, quiza de su hermana.

Px.- nunca la he visto como las personas que me menciona, yo la veo como mi psicóloga pero me gustaría dejarla de ver como psicóloga y verla como mi mujer.

(silencio total) ahora que estoy pensando todo esto que me está diciendo quiza de alguna manera la relaciono con mi ex, aquí estudiaba, aquí daba

terapias, era fría como usted, bueno todos los psicólogos son así, no tienen límites, no se asustan de nada y para ellos todo está permitido y nada es malo ni bueno.

Volviendo al tema de hecho cuando perdí la memoria ella me recondo la USP pero por obvias razones ella no me podía atender pero el deseo de ella era que me atendiera un terapeuta hombre y no mujer, ella me hablaba de la dichosa transferencia y no le entendía nada, hasta que te conocí, ahora lo entiendo todo.

Pero bueno, espero que todo esto sea pasajero y usted me tiene que ayudar por eso me abrí y le conté lo que desde hace tiempo siento por usted.

Fragmento Viñeta # 93

Px.- Antes de iniciar la sesión te quería preguntar, ¿cuándo sería bueno dejar el análisis? Porque estuve leyendo en un libro de psicoanálisis lo de fin del análisis

Se lo pregunto porque ya se que esta por terminar la maestria y pues aunque ya recupere por completo la memoria aún siento que necesito de usted

T.- necesita de mi o de su analisis? En dado caso que yo termine la maestria lo voy a transferir con otro terapeuta para que continúe su tratamiento.

Px.- no con otro terapeuta no, es como volverme a perder, con usted ya me encuentre, no quiero empezar en ceros, mejor cuando termine ponga pronto un consultorio para seguir con usted.

El terapeuta sabe, por su formación, que los sentimientos de amor de sus pacientes son sólo eso: fantasías e idealizaciones. Lo pertinente no es negarlos, sino analizar lo que se encuentra debajo de esos sentimientos y nunca, responder a esa demanda.

En “Observaciones sobre el amor de transferencia” (1914), Freud trabaja específicamente sobre este fenómeno; es decir sobre el manejo de la transferencia.

Freud nos advierte que el enamoramiento surgido en el contexto de la cura analítica, no representa algo en sí favorable. Adquiere entonces, valor resistencial. En tanto que el enamoramiento corta la continuación de la cura, frena la asociación.

Sin embargo, Freud ve allí un modo de hacerse presente lo reprimido. Argumenta allí que no se corresponde con los fines de la cura, ni ceder a la demanda de amor (en cualquiera de sus formas), ni sofocarla rápidamente. Algo debe dejarse subsistir de ello.

En dicho texto es en el que Freud escribe que la cura debe desarrollarse en la abstinencia.

“El camino que ha de seguir el analista es muy otro, y carece de antecedentes en la vida real. Nos guardamos de desviar a la paciente de su transferencia amorosa o disuadirla de ello, pero también, y con igual firmeza, de toda correspondencia. (Freud, 2014).

Alude así, Freud, a la transferencia. Más adelante, en el mismo texto explica que “(...) *la transferencia no es por sí misma más que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado.*” (Ibíd. Pág. 1685)

Liga entonces, a la transferencia con la resistencia y la repetición. Pues en la transferencia, el analizante repite en lugar de recordar. Expresa: “*Cuanto más intensa es ésta (la resistencia), más ampliamente quedará sustituido el recuerdo por la acción.*” (Ibíd. Pág. 1685)

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

A modo de conclusión el presente documento se enmarcó dentro de esta línea de trabajo psicoanalítico.

Éste último capítulo se dedicará a mostrar las conclusiones y resultados cualitativos obtenidos a lo largo de éste proyecto. Lo anterior será con el fin de mostrar los beneficios obtenidos en la práctica clínica.

El objetivo general de ésta tesis era describir y analizar un caso clínico de neurosis obsesiva para fundamentar las líneas de intervención clínica. Este objetivo se quería lograr en primera instancia para conocer más sobre éste tipo de neurosis, hacer un minucioso bosquejo teórico y fundamentar la práctica clínica desde el psicoanálisis, pero sobre todo desde nuestro quehacer diario.

Cuando nos plantearon como requisito presentar un caso clínico por el hecho de encontrarnos atravesando el tramo final de la maestría inicié este arduo trabajo en el que me aportó la posibilidad de analizar con profundidad la neurosis obsesiva y en particular sobre el caso abordado, así mismo me permitió reconocer la gran necesidad de obtener una actualización constante de los aspectos teóricos y técnicos del psicoanálisis.

El motivo que suscitó la formulación del problema objeto de investigación de mi tesis tuvo que ver con el ejercicio profesional en la práctica clínica específicamente en la USP.

Sin lugar a duda la intervención clínica es una actividad disciplinar que se ejerce en el psicoanálisis con relación a su práctica, donde un sujeto que sufre busca ayuda y es ahí en donde nosotros como terapeutas en formación ponemos a prueba nuestros conocimientos.

Esa intervención clínica en la que el terapeuta aplica instrumentos desde silencios, preguntar, señalar, confrontar, informar, esclarecer, indicar hasta las distintas variantes del interpretar y el uso de las construcciones son las herramientas del trabajo clínico psicoanalítico.

Las intervenciones son de gran utilidad en el proceso terapéutico cuando son aceptables para el paciente o sea a nivel consciente.

Por lo antes mencionado podemos concluir que la intervención constituye la herramienta de trabajo más importante de la comunicación psicoanalítica y que la interpretación es la comunicación verbal explicitada que el terapeuta hace al paciente de la comprensión procesada de los contenidos inconscientes de éste, con el objetivo de ayudarlo a hacer consciente lo inconsciente.

La eficacia de la intervención va a depender de cada terapeuta y del trabajo psicoanalítico que esté haciendo con el paciente.

Con las conclusiones anteriormente expuestas y con lo trabajado a lo largo de éste proyecto se fue cumpliendo con el objetivo general de esta tesis.

Por otra parte en el caso clínico presentado al que se le tituló consideraciones acerca de la memoria y el olvido en un caso de neurosis obsesiva, resultó ser un caso de investigación muy interesante en el que

después de más de un año y medio de tratamiento se vieron cambios muy significativos tanto en el paciente como en la formación terapéutica.

Dentro de un proyecto tan ambicioso como lo es éste, siempre se desea que haya una mejora continua del mismo; y que les sirva de gran utilidad a futuros estudiantes que tengan interés en el proyecto.

En el seguimiento del caso de Ezequiel nombre que se le dio para proteger su identidad, se ha intentado detallar algunas hipótesis producto de interpretaciones y de un bosquejo teórico.

Desde mi punto de vista el comprender una neurosis obsesiva es más difícil que comprender una histeria, sin embargo el discurso obsesivo es un dialecto de la histeria, y estos pacientes no suelen someterse al tratamiento tan fácilmente, haciéndolo cuando los síntomas ya son graves, como en el caso de Ezequiel que se somete a tratamiento después de perder la memoria por tres meses.

Éste caso ejemplifica como las conductas histéricas pueden aparecer en cualquier otra estructura o aparecer como síntomas sin ser necesario pertenecer a la neurosis histérica en éste caso podemos concluir que no hay estructura pura como lo es precisamente el caso de Ezequiel que tiene una estructura de Neurosis obsesiva con rasgos histéricos.

Queda bien claro que dentro del psicoanálisis no es etiquetar al paciente como en la psiquiatría ni estar pensando todo el tiempo en su estructura o síntomas propios de la enfermedad, pero la importancia en la clínica reside en reconocer y diferenciar todo lo que conlleva cada estructura únicamente

con el fin de saber qué tipo de paciente tenemos y poder llevar el análisis terapéutico de acuerdo a cada caso.

Es por ello que puede resultar interesante y de suma importancia el análisis de cómo es aplicada esta técnica, en éste tipo de pacientes y saber diferenciar si el paciente requiere un tratamiento psicoanalítico o no, ya que el paciente llega con la incertidumbre y con ideas de que su problemática era neurológico a pesar de haberse realizado varios estudios obteniendo resultados de normalidad.

Lo anteriormente expuesto me fue convenciendo de la necesidad de hacer una profunda revisión sobre dicha problemática a los fines de alguna manera esclarecer éste panorama.

El paciente tuvo perdida de la realidad, una amnesia histórica, se perdió en tiempo, espacio y persona no por un origen orgánico sino afectivo, todo esto era el resultado de un episodio de estrés y angustia; como mecanismo de defensa se pierde justamente cuando estaba a punto de ocupar un puesto que demandaba mucha responsabilidad y liderazgo en el que lo ponían a prueba.

La estructura tiene que ver con el origen, con la posición que cada una toma frente a la castración, para determinar la estructura del paciente fue necesario escuchar el discurso del sujeto, escuchar cómo es que circula su deseo.

Retomando el punto anterior sobre la escucha del discurso del sujeto cabe mencionar que el tema de la técnica psicoanalítica ante diferentes

estructuras es un trabajo arduo en el que no es fácil encontrar la manera para que el paciente obsesivo se haga una idea de la sensación de asociar libremente, evitando al mismo tiempo tanto el hecho de mantener discusiones teóricas o que deje por un momento de racionalizar, es tal vez la principal dificultad técnica en el análisis de un neurótico obsesivo y en particular en el caso de Ezequiel, que al principio del tratamiento, tenía una gran dificultad para lograr la asociación libre, racionalizaba y organizaba su discurso.

Algunas dificultades presentadas en la técnica psicoanalítica en el caso del paciente; fueron la rigidez, el orden, el bloqueo emocional, la realidad limitada así como los mecanismos de defensa son algunos de los factores que afectaron de alguna manera el proceso terapéutico.

El uso de la racionalización, intelectualización y la rigidez provocan que la asociación libre se preste a discusiones teóricas debido a inseguridad o angustia ante situaciones nuevas, fuera de control que se dan a través de la asociación libre; En los primeros meses de tratamiento la rigidez de Ezequiel hizo más difícil el proceso ya que el paciente trataba de mantener el control dentro del análisis como en su vida diaria.

En cuanto a la neurosis obsesiva que desencadenó el paciente tuvo por origen un conflicto psíquico infantil, y una etiología sexual caracterizada por una fijación de la libido en el estadio anal. En el plano clínico, se pone de manifiesto por ritos conjuratorios de tipo religioso, síntomas obsesivos y por

permanece rumiación mental, en la que intervienen dudas y escrúpulos que inhiben el pensamiento y la acción.

La neurosis obsesiva es la consecuencia de un placer sexual presexual que se transforma más tarde en reproche.

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.

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.

La neurosis obsesiva consiste en la formulación de un pensamiento que se presenta de forma repetitiva y persiste, sin que el individuo pueda apartarlo de su mente. El pensamiento obsesivo es aquel en el que la persona afectada realiza un discurso interminable, y con frecuencia cíclico, de forma reiterada, sin que ello le permita llegar a ninguna conclusión práctica ni desviar su atención del tema, con lo que le impide concentrarse en otros pensamientos o acciones. Cuando el individuo afectado se halla en un estado depresivo, con frecuencia los pensamientos obsesivos giran en torno al tema de la muerte y del suicidio.

El paciente no podía apartar de su mente algunos pensamientos o ideas, temía la muerte de sus seres queridos en especial la de sus padres, otras

ideas y rituales que hacía era repetir durante las noches todo lo que hizo en el día incluso las conversaciones o lo que se dijo en la sesión, repetía todos los números obtenidos en su trabajo, esto lo hacía por el temor a olvidar.

La neurosis del paciente se caracterizaba por perfeccionamiento, obstinación, frialdad relacional, duda y rigor moral, se castigaba incluso por acciones no realizadas y constantemente se sacrificaba por su familia.

El paciente estaba exageradamente pendiente de los detalles, los procedimientos, el orden y la organización, frecuentemente en detrimento del resultado final, todo el tiempo racionalizaba tenía dificultad para expresar emociones cálidas, era a menudo muy formal y frío constantemente tenía la dificultad en tomar decisiones, por temor de cometer una equivocación.

Por otro lado la transferencia posibilitó en gran medida una direccionalidad en la cura, la transferencia hace referencia a la relación analítica, donde el analizante transfiere en la figura del terapeuta, fenómenos psicológicos vividos en el pasado, generalmente relacionados con imagos parentales de la infancia.

Cabe mencionar que se tuvo muy presente la regla de abstinencia y se tomó en cuenta la meta del análisis de atender a una reversión pulsional.

El amor de transferencia representó en un principio en un obstáculo, debido a que el paciente se aferraba a la idea de estar enamorado a tal grado de querer dejar el análisis para iniciar otro tipo de relación.

Sin embargo se hizo un trabajo terapéutico por la continuación del análisis, oponiendo el principio de realidad, que tuvo como función evitar en el paciente la compulsión a la repetición y producir la exteriorización de lo reprimido, es decir, conduce a una posibilidad de ello ya que no es el punto rector de la función del terapeuta ser representante del principio de realidad.

A lo que se le señaló e interpretó como una resistencia en el análisis no se cedió a las demandas del analizado producidas por el efecto de la transferencia.

Y se trabajó en sesión la transferencia y el supuesto amor que él sentía hasta que finalmente y después de un proceso el paciente pudo comprender que lo que sentía era la repetición de sucesos anteriores, no como algo proveniente del analista.

A lo largo del análisis el paciente finalmente pudo darse cuenta que su pérdida de memoria no fue por origen orgánico si no afectivo y así se pudo trabajar con ello a lo largo de su análisis.

El abordaje e intervención psicoanalítica ayudó a indagar a Ezequiel el origen de sus ideas obsesivas por medio de las asociaciones propias del paciente, para luego interpretar los mecanismos psíquicos inconscientes que están involucrados en la formación de los síntomas, las ideas obsesivas y las repeticiones compulsivas.

Finalmente el paciente pudo experimentar sus emociones sin bloquearlas o reprimirlas, había obtenido más *insight* respecto al significado de sus ideas

obsesivas, con una disminución consecuente de sus miedos y la transferencia se fue disolviendo como un proceso normal terapéutico.

Aunque continuaba con pensamientos obsesivos, fue de forma menos frecuente y mucho menos severa.

Gracias a los efectos terapéuticos Ezequiel se sentía aliviado de sus síntomas, los síntomas se redujeron, se transformaron, hay alivio del padecer sintomático, el sujeto deja de dar consistencia al Otro, se enfrenta con la castración, y logra cambiar su posición respecto de ella.

Se hace un cierre terapéutico y un fin de análisis.

Bibliografía

Bleichmar, Hugo. (1984). "Introducción al estudio de las perversiones. La teoría del Edipo en Freud y Lacan" Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

Chema, Roland. (2002) "Diccionario del psicoanálisis". Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Dor, Joel. (1986) "Introducción a la lectura de Lacan. "El inconsciente estructurado como lenguaje" .Ed. Gedisa, Buenos Aires.

Freud, S.: (1894). "Neuropsicosis de defensa" . En Obras Completas. Tomo III. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1895). "Obsesiones y Fobias su mecanismo psíquico y su etiología". En Obras Completas. Tomo III. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1895) La herencia y la etiología en la neurosis. En Obras Completas. Tomo III. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1896) Nuevas aportaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En Obras Completas. Tomo III. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1900). "Obras completas". Tomo V La interpretación de los sueños. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Freud, S. (1906) "Obras completas". Tomo VII. "Tres ensayos de teoría sexual ". Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Freud, S.: (1903). "El método psicoanalítico de Freud" en Obras Completas, vol. VII, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1986). "Obras completas". Tomo IX. "El esclarecimiento sexual del niño" Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Freud, S.: (1907) Acciones obsesivas y prácticas religiosas. En Obras Completas. Tomo IX. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1908) Carácter y Erotismo Anal. En Obras Completas. Tomo IX. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En Obras Completas. Tomo X. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1912) "Sobre la dinámica de la transferencia". Obras Completas Tomo XII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1912). "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" .Obras Completas Tomo XII. Amorrortu Editores.

Freud, S.: (1912) Sobre los tipos de contracción de neurosis. En Obras Completas. Tomo XII. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1912) Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. En Obras Completas. Tomo XII Amorrortu.

Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, en Obras Completas. Tomo XII. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1913) La predisposición a la neurosis obsesiva. En Obras Completas. Tomo XII. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento en Obras Completas. Tomo XII. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1914) "Recordar, repetir y reelaborar" Obras Completas Tomo XII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914) "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" Obras Completas Tomo XII. Amorrortu Editores.

Freud, S.: (1914) De la historia de una neurosis infantil. En Obras Completas. Tomo XVII. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. En Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S.: (1915). La represión. En Obras completas. Tomo XIV. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1915) Duelo y melancolía. En Obras Completas. Tomo XIV. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1916) Conferencia 17ª. El sentido de los síntomas, en Conferencias de introducción al psicoanálisis. En Obras Completas. Tomo XVI. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1916) Conferencia 25ª. La angustia, en Conferencias de introducción al psicoanálisis. En Obras Completas. Tomo XVI. Ed. Amorrortu..

Freud, S.: (1917) Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular el erotismo anal. En Obras Completas. Tomo XVII. Ed. Amorrortu.

Freud, S.: (1925) Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas. Tomo XX. Ed. Amorrortu.

Henry, Ey: (1989) psicosis y modelo organodinámico

Joel Dor." Estructuras clínicas y psicoanálisis". Amorrortu editores. Buenos Aires. 2000.