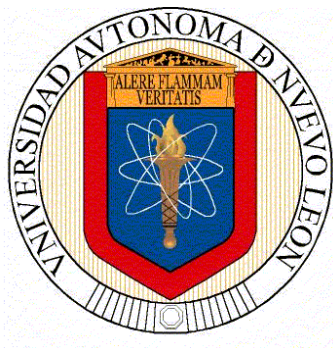


Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Psicología



Tesis

**“VENGO A DECIRTE ALGO QUE NO TE PUEDO CONTAR”
EL PENSAMIENTO MÁGICO Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN
REACTIVA EN UNA ESTRUCTURA NEURÓTICO OBSESIVA**

Presenta

Ernesto Arturo Salcido Berain

**Para obtener el Grado de Maestría en Psicología con Orientación en
Clínica Psicoanalítica**

Monterrey, Nuevo León a 03 de Diciembre de 2014



Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Psicología

Maestría en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica

**“VENGO A DECIRTE ALGO
QUE NO TE PUEDO CONTAR”**

**EL PENSAMIENTO MÁGICO
Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN REACTIVA
EN UNA ESTRUCTURA NEURÓTICO OBSESIVA**

Presenta

Lic. Ernesto Arturo Salcido Berain

Directora

Dra. Edith Gerardina Pompa Guajardo

Monterrey, Nuevo León a 03 de Diciembre de 2014

AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, por apoyarme en todo momento
y enseñarme a ser mejor*

*A mis maestros,
que me acompañaron durante el trayecto*

*Y, a mis pacientes,
porque aunque no lo saben
también enseñan*

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo I	7
Antecedentes	7
Objetivos y Supuestos	12
Justificación	14
Capítulo II	16
Fundamentación Teórica	16
Capítulo III	28
Metodología	28
Técnicas y Estrategias de Intervención	34
Capítulo IV	36
Historial Clínico	36
Resumen General del Caso Clínico	36
Estructura Subjetiva	38
Construcción de Caso	49
Capítulo V	59
Síntesis Clínica y Conclusiones	59
Discusión y Conclusiones Personales	61
Bibliografía	63

RESUMEN

En el presente trabajo se aborda la problemática del individuo que mediante su pensar genera estrategias para no sentirse angustiado con sus actividades cotidianas, sin embargo fracasa en el intento y genera malestar; el proceso de crear consciencia de dicha situación, fue trabajado mediante la confrontación y señalamientos basados en el propio discurso del sujeto del caso para que pueda elaborar de manera consciente la situación en la cual ella misma se coloca sin darse cuenta y sin poder escapar de ella.

Hacer hablar al sujeto del inconsciente es uno de los objetivos del psicoanálisis, sin embargo, la neurosis obsesiva presenta una dificultad adicional, ya que el pensamiento del individuo con esta organización, de ser externado provoca sentimientos de culpa y angustia en el sujeto por lo que cree, según él, que su propio pensamiento es capaz de ocasionar en los demás. En ese sentido, expresar aquello que no se puede decir supone, para el pensamiento del propio sujeto algo que va a impactar la imagen que las personas cercanas tienen del individuo en cuestión

El orden, la terquedad, así como la inteligencia de la misma persona le posibilitan como estrategia el desarrollo de actividades, rituales o formaciones reactivas para mantener oculto sus recuerdos inconscientes que pujan por salir, del mismo modo, el individuo se encargó de generar todos los dispositivos necesarios para no poder ser señalado por sus propias faltas, en ese sentido, el sujeto se convierte en un cauto observador de los errores propios y los hace evidentes para así protegerse de ser juzgado, sin embargo, entre más se esfuerza por esconder los errores personales más evidentes se vuelven en tanto que dichos intentos van tarde o temprano dejan de ser efectivos.

INTRODUCCIÓN

El presente Estudio de Caso aborda la problemática de una Neurosis Obsesiva centrándose en como la ambivalencia y la formación reactiva se conjugan para dar cuenta de la estructura antes mencionada, así mismo la problemática que se genera a partir de estos dos elementos permite dilucidar otros conceptos igualmente importantes en la disposición obsesiva, tales como el deseo y la Ley, en la relación presente de todos estos elementos se pretende esclarecer como el sujeto queda inmerso en una problemática de la cual no puede escapar, así mismo dar cuenta de sus pensamientos posibilita ejemplificar los conceptos antes mencionados

Para tal cometido se hará una reseña histórica sobre los diferentes abordajes y construcciones de la obsesión, partiendo de Freud quien es el principal responsable de la autoría de esta neurosis, esto con el fin de poder clarificar la constitución psíquica del sujeto en cuestión, al mismo tiempo que la relación que mantiene con sus objetos amorosos y demás interventores de su cotidianidad.

A través de la lectura se destacaran las formas de vinculación del individuo considerando sus relaciones interpersonales así como sus ideales futuros, algunos de los cuales a raíz de dicha configuración psíquica serán inalcanzables. Mediante el trabajo clínico realizado con el paciente en un dispositivo analítico que incluye las ventajas y limitaciones que permite la institución, se buscó cumplir con el objetivo de generar cambios en la posición subjetiva del paciente mediante la intervención y técnicas que el dispositivo permite.

Todo esto a través de categorías descriptivas que harán énfasis en momentos específicos del discurso de la paciente y de las intervenciones por parte de la psicoterapeuta, encaminadas éstas a la evolución del caso con un pronóstico favorable.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

La elaboración de este estudio de caso surge como requerimiento para la obtención de un grado académico por medio de una construcción práctica - teórica tomando como referente la concepción psicoanalítica para abordar de un caso particular y reafirmar conceptos abarcados por dicha teoría.

El interés particular por este caso es la relativa facilidad con la que permite leer los rasgos característicos de la neurosis obsesiva, visibles a través de las ideas que surgen detrás de su discurso. El trabajo realizado con dicho caso inicia en septiembre del 2012 en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de U.A.N.L. Manteniendo una frecuencia de una sesión semanal Este proceso se ha dado en colaboración con un supervisor que ha dado claridad sobre los conflictos que se presentan en las sesiones.

Uno de los motivos que me llevan a tratar este caso es una constante que aparece dentro del encuadre de las sesiones. Se manifiesta en su relato ante diferentes situaciones en las que se involucren otras personas hay una devaluación frecuente a estos sujetos, conocidos o desconocidos y que se ha estado presentando como dificultad en su vida cotidiana.

Para hablar de obsesión hay que remitirnos a la raíz, el término proviene del latín *obsessionis*, derivado de *obsidere* (asediar) y de *sedere* (sentar) y que el diccionario define como : idea, preocupación o deseo que alguien no puede apartar de la mente,

Este término es utilizado por primera vez por Jules Falret, (1851) psiquiatra francés que agrega dos categorías más, a las ya descritas hasta ese momento: hipocondría moral y locura de duda.

Analizando el mecanismo psicológico de las obsesiones pudo reunirlos en una afección psiconeurótica tomando en cuenta síntomas descritos desde hace mucho tiempo pero relacionados con cuadros nosográficos muy distintos

Las particularidades en personas que comparten tres rasgos de carácter, son ordenadas, ahorrativas y pertinaces, cada uno de estos términos incluye similitudes entre sí. El orden incluye el aseo corporal, la limpieza y el cumplimiento de pequeñas obligaciones y formalidades, siendo lo contrario el descuido o lo desordenado. Por su parte, el carácter ahorrativo parece ligado a la avaricia. La terquedad acaba en el desafío que por su parte tiene inclinación a la ira y la manía de venganza. Estas tres características son propias del obsesivo y entre ellas se cooperan. Freud (1908)

La zona erógena anal es universalmente empleada por la educación para quebrantar la terquedad del niño, para volverlo obediente. Investigando a profundidad la neurosis de la mujer no es raro toparse con el deseo reprimido de poseer un pene como el varón, que en sí mismo es muchas veces consecuencia de una fuerte disposición masculina, ha reactivado este deseo infantil y lo ha hecho convertirse por el reflujo de la libido en el principal portador de los síntomas neuróticos. Freud (1917). Sin embargo en otras mujeres el lugar que ocupa el deseo del pene no aparece y entra en cambio el deseo de tener un hijo, cuya frustración en su vida puede desencadenar la neurosis

Cuando la investigación sexual del niño lo ha puesto en conocimiento de la falta del pene en la mujer, el pene es discernido como algo separable del cuerpo y entra en analogía con la caca, que fue el primer trozo de lo corporal al que se debió renunciar.

Freud dijo “la neurosis obsesiva consiste esencialmente en una pregunta que el ser le plantea al sujeto. La pregunta que constituye la neurosis obsesiva tiene que ver con la contingencia de la propia existencia”; es la pregunta sobre la Muerte que puede formularse como ¿Ser o no ser? ¿Estoy muerto o vivo? La Respuesta del obsesivo es trabajar para justificar su existencia, lo que también da testimonio de la especial carga de culpa que el obsesivo experimenta.

El carácter perfeccionista puede explicarse por medio del mecanismo de la formación reactiva que como se lee en “Tres ensayos para una teoría sexual” (1905) existen fuerzas psíquicas opuestas que surgen a fin de suprimir sensaciones incómodas, mediante el accionamiento de la repugnancia, la modestia y la moralidad. Su interpretación plantea que el impulso de manchar durante la etapa anal sádica del desarrollo del niño es rechazado mediante la repugnancia, lo que induce a una excesiva preocupación por la limpieza. La consideración de la personalidad obsesiva sugiere que la formación reactiva no es solo una cuestión de encubrimiento de una cosa con la contraria, sino una distracción de la conciencia de ciertos impulsos mediante actividades contrarias. Aunque no sea exactamente una cuestión de que la acción normalmente aprobada sirva para distraer a la persona de la conciencia de la sexualidad y rebeldía airada, podemos afirmar que es la intención, es decir, la disposición de la acción lo que cumple la función de reprimir las emociones.

La formación reactiva tanto genera ira como supone una defensa contra su reconocimiento, además de constituir el mecanismo subyacente al perfeccionismo, la moralidad, la benevolencia consciente, la crítica bien intencionada, la ética antihedonista del trabajo duro, etc.

La Planche (1996) define la formación reactiva como una actitud psicológica de sentido opuesto al deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra este. En términos económicos la formación reactiva es una contracatexis de un elemento consciente, de fuerza igual y dirección opuesta a la catexis inconsciente. Pueden adquirir valor de síntoma por lo que representan de rígido, de forzado, de compulsivo por sus fracasos accidentales, y por el hecho de que a veces conducen directamente al resultado opuesto al que conscientemente se busca.

La neurosis obsesiva en su forma típica como el conflicto psíquico se expresa por los síntomas llamados compulsivos, ideas obsesivas, compulsión a realizar actos indeseables, la lucha contra estos pensamientos y tendencias, actos ritualizados, un pensamiento caracterizado por la rumiación mental, la duda, los escrúpulos y que conduce a inhibiciones del pensamiento y de la acción. Laplanche y Pontalis (1996)

Fenoménicamente, la neurosis obsesiva se definiría como tal por la presencia de tres elementos: representaciones o ideas obsesivas, acciones obsesivas y rituales. Sin embargo, es útil recordar que la emergencia de estos síntomas va generando una alteración del pensamiento verbal progresivamente limitante (Marucco, 1998).

Las obsesiones pueden definirse por la entrada del pensamiento en un campo de la conciencia, de una imagen parasitaria que se impone al yo y evoluciona junto a él sin que éste la reconozca como suya, lo que lleva al sujeto a luchar con ansiedad en contra de este fenómeno que aparece en contra de la propia voluntad. Cohen (2000).

Para hacer frente a estos pensamientos el paciente recurre a conductas compulsivas o ritos que pueden ser de carácter cómico o absurdo sin embargo son ejecutados de forma repetitiva e imperiosa según el ceremonial determinado individualmente. Por otra parte la formación reactiva como mecanismo defensivo puede hacer frente a los pensamientos parásitos mediante una reacción en contra u oposición directa con la realización del deseo. Se presenta en una lucha dolorosa donde es remplazado por un síntoma que aparece de forma similar a un rasgo de la personalidad, es decir, permite excluir de la conciencia la representación sexual y la sensación de reproche que está unida a ella, para sustituirla por una virtud moral excesiva.

En el caso de la neurosis obsesiva, que es “un asunto privado de enfermo. El síntoma y el lugar del goce aparece en él como divorciados, incomunicados el uno respecto del otro, y cuando uno y otro se aproximan en las asociaciones emerge una angustia que contrasta con la bella indiferencia de la histérica. El síntoma obsesivo no enlaza los cuerpos, mas bien los aísla. (Lombardi 2006)

En principio cómo las ideas obsesivas insensatas, absurdas, implican una actividad intelectual intensa que agota al sujeto, el que se siente obligado a cavilar alrededor de esas ideas como si fueran las cosas más importantes del mundo, van convirtiendo al obsesivo poco a poco en un siervo de su pensamiento (Delgado 2013)

OBJETIVO GENERAL

- Analizar el impacto que la formación reactiva tiene en el pensamiento mágico encontrado en el discurso de un paciente con neurosis obsesiva

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la formación reactiva y su relación con el pensamiento mágico.
- Entender como esta forma de pensar lleva al sujeto a formar comportamientos rutinarios.
- Analizar la ambivalencia en las relaciones afectivas del paciente.

SUPUESTOS

- El pensamiento omnipotente característico del obsesivo desencadena sentimientos de culpabilidad, generando relaciones amor - odio en el individuo.
- La formación reactiva se presenta en la neurosis obsesiva como una compensación a pensamientos rumiantes que necesitan imperantemente un medio para reparar tales ideas.

LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Aunque se retoman características generales de la neurosis obsesiva no podemos dejar de tener en cuenta que el caso en cuestión es singular, y en ese sentido hay particularidades que podrán no estar presentes en algún otro, de la misma manera los conocimientos adquiridos pueden quedar también como aspectos singulares y no ser posibles de aplicar en otro caso.

El contexto institucional dentro del cual se trabajó en el análisis llegó a presentar complicaciones, sobre todo en lo referente a disponibilidad de cubículos, ya que en 4 ocasiones fue necesario mover el día para que pudiera acomodarse a los horarios del paciente o suspender la sesión de la semana y perturbar el encuadre establecido.

Debido a la misma estructura de la paciente ella llegaba a las sesiones con un discurso ya estructurado, comentó que pensaba desde antes las cosas que iba a decir y llegó a escribirlas. Durante las sesiones se le señaló que era importante que no preparara su discurso a lo que respondió afirmativamente pero transcurrieron algunas semanas antes de que pudiera hacerlo.

JUSTIFICACIÓN

Para fines diagnósticos la neurosis obsesiva ha sido caracterizada por una serie de síntomas ya descritos y estudiados por otros autores en numerosas ocasiones, haciendo aparentemente muy sencilla la tarea de determinar si un caso presenta esta estructura o no. Sin embargo cuando estos elementos no se presentan tan reconocibles habrá que recurrir a los pequeños datos que dejan ver las diferencias estructurales. Estos elementos considero podemos encontrarlos en investigaciones de este tipo, me refiero a los casos no famosos, estudiados y retomados por muchos psicoanalistas. Dicho lo anterior, parece que nuestra formación es a partir de los síntomas de unos cuantos casos, que si bien están presentes en una estructura como tal, no significa que sean los únicos.

La descripción de los cuadros obsesivos y los textos que se utilizaron en la realización de esta investigación ya cuentan con muchos años de existir, sin exagerar ya podemos hablar de los clásicos en psicoanálisis, artículos y autores que con frecuencia se retoman para estudiar y encontrar las características que estructura una u otra nosografía. Sin embargo, la misma antigüedad de la teoría presenta un sesgo dado la rapidez con que se presentan los cambios socioculturales y en medios de comunicación que funcionan como fenómeno en algunos de los elementos de las neurosis actuales.

En ese sentido espero mi investigación pueda aportar con suerte algunas respuestas a nuevos elementos presentes en la neurosis particular de este caso, que desde su subjetividad en cuanto a la aparición de los síntomas puede relacionarse a otros

cuadros ya descritos bajo el mismo diagnóstico y estar ausente en algunos más. Sin embargo, considero lo importante será generar más preguntas que permitan continuar investigado las “neurosis actuales” que como tal considero un tema inacabable.

El estudio de un caso y su seguimiento sistemático documentado, es una metodología asentada, de raíz histórica académica en la medicina, utilizada por Freud para ejemplificar sus hipótesis psicoanalíticas. (Bodni, 2006)

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Las personas que realizan actos obsesivos o desarrollan un ceremonial pertenecen, junto con aquellas que sufren de representaciones o impulsos obsesivos, a una unidad clínica especial, designada habitualmente con el nombre de neurosis obsesiva. Mas no ha de pretenderse derivar de tal denominación la peculiaridad de esta dolencia., pues en rigor también otros distintivos fenómenos psicopatológicos presentan el llamado carácter obsesivo (Freud 1907). En el presente estudio de caso se pretende ilustrar entre otros elementos, las características de los sujetos que si están incluidos bajo la neurosis mencionada.

La expresión “carácter anal” surge de una serie de características de la personalidad que por su contenido están directamente relacionadas con la etapa anal del desarrollo psicosexual. Freud (1908) designa tres rasgos en común entre sujetos que generan una formación reactiva durante su paso por dicha etapa, la terquedad el orden y la limpieza, llegando hasta la avaricia y al autoritarismo inflexible.

Desde el punto de vista de la psiquiatría el carácter obsesivo está formado de psicastenia, de el sistema compulsivo y del carácter anal. La psicastenia es una forma de cansancio somático provocado a raíz de factores psicológicos, la astenia, proviene de la lucha interior, intensa y agotadora que lleva el sujeto entre la duda e imposibilidad de decidirse sobre nada, la astenia se convierte entonces en la incapacidad de actuar.

El carácter anal que describe Freud en 1908 se define por la preocupación excesiva por el orden, la limpieza, el ahorro al punto de avaricia y la terquedad o autoritarismo inflexible, estos rasgos proceden de las formaciones reactivas que se levantan contra las pulsiones anales y las actividades erótica derivadas, así como de la sublimación de estas actividades.

Los rasgos de carácter anal se forman en la infancia a partir de la educación sobre la limpieza y los conflictos de que ahí derivan, presentando cualidades de resistencia y de obediencia frente a las exigencias del entorno de controlar sus funciones excretoras, estas dos tendencias producen la tensión de la que derivan los rasgos de carácter. El orden es una elaboración de la obediencia y la terquedad es una elaboración con respecto de las exigencias exteriores. Si el cuadro obsesivo empeora encontraremos aquí el origen de los actos ceremoniales y obsesivos que nacen en parte como defensa contra la tentación y en parte como protección contra la desgracia esperada, cuando los actos protectores dejan de ser suficientes entonces surgen las prohibiciones encaminadas a alejar la situación en que la tentación se produce. Vemos pues, que las prohibiciones constituyen a los actos obsesivos del mismo modo que una fobia esta destinada a evitar al sujeto un ataque histérico. (Freud 1907)

Otra de las armas del obsesivo es la formación reactiva es un mecanismo psíquico constitutivo de la neurosis obsesiva que aparece desde los artículos mas tempranos de Freud, compuesto por sentimientos opuestos, esta un deseo reprimido y algo que se constituye como reacción contra este, una oposición directa de la realización de

deseo, es decir, es una lucha constante contra la representación intolerable o dolorosa que es reemplazada por un síntoma que actúa como defensa, o en su caso un contra-síntoma. El origen de estos rasgos es contradecir la actividad sexual de la infancia practicada por el sujeto, el éxito de la formación reactiva radica en que permite excluir de la conciencia la representación sexual y la sensación de reproche que la acompaña para sustituirla por una virtud moral que además es consciente.

Desde el punto de vista clínico las formaciones reactivas toman su valor sintomático de su fuerza y de su aspecto compulsivo sobre todo en la neurosis obsesiva, lo que puede producir un resultado opuesto a lo que se deseaba conscientemente y entonces la formación reactiva se convierte en el retorno de lo reprimido, esta aparece contra la pulsión, se puede ver en ella el elemento contra el cual el sujeto se defiende.

En la neurosis obsesiva el Yo lucha contra lo reprimido dado de que el Ello busca satisfacerse, busca obtener y destruir el objeto de deseo, mientras que el Superyó vencido por la regresión sádica que afecta a la libido comanda al Yo a modificarse por medio de la formación reactiva la cual a la vez que un mecanismo de defensa que procura evitar el surgimiento de nuevos síntomas, es un síntoma en si mismo pero que constituye también un rasgo característico del sujeto relativamente integrado al Yo.

La función del Súper Yo en esta estructura, tal cual fue descrita Freud (1923) en su segunda teoría del aparato psíquico: se compara con un juez censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyó. Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones

parentales. Entonces el Superyó estará mediando con las demandas de la pulsión a través de los actos ceremoniales o prohibiciones, teniendo como objetivo que la pulsión no tenga forma de salir y generar angustia para el individuo, en consecuencia esta instancia aparece como inflexible y punitiva, en la medida que prohíbe también castiga al sujeto y lo constituye como alguien que está siempre dentro de los límites de la moral y las buenas costumbres, al menos eso es lo observado desde el exterior.

El tironeo que se hace presente en el obsesivo frente a la ambivalencia que presenta ante la Ley del padre va se refleja en su capacidad de gozar, por una parte quiere confrontar esa Ley mediante la transgresión, sin embargo la idea misma arrastra al sujeto con sentimientos de culpa por los mismos impulsos libidinales del los cuales es presa, es decir, quiere gozar al mismo tiempo que no quiere. En este caso particular la ambivalencia se muestra en sus relaciones afectivas, al tiempo que presenta en su decir relaciones muy solidas, los afectos son escasos. Hay una presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto, sentimientos opuestos, especialmente amor y odio (La Planche 1996).

Otro de los rasgos que definen al obsesivo es la formación reactiva que define Laplanche (1996) es una actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste (por ejemplo, pudor que se opone a tendencias exhibicionistas). En términos económicos, la formación reactiva es una contracatexis de un elemento consciente, de fuerza igual y dirección opuesta a la

catexis inconsciente. Dentro del cuadro clínico de la neurosis obsesiva las defensas “reactivas” subrayan el hecho de que se hallan directamente en oposición con la realización del deseo, tanto por su significación como desde el punto de vista económico-dinámico.

El hecho de que la sintomatología de la neurosis obsesiva surja en el periodo de latencia inevitablemente lleva a vincular esta patología con los condicionamientos culturales. Si en la neurosis obsesiva existe una regresión a la etapa sádico-anal con ideas moralizadoras es claro que la restricción de la satisfacción pulsional anal en el sujeto, aparece impuesta por un deseo “materno” obediente a un mandato de la cultura, incluyendo al orden y la limpieza por ejemplo. (Marucco 1998)

Durante su desarrollo, el pensamiento del neurótico obsesivo se ve empobrecido por las energías que le demandan sus cada vez más complejos mecanismos de defensa. Ocurre que el neurótico obsesivo ante la desmentida de la castración materna, o de la muerte del padre, queda escindido. Entonces, progresivamente, ante esta escisión de la personalidad psíquica, esa parte de su pensamiento primitivo, mágico, anal, va “infiltrando” el pensamiento que surge de su corriente psíquica normal. Por eso es que el pensar obsesivo incluye actos que “toma prestados” de una producción cultural como es la religión. Entonces aparecerán las penitencias frente a las tentaciones, y cuando estas no alcanzan, los rituales, las prohibiciones, hasta llegar a las fobias, los delirios, etc.

El superyó se torna mucho más cruel, y el neurótico obsesivo termina haciendo una “idealización” de la certeza, entonces aquellas dudas, ancladas en algún fragmento de verdad histórica (la duda de la filiación paterna, la ambivalencia, la duración de la vida, etc.) quedan borradas por una certeza limitante para su capacidad de desear (Marucco 1998). Al llegar a este punto el obsesivo se convierte en un seguidor de la religión o de las practicas ritualizadas que puedan favorecerlo para lidiar con la angustia

En la obsesión, adicional a la formación reactiva, aparece el desplazamiento, que traslada la conflictiva que aparece de los pequeños detalles (Cohen, 2000). Los pacientes se preocupan por pequeñas cosas, aparentemente insignificantes, que van adquiriendo progresivamente importancia y provocan conductas obsesivas desmesuradamente respecto a la realidad objetiva. Sin embargo estos pequeños detalles representan cosas importantes, ahí reside la función del desplazamiento.

Para hablar de la formación del obsesivo hay que comenzar con su desarrollo infantil, durante el cual el sujeto queda inscrito en el deseo de insatisfacción de la madre, manteniendo con ella una relación dual en un fondo de investiduras eróticas que sustentan esta relación. Dor (2006)

Además, en la relación madre – hijo el goce se presenta como inevitable para el pequeño, así mismo el desfallecimiento de la satisfacción del deseo matero se vuelve predeterminante.

En la neurosis obsesiva el tema de la seducción aparece como reproches disfrazados que el sujeto dirige a si mismo en relación a una actividad sexual infantil productora de placer. El desfallecimiento de la satisfacción del deseo materno precozmente significado al niño va a inducir a su respecto, una vivencia psíquica singular experimentada en el modo de la seducción. Presentándose la madre como quien despierta y mantiene al niño en el registro de su goce libidinal. De esta manera el niño ya no tendrá la opción de gozar sin sentirse parte activa en un goce privilegiado de la madre. En este sentido la seducción erótica materna constituye un llamado a la suplencia de su insatisfacción, que trae como consecuencia un apresamiento prematuro causado por la madre, evitando que el sujeto mediatice su deseo por él mismo. Permaneciendo prisionero del deseo insatisfecho de la madre. El deseo se separa de la necesidad para entrar en el terreno de la demanda, llevando un sello imperativo de la necesidad.

Durante el desarrollo infantil del obsesivo a diferencia del histérico este debió sentirse demasiado amado por su madre, a menudo el obsesivo habla de si como un sujeto que fue particularmente investido como el objeto privilegiado como del deseo materno, de ahí surge la frase – el obsesivo es un nostálgico del ser – y la nostalgia se encuentra en el recuerdo de un modo particular de relación que el obsesivo mantuvo con su madre.

Ese lugar despierta en el niño una investidura precoz que consiste en constituirse como el objeto ante el cual la madre encuentra lo que supuestamente no logra encontrar con

el padre, lo que puede permitir que el sujeto se instale imaginariamente en un dispositivo de suplencia para la satisfacción del deseo materno, este es un punto crucial para la determinación de la estructura obsesiva (Dor 2006)

El niño percibe que la madre es dependiente del padre desde el punto de vista de su deseo, sin embargo parece que ella no recibiera en su totalidad lo que supuestamente espera del padre, esto deja un hueco, un faltante en la satisfacción materna que induce al espectador a su corta edad la posibilidad de posicionarse en un lugar que le permita suplir ese deseo.

De esta forma el deseo obsesivo implica por un lado la marca de la necesidad y por el otro se presenta con la omnipotencia necesaria para cumplir el deseo. Su imposibilidad de demandar lo conduce a tener que aceptarlo todo, padecerlo todo.

Ligado a esta serie de características que estructura al sujeto desde su infancia nos vemos a encontrar que la neurosis obsesiva en su sintomatología puede descomponerse en dos categorías, Dor (2006) por una parte las obsesiones y las conductas compulsivas y rituales por la otra. Las obsesiones se definen por la entrada en el campo de la conciencia de un pensamiento parasitario que se impone al yo y evoluciona junto a él sin que este lo reconozca como suya, es decir, un pensamiento o imagen mental invade de forma constante la conciencia del propio sujeto generándole una duda repetitiva sobre temas triviales, ante la cual él tendrá que defenderse por ser provocadora de angustia.

Queda entonces el obsesivo por un lado confrontado por la ley paterna y por el otro por el mensaje de insatisfacción materna parcial, ella intentará encontrar en el hijo un complemento posible, en ese sentido el obsesivo mantiene la convicción de un amor privilegiado. La suplencia de deseo constituye una incitación a la persistencia de la identificación fálica, en la que además impera la ley del padre que se inscribe por referencia del discurso materno, por ello existe en el obsesivo un juego constante entre el retorno regresivo y la obediencia a la ley.

El obsesivo no puede perder, la negociación mental que resulta de los problemas a los que se enfrenta le invaden todos los niveles de la vida cotidiana, así como en la infancia intenta constituirse como un todo para el otro, de la misma forma debe ser capaz de controlarlo todo y de forma que nada pueda escapar a su control, que no pueda perder, cuando algo escapa de su dominio es entonces que queda enfrentado a su propia castración, en tanto superar la castración significa intentar recuperar ese estatuto fálico junto a la madre, por su parte la ley del padre permanece siempre presente en el deseo obsesivo, por lo que la culpabilidad es irremediable. La rivalidad que surge con la figura paterna es un intento para reemplazarlo, de ahí la necesidad imperativa de matarlo para ocupar su lugar ante la madre (Dor 2006)

El sentido de la competitividad y la rivalidad que existe en el obsesivo es dirigido a encontrar un amo, es preciso que este Amo siga siéndolo hasta el final, esforzarse por obtener la seguridad de que ese lugar es insuplantable, mientras el Amo siga ahí puede

continuar prohibiendo la erotización incestuosa de la relación con la madre de la cual el obsesivo es prisionero.

El exceso de amor que testimonian todos los sujetos obsesivos se origina en ese dispositivo donde la seducción erótica ejercida por la madre constituye un llamado a la suplencia de la insatisfacción, que induce en él una pasividad sexual (Dor 2006). Puede aparecer la fantasía de ser seducido por una mujer sin haber hecho nada mostrando una disposición pasiva al goce, a la excitación sexual lo que constituye una de las conductas más notables de esta estructura. Tal limitación de los afectos será evidente para el espectador en la forma de relacionarse con los seres amados y auto reproches que dan lugar a la queja obsesiva, cabe mencionar que la queja queda sostenida precisamente por esta pasividad al goce, su deseo no fue mediado por sí mismo ya que el apresamiento materno le impide sentir la insatisfacción que habría permitido que él mismo mediara su deseo. Queda entonces atrapado en el recuerdo de la experiencia de placer privilegiada que experimentaba con la madre.

Las más de las veces la transgresión a la Ley dice Dor (2006) se realiza bajo el aspecto de su contrario, siendo entonces que puede aparentar un enorme rigor moral y una ética incuestionable, al momento que en su interior es saturado por pensamientos hostiles y destructivos del objeto. D

Retomando la problemática del goce, como se menciona anteriormente el sujeto está en todo y nada, puede sacrificarlo todo, pero no acepta perder nada, esa es la estrategia deseante del obsesivo, que gira esencialmente en torno a la cuestión del goce del otro, ante el cual lo más conveniente es controlar todo, es decir hacer como

si todos os dignos exteriores no existieran, entonces, para que nada se mueva, el deseo debe de estar muerto.

La problemática de la pérdida es tan central en la lógica del obsesivo porque remite precisamente a la falta, evitar enfrentarse a la cuestión de la falta es exactamente neutralizar el deseo de cierta manera, en tanto no hay deseo no se pone en evidencia la falta, si “nada” falta y nada se mueve entonces no hay angustia. El objetivo de la neutralización será ocupar el lugar del muerto, para ser amable y amado el objeto ha de hacerse el muerto, esto permite que el deseo del obsesivo no tropiece, dado que su deseo es el deseo del otro, si este deseo del otro está muerto el sujeto puede permanecer tranquilo. (Dor 2006) El imperativo consiste en que el otro no debe demandar nada, si demanda es porque desea, si desea es porque hay insatisfacción, y la insatisfacción aparece porque el individuo es incapaz de satisfacer el deseo dado que esa posibilidad lo remite a su propia castración.

La regla fundamental del psicoanálisis ordena al obsesivo asociar libremente, pero él solo puede relatar, atar semánticamente los significantes, aislarlo del contacto genuino que resulta camuflado por los procedimientos de significación. La acción del analista consiste en impulsarlo, mediante el corte y la interpretación, a asociar más libremente, incitarlo a la histerización. En el lazo social analítico el síntoma es invitado a presentarse en la dimensión del cuerpo a cuerpo (Lombardi 2006). Mientras que el obsesivo trae solamente un relato, su cuerpo queda aislado, no es asociación que libere las posibilidades simbólicas del cuerpo. Y el síntoma continua intacto,

literalmente. Sea que lo cultive o que lo olvide, que lo exhiba o que lo oculte, el cuerpo del obsesivo permanece entonces en lo imaginario, a distancia de la juntura entre simbólico y real, e que se desarrolla la verdadera dialéctica analítica, la que puede incidir efectivamente en el síntoma.

No puede hacer frente a su propia castración por tanto le es imposible aceptar sus propias faltas, esta imposibilidad lo lleva a demás a ser incapaz de funcionar adecuadamente en el análisis, en tanto que no puede seguir una asociación, un discurso libre porque sería asomarlo con la propia falta de la que tanto se esfuerza en huir.

Para Delgado (2013) lo que Freud describe como esencial respecto al obsesivo es cuando él descubre que cuando el sujeto capta que su síntoma alcanza el triunfo es cuando se une a la prohibición con la satisfacción de modo tal que lo que fue originariamente un mandamiento defensivo o una prohibición adquieren la dimensión de satisfacción. La satisfacción sustitutiva es tan buena como la original, si pudiera llamarse así. Lo que es evidente es que para la satisfacción libidinal no importa cuál objeto, se obtiene igualmente. Freud hace cierta distinción entre la fenomenología del síntoma y su verdad, ya que la primera impone la presencia del sufrimiento, mientras que en la otra se verifica la satisfacción libidinal que el síntoma da al sujeto. Habrá que captar la relación de la satisfacción libidinal y el cuerpo.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

“Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. La tarea del fenomenólogo y de nosotros, estudiosos de la metodología cualitativa, es aprehender este proceso de interpretación. Como lo hemos subrayado, el fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas”. Taylor y Bogdan, (2000). Para poder dar respuesta a estas interrogantes es necesario que podamos definir primero un objeto de estudio y una manera de abordaje, que queremos encontrar con la realización de este proceso de interpretación y construcción además de delimitar desde que marco teórico habrá de realizarse.

Como parte de la intervención psicoanalítica, la metodología que se utiliza tanto para la recopilación como para la presentación de datos, es la cualitativa, la cual “consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos” (Martínez, 2006). A diferencia de otros tipos de investigación, la metodología cualitativa da una perspectiva más amplia, permite que el investigador vea la totalidad del contexto y las personas que en él se desenvuelven, el

individuo no es estudiado a partir de una serie de variables, si no como un todo que está sujeto a un medio determinado pero cambiante

Michels (1998) define el Estudio de Caso como una interpretación que “debería ser una narrativa de lo sucedido ilustrado con viñetas más que con iteraciones textuales, que no obstante ponen atención a detalles minúsculos e incluyen diálogos literales. Debe dar cuenta del analista, del proceso psicoanalítico, la audiencia y de las intenciones del analista al escribir el reporte del caso”. En ese sentido, el objetivo de realizar una investigación consiste en dar cuenta y replicar algunos de los fenómenos que existen desde la postura psicoanalítica siendo consciente de la individualidad y subjetividad de cada persona, en este caso, objeto de estudio.

Dicho lo anterior, queda entendido que más que construir un conocimiento nuevo, el estudio de caso que resulta posible a través de esta metodología permite dar cuenta de los fenómenos que describe el psicoanálisis, así como el cambio generacional y cultural que ellos se va gestando, dar cuenta de cómo un elemento, un concepto teórico puede estar configurado de un sin número de maneras para dar cuenta de síntomas que si bien pueden presentarse en otros sujetos nunca son iguales, es de esta forma que puede enriquecerse la teoría psicoanalítica y seguir aportando a la subjetividad que la caracteriza.

Toda línea de investigación tiene elementos que serán tomados como punto de partida, en nuestro caso lo considerado para la intervención clínica son las construcciones teóricas que comprenden el dispositivo analítico (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia), el encuadre analítico (horarios, frecuencias por semana,

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

Dispositivo analítico. (Invariables del método)

- **Asociación libre**

Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea, tiene por objeto poner en evidencia un orden del inconsciente

- **Atención parejamente Flotante**

Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado, sin, conceder privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado.

- **Neutralidad**

Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser *neutral* en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de

todo consejo; *neutra!* con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

- **Abstinencia**

Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

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

- **Horarios.** Jueves, 7:00 pm.
- **Frecuencias por semana.** Una sesión por semana.
- **Tiempo de la sesión.** 45 minutos.
- **Honorarios.** \$70.00 por sesión.
- **Posición.** Paciente recostada en el Diván

Proceso Analítico (producto del dispositivo y encuadre)

- **Transferencia.** Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un

determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

- **Resistencia.** Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente.
- **Elaboración.** Término utilizado por Freud para designar, en diversos contextos, el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. La elaboración psíquica consiste en una transformación de la cantidad de energía, que permite controlarla, derivándola o ligándola.
- **Intervención.** Se refiere a las conductas, verbales o no verbales, de parte del analista en respuesta al discurso del paciente. Las intervenciones se realizan dentro del proceso analítico con la finalidad de llegar al inconsciente del analizado.

El modelo de intervención tiene como basamento los elementos surgidos del proceso analítico mismo que desde esta perspectiva, producen la información como resultado de la interacción sucedida en el tratamiento psicoanalítico. Por lo tanto los procedimientos llevados a cabo tienen como objeto describir las condiciones materiales que permiten la instauración de la intervención clínica, es por eso que para estos fines se han establecido los siguientes elementos:

- **Método de la asociación libre:** que la paciente hable de todo lo que se le ocurra apeándose a la regla de asociación libre, antes descrita.
- **Formas de intervención:** señalamientos, confrontaciones e interpretaciones.
- **Frecuencias por semana:** Una sesión por semana.
- **Honorarios:** \$70.00 por sesión.
- **Tiempo:** 45 minutos.
- **Condiciones institucionales:** proceso realizado cara a cara durante las dos primeras sesiones y posteriormente en diván, dentro de un cubículo, ubicado en el segundo piso de la Unidad de Servicios Psicológicos. cuidando, en la medida de lo posible, cambio alguno.

TECNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

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

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

Instrumentos para recabar información.

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

Instrumentos de concientización.

- **Interpretación.** Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.
- **Señalamientos.** Tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en su discurso, observe y sea capaz de brindar mayor información. (Etchegoyen, 1986).
- **Confrontación.** Dirige la atención del paciente hacia puntos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas. (Etchegoyen, 1986).
- **Construcción.** Término propuesto por Freud para designar una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstituir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto.

CAPITULO IV

HISTORIAL CLÍNICO

Resumen General del Caso Clínico

El Presente estudio de caso está basado en la problemática de una paciente de sexo femenino de 22 años al llegar a tratamiento, próxima concluir una licenciatura, es de complexión media, tez morena y cabello ondulado a media espalda sin mucho arreglo, por lo regular viste con pantalón de mezclilla, blusas y tenis, está involucrada en numerosas actividades extracurriculares, como deportes, idiomas, un grupo religioso además de las exigencias propias de su licenciatura y su trabajo, dichos compromisos son frecuentemente utilizados como pretexto para hacer cambios en el día u hora de la sesión.

Desde los primeros momentos se manifestaba su renuencia a hablar sobre temas personales, adoptando posiciones defensivas decía ella: prefiero que me preguntes, dime qué quieres que te diga, etc.

Cuando habla sobre su familia da pocos datos, comenta que con su madre tiene una buena relación, pero que su papá es una persona distante y que esta mucho tiempo ocupado por su trabajo, tiene un hermano un año menor estudiante también de licenciatura, con él tiene conflictos, usualmente están discutiendo, a él no le llaman la

atención por cosas que a mi paciente si como tener su cuarto recogido y en orden lo cual la disgusta mucho con los padres.

Motivo de Consulta

Manifiesta como su anhelo una necesidad de saber todo, además de ser mejor que los compañeros en las actividades que desempeña, dice que le resulta muy frustrante que alguien sepa más cosas que ella o que la dejen callada, ya sea porque no tiene una respuesta directa a lo que le están preguntando o porque el otro supo argumentar mejor.

Demanda de tratamiento

La demanda de tratamiento consiste en encontrar formas de cambiar su manera de pensar para poder dejar de tener que controlarlo todo bajo las pautas que ella misma establece y que no le permiten actuar de manera distinta a lo que tiene aprendido, aunado a esto desea comprender porque piensa de tal manera y porque esta imposibilitada de hacerlo de forma diferente.

Sintomatología Actual

Las manifestaciones sintomáticas aparecen en su pensamiento, cuando alguien se opone a hacer lo que ella quiere y no son capaces de darle una razón piensa para si que tal persona nunca va a salir de la posición en la que esta y que nunca llegará a ser

alguien. No tolera que otras personas del mismo nivel, (jerárquico) sean mejor que ella en las actividades que realiza ni que ella sea mejor que los superiores. Ella se ve obligada a hacer todos los requerimientos solicitados por sus actividades, pensando que lo que le fue encargado a alguien más ella lo tiene que revisar y volver a hacer, porque está mal. Quiere encontrar la manera para no estresarse, conocer una técnica o una herramienta que le permita estar relajada.

Impresión diagnóstica

La paciente es diagnosticada con una personalidad de tipo Neurótica y rasgos Obsesivos.

ESTRUCTURA SUBJETIVA

Contexto Familiar

El grupo familiar de la paciente está conformado por ambos padres, los dos laboran, el padre en una empresa y la madre es empleada en un organismo gubernamental, y un hermano un año menor estudiante de licenciatura, en una facultad cercana a la paciente. El ambiente familiar es conflictivo, por comentarios se percibe que muchas cosas se dan por sentadas y que las quejas de los padres son externadas con suma importancia mientras que ambos hijos prefieren callarlas en especial la paciente a fin de no parecer mal agradecida, los padres sin ser muy intrusivos están pendiente de los hijos, conocen sus horarios y actividades, ella refiere que solo hay un carro, es del

padre y lo utiliza para ir a su trabajo, los demás deben desplazarse en transporte público, ocasionalmente el hermano puede utilizar dicho vehículo.

El espacio donde viven es una casa de dos plantas ubicada relativamente cerca del lugar donde labora el padre, no así para las demás actividades de los otros integrantes de la familia quienes tienen que recorrer mayor distancia. Los padres tienen una habitación y cada hijo tiene la suya, refiere ella, que su habitación es estrecha lo cual le implica tener cosas personales como ropa en la cama con frecuencia pues no puede dejarle en otro lugar mientras la acomoda, sin embargo intenta tener su cuarto tan ordenado como le es posible, ella comenta que le gusta tener su espacio con sus cosas siempre en su lugar, además así se evita regaños por parte de su papá.

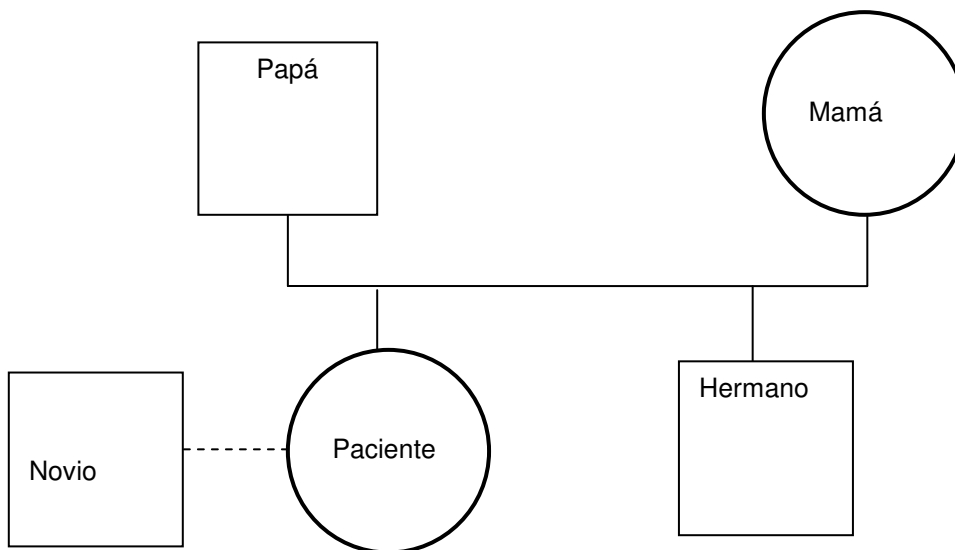
A lo largo de las sesiones se fue construyendo con pocos datos a la vez la relación que tenía con cada uno de los integrantes de su familia, con la madre presenta una relación de mucho afecto y cercanía, sin embargo constantemente la describe como una persona muy demandante en lo emocional y que requiere ciertas atenciones especiales, (lo explicaré más adelante) que llegan a interferir con las actividades y compromisos de la paciente ocasionando enojos y frustraciones.

Su hermano es descrito como el opuesto a ella, como un sujeto desorganizado que no hace caso a los padres y con quien tiene discusiones de manera frecuente, a veces por conflictos entre ellos dos, otras ocasiones porque ella nota favoritismos de parte de los padres, al mismo tiempo el hermano es con quien forma la mayoría de sus alianzas

El padre aparece como una figura distante, con quien se tiene poca conversaciones y las que hay son sobre temas académicos en su mayoría, la paciente dice disfrutar mucho estas pláticas y le gustaría que fueran menos espaciadas.

Las actividades laborales de la madre nunca se esclarecen, trabaja en una institución, para la familia la madre es una mujer que requiere de muchos cuidados y atención por sus problemas de salud, la paciente habla de ella con cierta condescendencia y siempre interpone alguna enfermedad para justificarla cuando ella no se hace cargo de sus responsabilidades de madre.

Figuras Significativas



Madre Según lo relatado por la paciente, la madre es con quien tiene una mejor relación, sin embargo deja ver que es persona ausente y con dificultades para brindar afecto, aunque conviven todos los días y se comunican por teléfono, la descripción que se hace de ella es de alguien que necesita mucha atención y que le dediquen tiempo, comenta que en diversas ocasiones ha estado enferma o ha sufrido accidentes debiendo permanecer internada o guardar reposo en casa. *“mi mamá tiene neurosis, no, neurosisticercosis”*. *“He llegado a pensar que tiene hipocondriasis”*, al menos, durante un periodo del tratamiento, la madre estaba tomando pastillas para las convulsiones y para la angustia según describe la paciente. De esta forma la relación que existe de la paciente con la madre es de mucha preocupación debido a la delicada salud de ella que dice no ha tenido un diagnóstico acertado, pero también con un matiz de rivalidad dado que es la madre quien en lugar de dar atención la roba (tal situación genera envidia y a la vez culpa, *esto no se trabajo pero podría ser una causa del origen de su sintomatología*)

En el plano laboral la madre labora en una institución, sin tener más detalles queda aclarar que ella se desocupa temprano de sus labores pero no regresa a casa hasta que oscurece.

Padre, comenta la paciente que es alguien distante, quien está más pendiente de su trabajo, él es el jefe de familia, se hace cargo de las preocupaciones económicas y de cubrir las necesidades del grupo familiar, sin embargo para esta persona los logros de sus hijos son importantes y los alienta a esforzarse y ser mejores, es también la figura

de autoridad, está a cargo de los permisos y los regaños. Existe poca comunicación con él, la paciente hace saber que las conversaciones que mantiene con su padre versan sobre temas académicos lo cual ella disfruta mucho, pero cuando la situación es de orden emocional el padre no es la persona indicada para tratar el asunto. Al igual que ella, el padre intelectualiza para defenderse de la ansiedad, lo que hace que los afectos queden como anestesiados, dejando temas de los que no puede hablar

Hermano, al igual que ella es estudiante de los últimos semestres de una licenciatura, es un año menor y siempre han tenido una relación distante, en palabras de la paciente es desobligado, desorganizado, desordenado, deja todo para el último no le va tan bien en la escuela, solo saca 8 y 9, a veces algún 10, por otra parte cuando mengua la salud de la madre es él quien se hace cargo de la familia y quien puede lidiar con las ansiedades que la situación causa, por lo que es percibido como una persona fría y en ocasiones como ajeno al grupo familiar, cabe mencionar que eso la molesta y hace que tome actitudes hostiles en su contra.

Novio, lo significativo del novio como figura importante del caso radica en su ausencia general en el discurso durante las sesiones, haciendo apariciones esporádicas en algunas situaciones para describir el contexto y no como alguien que toma partido en algún conflicto de los que fueron hablados, por su parte este individuo es definido como alguien paciente y tolerante, que forma un apoyo importante en la vida de la paciente.

Estructuración Edípica

La relación que mantiene con la madre como plantea Dor (2006) es una relación de ambivalencia por un lado es una persona con quien tiene mucha cercanía, objeto privilegiado de su amor en la infancia al ser además la mayor de sus hijos, la madre permite la apertura de la suplencia posible para la satisfacción de deseo que la Hija deberá de llenar. En la cotidianidad de la familia la Madre quien con frecuencia padece de problemas de salud por lo que con frecuencia no puede cumplir las funciones que de ella se esperan, el descuido del Rol de madre sobretodo en el plano afectivo provoca que al menos por parte de la paciente decida hacerse cargo de las necesidades tanto de ella como de la familia, asumiendo un papel que no solo no le corresponde pero que permite criticar el desempeño de quien debe estar en dicho lugar.

En el transcurso de las sesiones aparece la jefa de su empleo como representante materno, , a esta persona la describe como alguien que tiene experiencia en sus labores, y que apoya mucho en las anímicamente a la paciente en sus actividades, conoce su empleo a profundidad, en gran parte gracias a la experiencia que tiene sin embargo es una mala jefa, pues no sabe mandar a las personas que tiene a su cargo y cuando hay situaciones de gran estrés no sabe tomar decisiones, prefiriendo delegar la responsabilidad a sus subordinados, para no tomar los errores como propios y sentirse así, menos culpable.

La paciente considera que dentro de poco tiempo podrá ocupar el lugar de jefa, ya que ella dice ser más capaz para tomar decisiones bajo presión sin apoyarse tanto en la

opinión de los demás empleados, sin que esto quiera decir que esté buscando obtener ese puesto o derrocarla de alguna manera pues dice que se incapaz de hacerla quedar mal.

Por su parte el novio, que es una persona que siempre está ahí para reconfortarla, darle fuerzas y hacerla sentir mejor, ella está contenta con su relación, pero cabe mencionar que este sujeto rara vez está presente dentro de su relato, siendo mas importante hablar de otros aspectos de su vida y dejar el afecto fuera del discurso, en ese lugar está el novio, como un sujeto que si bien, no se describe así, aparece como alguien distante, con quien no se tiene el contacto esperado para ser la pareja, pero que de alguna forma permanecen juntos.

En su contraparte, con el padre, como fue descrito anteriormente es un sujeto distante en el plano afectivo, seco, pero que se encarga de proveer para cubrir las necesidades básicas de su familia, consideramos aquí que la identificación se da con esta figura, en tanto que es el padre quien genera una castración simbólica para la madre que permitirá que la ley pueda ser instaurada dentro del código y que al mismo tiempo dejará en la paciente una reminiscencia de ser eso que satisface por completo el deseo materno, en un ideal que no es posible de ser alcanzado.

Las relaciones que surgen con esta figura son meramente en base a conversaciones académicas (ideales, logros) donde la duda hace la función por una parte de enaltecer al padre y colocarlo en el lugar de quien sabe dar las respuestas, pero también en la posibilidad de equivocarse y demostrar su propia castración, en ese sentido existe una confrontación constante con quienes son representantes de las normas, no solo de la

ley, pues serán cuestionados en su hacer por la paciente, con el objetivo mismo de no ser capaces de dar una respuesta que a ella la convenza ampliamente.

Eventos traumáticos.

Durante los últimos momentos del tratamiento ella relata un evento a la edad de cuatro o cinco años en la que comenta a la madre que era muy feliz con la familia que tenía, le gustaba mucho como eran los cuatro, sus dos padres, su hermano y ella, y que no le gustaría tener ningún otro hermano, que de ser así, ella iría en una noche escondida a buscar un cuchillo y clavárselo al futuro hermano que hubiese, dice no recordar lo que la madre comenta al respecto, al poco tiempo de ese evento de la infancia recuerda que jugaba a ocultar pequeños cojines o almohadas dentro de su blusa, a manera de mujer embarazada, generalmente lo hacía escondida de los padres, sin embargo, en una ocasión es sorprendida por mamá, quien decide llevarla a consultar con un psicólogo, comenta que fue pocas sesiones y que dejó de acudir porque la distancia era demasiada.

Como un evento aislado, este suceso no suena traumático, sin embargo la resignificación que ella hace de estos dos eventos aislados en una línea temporal, (no es posible especificar que tanto) deja ver la importancia en la estructuración subjetiva que ella hace con respecto de la sexualidad primero de la madre y después propia. Donde ella describe la negativa a aceptar la posibilidad de la sexualidad materna (femenina) y se considera como algo que debe ser impedido o castigado, se vuelve más evidente, en la incapacidad de ella de narrar situaciones donde la posibilidad de

un encuentro sexual sea si quiera insinuado, dicho sea de paso el novio, así como los temas que van a dar cuenta del propio cuerpo son enunciados en la medida que va siendo necesario y como un elemento secundario para poder brindar un contexto adecuado que permita la comprensión de lo que ella está intentando decir, un esfuerzo para que se le entienda, sin hablar “de mas”.

Perfil subjetivo

Dentro de los elementos subjetivos que caracterizan a la paciente, y tomando en cuenta los objetivos del presente Estudio de Caso, consideramos que los que se han de desarrollar son:

Maneras de interacción

A partir de lo expuesto en el historial clínico, podemos dar cuenta de las maneras en que la paciente interactúa en su contexto social. Vinculación con otras personas que está caracterizada tanto por la competitividad con éstas, en un intento de sobresalir de entre los demás, así como los sentimientos de inseguridad y desconfianza que sobrevienen el momento en que siento que está siendo evaluada en algún sentido, frente a lo cual intentará salir librada lo mejor posible, haciendo uso de su conocimiento para evitar se juzgada como alguien incompetente.

Rasgos de carácter

Como parte de una personalidad neurótica obsesiva, la paciente se muestra como una persona que gusta del orden y la necesidad de tener un estricto control con la actividades que realiza, así como las que delega, ya que tiene que asegurarse que los demás hicieron bien sus actividades o corregirlo según sus estándares de manera que así pueda reducir al mínimo cualquier posibilidad de fracaso, así mismo debe considerar todas las variables posibles con igual objetivo, de igual manera tiene control sobre el dinero, procurando siempre tener ahorros, y evitar disponer de ellos tanto como sea posible.

Mecanismos de defensa

Resulta evidente que su principal mecanismo defensivo es la racionalización, lo cual resulta evidente cuando ella busca darle cabida dentro de una explicación lógica a lo que la confronta con sus errores, sus juicios con respecto a sus relaciones significativas, y con su sexualidad y su cuerpo; narra una situación de la adolescencia en que ella decide integrarse a un grupo de niñas bonitas en su salón de clases aunque fueran tontas y superficiales, en lugar de las menos populares pero de mejores calificaciones, sintiéndose incómoda con la idea de pertenecer a un grupo o al otro, esto con el objeto de justificar porque ya no era el centro de atención como lo había sido en las anteriores instituciones educativas.

De igual manera la formación reactiva aparece como un rasgo característico si tomamos en cuenta que mediante el pensamiento ella es capaz de decir los mayores

insultos y desear males a quien se interpone en sus objetivos, sin embargo, su conducta se rige mediante principios religiosos muy marcados, como si estuviese siendo observada, para no poder hacer nada que este fuera de lugar o mal visto, dígase ir a fiestas, ingerir alcohol, fumar, desvelarse mucho, aún cuando son actividades propias de quienes cursan por la universidad.

Características del superyó

Aunque no es el objeto de estudio de este caso clínico, es bien sabido que el superyó del obsesivo es rígido y punitivo, por supuesto, este caso no es la excepción, para esta persona dicha instancia hace gala de su insatisfacción en cuanto a la capacidad de logros y reconocimientos que ella puede obtener, pues hace un recuento de las cosas que ha hecho, así como lo que tiene pendiente y al hablar del pasado, lo narra como si fuese algo insignificante, como si cada individuo hubiese hecho lo mismo que ella a construido a su edad, es decir, para ella participar en actividades extracurriculares, aprender varios idiomas y viajar por algunos países no es digno del mínimo reconocimiento, es algo que se debe hacer. En ese sentido, en la estructura subjetiva de la aquí descrita, el Superyó es una instancia que reprocha lo que ya pudo hacerse y que busca una superación constante, como una necesidad que impera, en el momento que no pueda cumplirse surgen sentimientos de culpa y fracaso por lo que sea que queda pendiente y que necesariamente va a generar estrés e insatisfacción.

CONSTRUCCIÓN DE CASO.

En este apartado, que contiene propiamente la construcción del Caso Clínico, se pretende hacer la intercalación de lo ya expuesto en puntos anteriores respecto a la teoría que abarca la noción de algunos de los elementos característicos de la estructura obsesiva en relación a los contenidos que nos aporta el Caso analizado. Para esto, lo que se hará a continuación será ir avanzando a través de varios momentos específicos en el tratamiento, tanto en el discurso de la paciente como en las intervenciones, que nos permitan dar cuenta de su evolución.

Todo esto con la finalidad de poder sustentar en ejemplos de la clínica, tomando como base el Caso ya presentado en el historial clínico, lo que de la teoría nos queda de aprendizaje respecto a la forma de constitución psíquica que se lleva a cabo en el sujeto en tanto a las ideas particulares que aparecen en su pensamiento y generan efectos que producen malestar a partir de las mismas representaciones que ella se hace de tales ideas, dejando como consecuencia sentimientos de culpa así como la incapacidad de decir eso que dice viene a contar.

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

Ellos nunca van a pasar de donde están

La necesidad de logro es algo que surge desde los inicios del tratamiento, para él obsesivo existe un deseo mayor por sobresalir, por ser reconocido en su medio y por las personas que lo rodean, para lograr tal cometido el individuo se somete a una rigurosa capacitación interminable para ser mejor y mejor, así mismo evitar la posibilidad de cualquier error. En la medida que el individuo domina mas áreas, es más apegado a los procedimientos que se establece, cayendo más en la dinámica obsesiva que lo envuelve y hace cada vez más difícil dejar ese lugar de control, pues implicaría aceptar los errores propios, en lugar de verlos y hacerlos evidentes en los demás.

Sesión del 24/10/12

-Cuando estaba en la prepa me dije a mi misma que no era posible que no supiera inglés, porque algunas de mis compañeras ya sabían, y después de eso me metí a estudiar, pero pensé que eso no era suficiente, que no iba a aprender bien y cuando estaba en la carrera me quise ir de Au Pair y me fui un año cerca de Nueva York, también quería poder viajar, entonces era la mejor opción. Mi trabajo en realidad era de 3 a 5 de la tarde, el resto del día lo tenía libre, bueno, aprovechaba ese tiempo para leer los libros que tenía pendientes y para organizar cosas en mi trabajo.

- Quería saber si podemos mover la sesión de día, lo que pasa es que entré a clases de natación con el grupo de principiantes ya sé nadar pero quería hacer ejercicio, bueno, entre con ellos porque vi el grupo de intermedios y se me hizo que ellos ya

nadaba muy bien y pues yo decidí entrar, quería estar con los que me sentía más cómoda, aunque la verdad ellos no saben nadar y por lo mismo el maestro pasa más tiempo con ellos, a mi me dice que me ponga a dar vueltas a la alberca, mis compañeros me dicen que yo nado muy bien.

Sesión del 15/01/13

- Me enoje mucho un día que fui al seguro porque tenía que ir por un papel y cerraban a las 7:30, yo me forme a las 7:25 y quedaban 2 personas adelante de mi, cuando pasa la que estaba antes le dicen que ya no hay sistema que tiene que regresar mañana, Yo se que es mentira que no hay sistema porque estuve en Secretaría de economía y ese es el pretexto que siempre ponen, pero la verdad es que ya no te quieren atender, luego fui con la señorita y me dice que no tenía sistema, que ya no me podía atender, yo le dije que no era cierto, que si me podía atender y que solo venía por un papel, además que me formé antes de las 7:30, así que no era mi culpa, era la de ella y no tenía intención de volver mañana, ¡ya había ido hoy! Al final no me quiso atender, pinche vieja, por eso está donde está, esa gente nunca va a pasar de ahí, porque no saben hacer su trabajo.

Sesión del 06/02/13

Estoy muy molesta porque ayer en el metro iba había mucha gente y todos iban a subir por una escalera, pero yo vi que la escalera del otro lado estaba sola, tenía algo que decía que estaba cerrada porque estaba en construcción pero no había nadie, yo me

quise pasar por ahí, pero un guardia me dijo que no se podía, yo le dije que porque, si no hay nadie y me dice que está en construcción, pero igual yo le dije que no había nadie trabajando ahí, además ya no eran horarios de trabajo, y él como quiera me dijo que no podía pasar, a mí no me parecía porque no quería regresarme por el otro lado y lo que él me estaba diciendo no tenía sentido, no había nadie que estuviera trabajando ahí, yo no quería subirme por donde había mucha gente, al final no me quiso dejar subir por donde yo quería, pero como me estaba haciendo pasar un mal rato yo decidí que también le iba a hacer pasar un mal rato , al final por eso son guardias porque no puede hacer otra cosa, nunca van a salir de donde está.

El obsesivo no puede perder, la negociación mental que resulta de los problemas a los que se enfrenta le invaden todos los niveles de la vida cotidiana, así como en la infancia intenta constituirse como un todo para el otro, de la misma forma debe ser capaz de controlarlo todo y de forma que nada pueda escapar a su control, que no pueda perder, cuando algo escapa de su dominio es entonces que queda enfrentado a su propia castración, la cual en este caso va a aparecer proyectada en los demás, como si fuese una medida de protección a su propia angustia. En ella surge como imperante la demanda interna de dominar varios idiomas, ser metódica en sus quehaceres laborales y domésticos, para no dejar lugar al error, como se ha planteado, una vez que la falta en ella se haga presente dado que los intentos por ocultarla o postergarla fallan, contará con los elementos para disminuir su angustia diciéndose a sí misma que sabe más, o conoce otros lugares o habla un idioma adicional, etc.

Son las argumentaciones propias a las que se les confiere más valor, aún cuando las mismas solo tengan sentido para quien las elabora, cuando el individuo mediante su pensar logra disminuir su displacer haciendo justificaciones y explicaciones propias de porque el o ella está en lo correcto y la demás gente comete un error, resulta notorio que no basta con disimular la equivocación, es necesario que en ocasiones el otro sujeto quede como débil mental pues en ese orden siempre se tiene la razón y nunca se pierde. Si el sujeto obsesivo puede probar que los demás son estúpidos, es porque muy probablemente lo sean y están destinados a ser a si, (al menos a su forma de ver las cosas) además que mientras permanezcan en esa condición el obsesivo cree que sobresale.

Cuando la persona se encuentra inmersa en una situación angustiante ya sea que sienta impotente o ridiculizado porque no pudo salir bien librado de la misma, va a dedicar parte de su tiempo a formar estrategias, pensar en que pudo haber hecho diferente, que debió ocurrir para no sentirse así y principalmente, como puede hacer para que eso mismo que vivió y sintió no le vuelva a ocurrir jamás, es así como las estrategias pueden convertirse en rituales, que de no llevarse a cabo terminaran en tragedia.

Tomemos de ejemplo la situación con la jefa inmediata de su trabajo, si la paciente no sabe más idiomas, es más competitiva u organizada, receptiva, etc. corre el riesgo de ser juzgada por los demás de la misma manera en que ella juzga a su jefa, como alguien ineficiente, o simplemente que podría ser mejor, es importante resaltar, que lo que se busca omitir de forma principal no es el juicio del tercero, es la sensación que

aparece ante la mera posibilidad de ser juzgado, de que el otro descubra la castración del sujeto en cuestión.

La falta en el otro y la falsa omnipotencia propia

Para el obsesivo la falta es algo de gran importancia, evitar enfrentarse a la falta consiste pues de cierta manera en neutralizar el deseo, ya que como tal el deseo está constituido por eso que no se tiene, la falta (Dor 2006). Hablando de las relaciones amorosas este sujeto puede sacrificarlo todo por la otra persona en la misma medida en que no acepta perder nada, es decir todo gira alrededor del goce del otro frente a lo cual conviene controlarlo todo, neutralizar los signos exteriores para que nada se mueva, incluido el deseo.

Sesión 30/11/12

- Estoy enojada con mi jefa, a veces no se qué le pasa, como que no sabe su trabajo, ósea no es que no lo sepa, pero siento que a veces no sabe que hacer y quiere que los demás hagamos las cosas por ella, luego ella no quiere que las cosas salgan mal y se enoja, a mi esta vez no me dijo nada por que no tengo mucho tiempo, pero si a un compañero, lo regañó en frente de todos y yo no creo que sea culpa de él, si no de ella porque no es buena jefa, pero yo no le puedo decir que es buena jefa, siento que se va a desmoronar porque ella como que se lleva muy bien conmigo y me tiene muchas confianza.

Sesión del 24/04/13

-Te voy a contar algo que no te quise decir la vez pasada.

Me habló mi papá y me dice que mi mamá está en el hospital pero que no es nada grave, yo pregunté qué pasaba pero no me quisieron decir, yo no les creí y me puse muy triste, pensé que me estaban mintiendo, que no me querían decir que pasaba. Fui al hospital y me dijeron que le tenían que hacer un legrado, yo no sabía que era un legrado, pensé que era como un aborto, después me puse a investigar y ya supe que era pero yo me sentía muy mal en ese momento, pensé que ella estaba grave y que algo malo le pasaba.

-Mi mamá y yo tenemos los periodos como sincronizados hace pocos días vi en el baño de mi casa que mi mamá dejó en el cesto la toalla sanitaria y yo le vi restos de algo más que sangre y no se, imagino cosas, ¡Si no puedo creer en ellos entonces que pasa!.

¿Que se imagina?

-No me gusta verlo. No quiero que pueda quedar embarazada

¿En que piensas?

-No quiero hablar de eso ahora.

Sesión del 22/03/13

-Quiero hablar de eso que no había dicho. Cuando era pequeña pensaba que no quería tener ningún otro hermano. Sólo los miembros de la familia que ya estaban, en una ocasión le dije a mi mamá que si llegaba a tener otro hermanito, cuando, este dormido en la noche voy a ir a la concina por unos cuchillos y se los voy a encajar.

Después, a escondidas me metía almohadas, cojines, dentro de la blusa, como panza, no se porque hacia eso, pero en una ocasión mi mamá me cacho haciéndolo, después de eso mis papás me llevaron con un psicólogo pero como estaba muy lejos y solo fui dos o tres veces.

Durante estas sesiones surgen en ella las ideas que por medio de la verbalización de su opinión o sus comentarios la va generar un impacto en la vida de su madre o de su jefa, como si fuera ella quien tiene la palabra final o el punto de vista absoluto, así mismo aparece enmascarada la idea de volver a ser ese objeto que en su más temprana infancia se vuelve la completud de la madre y que va perdiéndose no solo por el paso del tiempo y la inserción del sujeto en la cultura que conllevan una pasaje del ser al tener en lo referente a su propio deseo, adicionalmente se debe considerar la llegada del primer hermano y la posibilidad de un segundo que vendría a alterar el equilibrio familiar que percibe desde su infancia

La idea mágica de que la madre puede morir por un legrado/embarazo, deja ver la posibilidad de la relación sexuales con el padre y la angustia que genera este pensamiento, de cierta manera cuando ella recuerda que al ser pequeña y decía que iba a matar a su hermano que aún no era concebido, nuevamente queda enfrentada a la posibilidad del encuentro sexual entre los padres, lo que también la coloca en una posición donde la más importante a los ojos de la padre es la mamá y no ella, derivando de aquí sentimientos de culpa que aparecen tras las ideas de muerte. Por otra parte resulta evidente que al hablar de lo relativo a sus afectos quedan lagunas en

el discurso, a veces cuando ella menciona que no quiere hablar más al respecto y en otras ocasiones dando respuestas donde el intelecto y la razón cubren todas las alternativas para que no pueda ser pensado de otra forma, evitando así que el deseo surja.

Con la posible llegada de un hermano se modificaría la dinámica familiar, un nuevo hermano que amenaza con desplazar al sujeto del amor de los padres, alguien más con quien se debe de rivalizar. Plantea Dor (2006) que para el obsesivo la cuestión del deseo frente al otro conviene controlar todo, neutralizar todos los signos exteriores para que nada se mueva. El obsesivo, no se cansa de instalar su objeto de investidura amorosa en ese lugar maravilloso donde, para ser amable y amado, el objeto debe hacerse el muerto. Si el otro está muerto, no desea; así el obsesivo está tranquilo en la medida en que el deseo es siempre deseo del deseo del otro. El obsesivo puede padecerlo todo, sin calculo ni retaceos, excepto una sola cosa: que el otro goce sin que él tenga o haya podido tener algo que ver con ese goce.

De presentarse esa posibilidad ella tendría que esforzarse mucho más para tener ese lugar privilegiado de amor materno del cual es nostálgica, ante la dificultad de tener que competir con un bebe, la respuesta práctica parece ser que este no viva.

Por otra parte, tanto la madre como la jefa se muestran en su discurso como dos mujeres incapaces por una razón u otra de cumplir con su cometido, hay una dificultad en poner orden en sus respectivos ámbitos y ausentándose ya sea por incompetencia o enfermedad en los momentos en los que son más necesarias, para liderar o para

brindar afecto. Es entonces que aparece la tendencia de hacer evidentes las fallas de los demás precisamente para ocultar la falta propia.

La problemática de la pérdida es tan central en la lógica obsesiva, es porque remite directamente a la falta Dor (2006). No perder nada, o sea, evitar enfrentarse a la cuestión de la falta consiste, pues, en neutralizar el deseo de cierta manera, ya que es precisamente constituido y continuamente relanzado por la falta como tal.

Ella se acomoda para buscar la manera de llenar los huecos, los errores que encuentra obvios en las demás personas, ella tiene que salir a resolverlos para que todo pueda estar en orden. En la medida que el obsesivo parece tener que ocuparse de todo, el otro está colmado y no tiene nada que demandar. Su objetivo, pues, se halla presuntamente al abrigo de todo deseo (Dor 2006).

CAPITULO V

SINTESIS CLÍNICA

Al iniciar el tratamiento con las entrevistas rápidamente pude encontrar rasgos característicos del una estructura obsesiva, era de mi atención la forma tan cuidadosa de articular el discurso para no dejar nada que pudiera ser entendido de forma diferente a lo que ella quería expresar. Por mera casualidad el cubículo asignado a este caso fue el cubículo que tiene diván, a lo que tras algunas pocas sesiones y por el asesoramiento de mi supervisora se le indicó a la paciente que se recostase en el, a fin de que pudiera sentirse fuera de lugar, es decir, moverla un poco de su zona de confort, al menos en lo que se adaptaba a la nueva situación. Con el transcurso de las semanas uno de los primeros cambios que observé fue como ella dejaba de utilizar largas explicaciones y rodeos para sus ideas y daba paso a un lenguaje con menos bloqueos, que no aún fluido, esto se fue dando poco antes de que ella dejara el tratamiento. De inicio ella presentaba entre sus pensamientos un discurso hablado por alguien más, es decir, siempre un tener que; tener que ser, tener que hacer, aludiendo a al ideal del Yo, para transitar por un lento pero constante camino a eso que ella deseaba en “realidad” atravesado también por el mismo ideal pero en donde ella aparece más como individuo. A mi parecer, los momentos más significativos del tratamiento se dan cuando ella comenta en algunas sesiones – no quiero hablar de eso, ya sé que es pero no te quiero decir, eso no te lo quiero contar – es ahí donde a

pesar de ser presa de la angustia, comienza a haber una reflexión sobre si misma y poco a poco va cediendo terreno a sus pensamientos culposos.

La posibilidad de que ella como individuo pueda darle lugar a sus propia ideación y externalizarla me da a entender el deseo que tiene de cura, así como de una alianza de trabajo que se va afianzando en ella, y en un espacio donde puede sentirse más libre de expresarse, de la misma forma me transmite una capacidad de insight en la que con el pasar de las sesiones era más reflexiva y menos propensa a dar un sentido racional a todo lo que expresa como lo fuere en un principio donde acudía a sesión con un discurso trabajado, para no dejar nada fuera de lugar y que nada se le escape de su dicho consciente, lo cierto es que rara vez trastabillaba al hablar como para que un lapsus hiciera su aparición, la fluidez que fue adquiriendo era evidencia de un trabajo clínico de ambos lo que permitió que ella pudiese asociar libremente y por consiguiente permitir la exploración de nuevos elementos de los que ella resistía hablar en sesión.

En los últimos meses del tratamiento de mi paciente, ella se mostraba más pensativa, como tratando de organizar sus propias ideas, ya no presentaba un discurso organizado y estructurado como lo venía haciendo anteriormente, pudo externar recuerdos en relación a su temprana infancia, los que ella sabía venia a trabajar, pero que desistía de hacerlo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hacer una construcción y una presentación en todo momento me queda claro es no solo la puesta en acto de los conocimientos y limitaciones personales de cada sujeto, es también una exposición del individuo como tal, en ese sentido la elaboración de un caso clínico me permitió tener una mirada retrospectiva de mi proceder en el arte del psicoanálisis (no porque me considere psicoanalista, si no porque es mi forma de concebir al sujeto psíquico) y dicha mirada no hace mas que generar dudas y críticas constructivas, por una parte, la maestría pero, mayormente la supervisión extienden la perspectiva del trabajo clínico y eliminan la rigidez del psicoanálisis ortodoxo que inevitablemente es transmitido en la escuela. Además, considero que la minuciosidad de algunos contenidos genera una concepción diferente de los conceptos y permite enlazar la concepción clásica de las patologías con la forma actual en que se va a presentar el cuadro designado bajo el mismo nombre, en ese sentido quiero rescatar la singularidad del caso clínico, que me parece lo más enriquecedor de la formación que cada uno de nosotros tuvo.

Cursar una maestría para mí fue un reto personal por diversos motivos pero más importante que eso fue un golpe de realidad, que deja en claro una palabra muy importante “contexto”, no me refiero a la circunstancialidad del sujeto del trabajo clínico únicamente, si no al momento y espacio histórico y sociocultural en el cual cada uno de nosotros está inmerso para bien o para mal, lo cual necesariamente tiene una injerencia en el paciente y en el analista que lleva el caso.

En resumen, dos años de continuo trabajo clínico, lecturas, supervisiones y dudas dejaron como consecuencia satisfacción por concluir pero sobre todo más cuestionamientos aunado a un interés y un gusto por ir construyendo una respuestas y la posibilidad de modificarlas mediante la reflexión y la experiencia además de como el gusto de haber contribuir un poco a la generación de conocimiento a partir de otro caso particular y su articulación con el psicoanálisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Baravalle, G. (1997). *Manías, Dudas y Rituales*. España. Paidós.
- Bodni, O (2006). *La investigación Psicoanalítica*. Argentina
- Cohen, A. Marinov, V. Ménéchal, J. (2000). *La Neurosis Obsesiva compulsiones y límites*. España. Síntesis
- Delgado O. (2013) El cuerpo y la neurosis obsesiva, *Intersecciones PSI Revista Electrónica de la Facultad de Psicología - UBA*, 3 (7), 7-8
- Dor, J. (2006) *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*. Argentina. Amorrortu
- Evans, D. (1998). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Argentina. Paidós.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, 2da edición, Buenos Aires. Amorrortu.
- Fenichel O. (1996). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. España. Paidós
- Freud, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras completas, Tomo VII. Argentina. Amorrortu
- Freud, S. (1907) *Acciones obsesivas y prácticas religiosas*. Obras completas, Tomo IX. Argentina. Amorrortu.
- Freud, S. (1908). *Carácter y Erotismo Anal*. Obras completas, Tomo IX. Argentina. Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular la del erotismo anal*. Obras completas, Tomo XVII. Argentina. Amorrortu
- Laplanche, J. Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina. Paidós
- Lombardi, G. (2006) *La relación del neurótico obsesivo con su cuerpo*. Argentina
- Martínez, P. (2006). El método de Estudio de Caso: Estrategia Metodológica de la Investigación Científica. *Revista Pensamiento & Gestión*. No. 20. Pp. 165-193.
- Michels, R. (1998). The Case History. *Journal of American Psychoanalytic Association*. Pp. 355-375.
- Marucco, N. (1998). *Cura analítica y Transferencia. De la represión a la desmentida*. Argentina. Amorrortu

- Naranjo, C. (2007). *Carácter y Neurosis*. Chile. Comunicaciones Noreste.
- Taylor, S.; Bogdan, R. (2000). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona. Paidós.