



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

MODELO DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA-RELACIONAL BREVE: UN ESTUDIO DE CASO

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

HERNANDEZ AGUILAR JUVENTINO

DIRECTOR (A): MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ: MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. MARIA DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MTRA. ESTHER GONZALEZ OVILLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRO. SALVADOR CHAVARRIA LUNA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE,2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Resumen | 6 |
| Introducción. | 8 |
| Clasificaciones Psiquiátricas y Modelo Cognitivo Conductual | 13 |
| Los Trastornos de Ansiedad | 15 |
| El Trastorno Obsesivo Compulsivo | 18 |
| El Trastorno de Acumulación..... | 21 |
| El Psicoanálisis. | 41 |
| El Modelo del Funcionamiento mental | 42 |
| Conceptos referentes al Modelo | 44 |
| La Neurosis Obsesiva | 46 |
| Lo Obsesivo, la posición transitoria de la neurosis obsesiva y el carácter anal..... | 53 |
| Psicodinamia de la colección | 56 |
| Aportaciones de Winnicott..... | 59 |
| El Caso | 68 |
| Ficha de Identificación | 68 |
| Descripción de la Paciente | 68 |
| Historia Personal y Familiar | 71 |
| Propuesta de Tratamiento | 87 |
| Objetivo de la Intervención | 89 |
| Método | 90 |
| Objetivo General | 90 |
| Tipo de Estudio - Estudio de caso | 90 |
| Instrumentos | 92 |
| Justificación | 97 |
| Procedimiento | 99 |
| Consideraciones éticas | 100 |
| Análisis de Resultados | 101 |

| | |
|--|-----|
| EL Falso Self | 101 |
| Vivencias de Pérdidas Reales y Simbólicas | 106 |
| Lo Obsesivo y el carácter anal | 111 |
| La Recolección (Conducta Atesoradora, hoarding) | 116 |
| Discusión | 125 |
| Conclusiones | 132 |
| Referencias | 134 |

Agradecimientos:

A mis padres que han puesto toda su energía, recursos, comprensión y sabiduría para que logre convertirme en un profesional y un mejor ser humano. Los amo.

A mi esposa Lizbeth, compañera de vida, amiga y amante. Por estar ahí y creer en mi cuando ni yo mismo lo hacía.

A mi pequeña Zoe, por ser fuente infinita de inspiración.

A mi hermana por su infinito amor y comprensión.

A La Universidad Nacional Autónoma de México, que puso a mi disposición los recursos necesarios para mi formación.

A la Maestra Karina Torres Maldonado, por compartir su saber, por su ejemplo siempre inspirador, su dedicación y exigencia. Gracias por ser una estupenda docente y una mejor persona. Le agradezco la supervisión y la guía que han hecho posible no solo este trabajo, sino mi propia trayectoria académica.

A la Dra. Maricarmen Montenegro que siempre ha tenido para mí la palabra correcta, firme para corregir y amable para felicitar. Un gran ejemplo de profesionalismo y congruencia entre el pensamiento y la acción. Toda mi admiración para usted.

A la Mtra. Beatriz Macouzet, por su pasión y entrega para preparar cada una de las clases de la especialización, la disposición para aceptar críticas y la gran capacidad de mejora. Gracias ser ejemplo a seguir.

A la Mtra. Esther Gonzalez por su disposición a colaborar en la revisión de este trabajo y sus excelentes clases en SUA. Amé jugar el Psicopato más débil.

A Salvador Chavarria por salir al quite en la especialización y adoptar al difícil grupo del que forme parte. También por su excelente disposición a las correcciones de este trabajo.

A mis demás maestros de la especialización, todos y cada uno de ellos tienen un lugar en mi corazón y en mi vida y en diversos grados forman parte de quien me he vuelto.

RESUMEN

Para comprender a profundidad el malestar referido por los solicitantes de psicoterapia, los terapeutas cuentan con diversos marcos de comprensión los cuales permiten abordar a distintos niveles los casos clínicos que son atendidos. A pesar de los avances en las distintas áreas del saber, actualmente ninguna disciplina, perspectiva o escuela de pensamiento puede abarcar la vastedad y la complejidad de los fenómenos humanos.

El objetivo de este estudio es presentar el desarrollo de un proceso de intervención psicoterapéutico psicoanalíticamente orientado que se llevó a cabo con una consultante de 59 años que refiere profundo malestar emocional derivado de verse obligada por sus hermanos a desocupar uno de los cuartos donde vive, el cual está lleno de cosas que ha atesorado a lo largo de su vida y la simple idea de moverlas le provoca llanto y angustia. Dichas características cumplen con los criterios propuestos por las clasificaciones internacionales para diagnosticar Trastorno de Acumulación.

Debido a que para la salud mental el estado de bienestar del sujeto es la prioridad, se lleva a cabo una intervención psicoterapéutica que apunta a conectar a la consultante con sus propias capacidades creativas y al reconocimiento de sí misma como persona con recursos de afrontamiento a un ambiente que percibe como amenazante. Por tal, aunque en la comprensión de la problemática nos apoyamos en la descripción de la sintomatología llevada a cabo por el modelo cognitivo-conductual no se utilizó el modelo de tratamiento propuesto por este ya que atiende a una demanda externa y no la de la consultante.

Mediante el estudio de caso dentro del marco de la investigación cualitativa se realizó una comprensión profunda sobre vivencias, significados, relaciones con otros, funcionamiento intra-psíquico y la predominancia del falso self de la paciente, teniendo por guía el modelo psicoanalítico y las aportaciones relacionales hechas por Winnicott. Esto se logró mediante entrevistas clínicas, la observación y el análisis e interpretación de los contenidos inconscientes.

Palabras clave: *Psicoterapia, Acumulación, Falso Self, Psicoanálisis.*

Abstract

To understand in depth the discomfort referred by the applicants of psychotherapy, therapists have different comprehension frameworks which allow addressing at different levels the clinical cases that are attended. Despite advances in different areas of knowledge, currently no discipline, perspective or school of thought can encompass the vastness and complexity of human phenomena.

The aim of this study is to present the development of a psychoanalytically oriented psychotherapeutic intervention process that was carried out with a 59-year-old consultant who reports a deep emotional distress derived from being forced by his brothers to vacate one of the rooms where he lives, the which is full of things that he has treasured throughout his life and the simple idea of moving them causes crying and anguish. These characteristics meet the criteria proposed by the international classifications to diagnose Hoarding Disorder.

Because for mental health the subject's state of wellbeing is the priority, a psychotherapeutic intervention is carried out that aims to connect the client with her own creative abilities and self-recognition as a person with coping resources. environment that perceives as threatening. For such, although in the understanding of the problem we rely on the description of the symptomatology carried out by the cognitive-behavioral model, the treatment model proposed by this model was not used since it meets an external demand and not that of the client.

Through the case study within the framework of qualitative research, a deep understanding was made of experiences, meanings, relationships with others, intrapsychic functioning and the predominance of the patient's false self, guided by the psychoanalytic model and the relational contributions. made by Winnicott. This was achieved through clinical interviews, observation and analysis and interpretation of unconscious contents.

Keywords: *Psychotherapy, Hoarding, False Self, Psychoanalysis.*

INTRODUCCIÓN.

En marzo de 1947 la policía de Nueva York hizo un descubrimiento insólito al responder a una llamada que solicitaba investigar la desaparición de dos hermanos que habitaban un edificio. Casi 200 toneladas de distintos artículos llenaban a plenitud los cuatro pisos de la propiedad de los hermanos *Collyer*, quienes a lo largo de su vida habían atesorado este material, de manera incontrolable al grado que les costó la vida (Jarvis, 2007a).

El caso de los hermanos *Collyer* es probablemente uno de los más extremos del atesoramiento desmedido, sin embargo, este hábito de guardar cosas a gran escala está lejos de ser algo aislado, es sólo que no se le había prestado atención debido a que las personas que atesoran suelen hacerlo en la privacidad de sus espacios vitales.

Es hasta que los investigadores R O Frost y Gross (1993) presentan su trabajo respecto de personas que presentan la conducta a la que llaman *Hoarding* (literalmente acaparamiento, acumulación) que se vuelve llamativo no solo el guardado excesivo de artículos, sino una serie de características entre las que sobresale la incapacidad para deshacerse de lo guardado al nivel que invade los espacios vitales impidiendo su uso.

En Agosto de 2009, el canal de televisión estadounidense A&E estrena su programa *Hoarders* el cual presenta a diversas personas que guardan objetos en gran cantidad dentro de sus domicilios de manera desordenada y descontrolada por lo que de inmediato se vuelve un fenómeno mediático que da pie al surgimiento de más programas de TV, pero además visibiliza que este guardado desmedido no era tan infrecuente.

Sumado al trabajo precursor de Frost , R. O. , & Gross, R. C. (1993) se inician diversas investigaciones respecto de este tema, que además de describirlo buscan encontrar datos de prevalencia y epidemiología ya que debido a que era un tema no visibilizado y no estudiado se desconocía qué tan frecuente era.

Resultado de diversos estudios se ha encontrado que las personas que atesoran compulsivamente no son poco comunes ya que representan aproximadamente el 5.3% de la población (Nordsletten, A. E., Reichenberg, A., Hatch, S. L., Fernández De La Cruz, L., Pertusa, A., Hotopf, M., y Mataix-Cols, D., 2013). Por otra parte, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente estima que su prevalencia en México oscila entre el 2 al 6 % por lo que establece que es relativamente común en la población (M.T., Bascarán, & Jiménez Treviño, 2013).

Resultado conjunto del aumento en los trabajos que tienen por tema el *hoarding* y la mediatización de esta conducta, se han incluido en las clasificaciones Psiquiátricas internacionales nombrándolo *Trastorno de Acumulación* (DSM-5 y CIE-11).

La inclusión de esta categoría es relevante ya que permite visibilizar esta problemática y fomenta la investigación sobre este fenómeno, es importante tener en cuenta que “De hecho, hay una tendencia errónea por asignar a todos los problemas un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento: es una tendencia que se ve acentuada por el marketing de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes” y que “las demandas terapéuticas de la población han cambiado considerablemente en los últimos años” (Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M., 2014, p. 66).

Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos *tradicionales* otros problemas, que no constituyen propiamente trastornos mentales pero que “reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad, es decir, una situación de insatisfacción personal que no tiene en muchos casos una significación clínica”. La mayoría de las consultas a los psicólogos clínicos no se relacionan con trastornos mentales, sino con situaciones de infelicidad y malestar emocional (Echeburúa, et al., 2014, p. 66).

Cabe mencionar que, a pesar de la utilidad de las clasificaciones psiquiátricas internacionales en la comunicación entre pares, el uso indiscriminado de etiquetas psicopatológicas puede llegar a ser una práctica que fomenta una especie de estigma que inhabilita al sujeto para una plena aceptación social pues se deja de

verlo en un modo total, una persona común con virtudes y defectos y se le reduce a un ser inficionado y menospreciado (Goffman, 2008)

Teniendo en cuenta lo anterior se presenta el caso clínico de una persona Adulta de 59 años que hace referencia en su motivo de consulta a la incapacidad de desocupar una de sus habitaciones la cual está llena de diversos objetos que ella ha atesorado.

Si bien, entendiendo que dicha incapacidad puede comprenderse como algo patológico desde la mirada de la psiquiatría, se tiene presente que el encasillamiento de un individuo en función de una patología impide establecer un contacto en igualdad de condiciones y fomenta la vergüenza y el sentimiento de inadecuación en la persona categorizada como anormal.

En el trabajo psicoterapéutico se tiene por objetivo implícito el logro y mantenimiento de la salud mental. Esta es considerada por la OMS (2014, párr. 1) como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” Por tanto no se contempla el uso de categorías o etiquetas diagnósticas al interior del proceso clínico.

Sin embargo, su contemplación dentro del marco teórico ayuda a la comprensión a través de la información que la literatura especializadas nos provee.

Lopez-Yarto (2010 p.12) sostiene que “gran parte de las conductas patológicas actuales son una forma de defensa ante una sensación de abandono materno”. Teniendo en cuenta esa premisa se ha elegido el modelo Terapéutico de Corte Psicoanalítico basado en los postulados de Donald Winnicott (1896-1971) quien abordó la estructuración de personalidades que estuvieron rodeados por un ambiente deficitario y carente, el cual coincide con lo que la consultante deja ver en su comunicación en las entrevistas preliminares.

D. Winnicott (1896-1971) propone que la salud mental no es un estado, sino un movimiento que se construye a lo largo de la vida y que no implica la falta de

sufrimiento ni de síntomas, sino la creación jamás terminada de lo que se llama el *self* verdadero.

Basándonos en las concepciones citadas acerca de la salud mental, se propone que el abordaje terapéutico apunte hacia el establecimiento de un ambiente terapéutico que permita el surgimiento y fortalecimiento de un *self* verdadero apuntalándolo en una relación terapéutica, no estigmatizante, pues se propone utilice un lenguaje basado en relaciones y no en atributos (Goffman, E., 2008).

Además, nos suscribimos a la idea que el tratar síntomas sin comprender su función defensiva puede llegar a ser una práctica altamente iatrogénica (Winnicott, 2006).

La primera parte del trabajo permite tener un marco de referencia cuyo valor práctico es alto debido a que aborda la fenomenología y describe a detalle los aspectos visibles de los pacientes que suelen atesorar.

Derivado de estos saberes se generan modelos de intervención de corte cognitivo-conductual los cuales son considerados de primera elección, pues apuntan a la disminución de la conducta acumuladora y logran disminuir el riesgo derivado de tener gran cantidad de cosas guardadas, sin embargo, tienen poco éxito disminuyendo el sufrimiento emocional pues ni siquiera se considera una variable a tomar en cuenta.

Por el contrario, se toman medidas extremas como proponer el uso de escuadrones de limpieza cuando han fallado las demás estrategias reduciendo a quien atesora a un simple espectador de cómo se desmonta el mundo que ha construido por años causando un importante dolor y sufrimiento.

Con la finalidad de no solo describir, sino comprender a profundidad, se estructura en el segundo apartado conceptos psicoanalíticos para poder acercarnos a una comprensión dinámica del funcionamiento de la paciente e hipotetizar sobre el sentido del síntoma entendiendo que más que configurar un trastorno, la sintomatología presentada explicita la manera en la que la consultante ha logrado adaptarse a su realidad y que sin una comprensión del para qué del síntoma,

cualquier intento de remoción de este puede derivar en el riesgo de descompensación y por ende un mayor monto de dolor emocional.

Dentro del marco psicoanalítico, se presenta la obra de Winnicott quien propone conceptos que permiten el abordaje terapéutico de problemáticas alejadas de la clínica tradicional y que abren la posibilidad de pensar que ciertos modos de funcionamiento considerados patológicos pueden en realidad ser la respuesta a un ambiente deficitario temprano que no permite el desarrollo de manera óptima y cuyas fallas son experimentadas como amenazas a la continuidad en la experiencia vital del bebé y por lo temprano de dicha etapa aún no se constituyen representaciones verbales por lo cual las intervenciones psicoanalíticas basadas en la interpretación serían poco efectivas, puesto que al ser parte de un inconsciente escindido, inadmisibile a la simbolización, es algo no interpretable en el sentido de no descifrable porque nunca se cifró (Zonis De Zukerfeld, 2016).

En ese sentido, se plantea que para estos casos, no se trata de interpretar sino de jugar el papel que el paciente necesita para abordar su problemática personal y su subjetividad que siempre es relacional e intersubjetiva (Sáinz, 2015).

En un tercer capítulo se presenta el caso clínico de la paciente participante *Bertha*. En esta sección será presentado el motivo de consulta, historia personal y familiar así como los datos necesarios para realizar el estudio.

El cuarto capítulo presenta el análisis de resultados y la discusión. En este se lleva a cabo un análisis de los materiales recabados a la luz de lo propuesto en el marco teórico. Hacia la última parte de este, se presenta un breve análisis de la transferencia-contratransferencia, donde se muestra el desarrollo de la transferencia en dos corrientes principales y cómo a partir del uso de esta se plantea la posibilidad de reelaboración a los conflictos, todo de acuerdo con el enfoque psicoanalítico.

En el quinto capítulo, que cierra el presente trabajo son presentadas las conclusiones.

CLASIFICACIONES PSIQUIÁTRICAS Y MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Al describir un objeto de estudio, inevitablemente acudimos a cierto lenguaje que nos permite dar cuenta de sus características particulares y cómo estas se insertan en un plano más general; así mismo se facilita el entendimiento entre profesionales relacionados por medio de un lenguaje afín.

Hablando de la salud mental, puntualmente de las alteraciones de esta, lo común es acudir a las categorías propuestas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA) así como las de la recién publicada en línea Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), específicamente en el apartado número 6, contempla lo que llama “desórdenes mentales, comportamentales o del neurodesarrollo” y presenta una serie de categorías diagnósticas muy similares a las contenidas en el DSM-5 (APA, 2013).

Ambas publicaciones hacen descripciones fenomenológicas y categorizan tomando como punto de partida los síntomas observables, específicamente comportamientos visibles de cuya frecuencia y temporalidad se valen para acomodar en tal o cual clasificación.

Ambas categorías diagnósticas son objetivas-descriptivas y pretenden ser ateóricas pues evitan hacer mención de cualquier teorización subyacente (Cohen de Lara, Marinov, & Ménéchal, 2003).

A pesar de la intención de neutralidad teórica, esto no se cumple cabalmente ya que su funcionamiento se basa en describir conductas, la cantidad observable y medible en tanto intensidad, frecuencia y temporalidad de dichos comportamientos determinan la categoría diagnóstica.

Esto reduce la clasificación de los trastornos a la pura dimensión medible, echando de lado la cualidad de lo que se pretende conocer. Además, lleva implícita la idea que la salud mental y sus alteraciones pueden reducirse al estudio del comportamiento humano llevado a cabo por la neurociencia, siendo esto llevado a cabo a la luz de los modelos derivados del comportamiento animal (Cohen de Lara, et al, 2003).

Un postulado común derivado de esta idea es el supuesto que dichos comportamientos y conductas alterados o patológicos se puedan modificar mediante técnicas conductuales, cognitivas o mediante psicofármacos. Por tanto, se podría discutir la idea que las clasificaciones imperantes sean objetivas, y reformular esta idea como proponen Cohen et al. (2013) quienes concluyen que, en su versión actual, “estas dos clasificaciones internacionales constituyen la culminación del modelo conductista” (p.16).

Para el presente trabajo, la descripción fenomenológica tiene un gran valor, sobre todo permite arrojar luz a un problema de salud que ha permanecido invisibilizado además habilita la movilización de recursos para su identificación, atención y tratamiento. Sin embargo, a nivel clínico se es necesario ir más allá de describir y medir características para proponer tratamientos que no se limiten a disminuir o eliminar síntomas visibles, sino que atiendan de manera integral las demandas del ser humano sufriente y no de la sociedad que reclama individuos adaptados, asintomáticos y funcionales.

Dejando de lado sus limitaciones las clasificaciones internacionales constituyen un sistema fiable y válido de los cuadros clínicos pues facilitan la comunicación entre profesionales, permite tomar decisiones respecto de la elección de tratamientos, permite establecer predicciones sobre el curso además de proveer una base sólida para la investigación (Echeburúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014).

Apoyándonos en esta fortaleza, se presentan los apartados referentes a los trastornos de Ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Acumulación en el entendido que dichas afectaciones en un principio formaron parte de una sola categoría y que su división se debe principalmente a cambios sociales

y no necesariamente clínicos. “No deja de ser significativo, por ejemplo, que la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y que la actual (DSM-5, 2013) recoja 216” (Sandín, 2013 p.255).

Se presentan las tres categorías por separado, se agrupan en el presente capítulo atendiendo al supuesto que están relacionadas y su separación implica perder profundidad en la comprensión clínica.

Los Trastornos de Ansiedad

La ansiedad es “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. En el ámbito médico es una angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis” (RAE, 2018 párr.1). Otras definiciones mencionan que es:

una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones (Miguel-Tobal, 1990, citado por I. Iruarrizaga, J. Gómez-Segura, T. Criado, 1999).

La ansiedad como respuesta, solo es considerada patológica cuando es *excesiva*, es decir, que persiste en el tiempo o la intensidad es desproporcionada en comparación de lo que se considera comúnmente experimentado ante ciertas situaciones o momentos del desarrollo.

El DSM-5 (APA, 2013) y la CIE-11 (2018) a partir del momento de aparición de los síntomas, de su duración y de algunas de sus características particulares clasifica los trastornos de ansiedad como entidades clínicas independientes. Estas son las siguientes:

| Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición. (DSM-5) | Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) Capítulo 06 Trastornos mentales, conductuales o del neurodesarrollo |
|--|--|
| Trastorno de Ansiedad por Separación | Trastorno de Ansiedad por Separación |
| Mutismo Selectivo | Mutismo Selectivo |
| Fobia Específica (con especificadores) -Animal -Entorno Natural -Sangre-Inyección-herida -Situacional -Otra | Fobia Específica (con especificadores) -Fobia Simple -Acrofobia -Claustrofobia |
| Trastorno de Ansiedad Social | Trastorno de ansiedad social -Antropofobia |
| Trastorno de Pánico | Trastorno de pánico |
| Agorafobia | Agorafobia |
| Trastorno de Ansiedad Generalizada | Trastorno de Ansiedad Generalizada |
| Trastorno de Ansiedad Inducido por sustancias / medicamentos | Trastorno de Ansiedad Inducido por sustancias |
| Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica | Síndrome de Ansiedad Secundario |
| Otro trastorno de ansiedad especificada | Otro trastorno de ansiedad especificada |
| Otro Trastorno de Ansiedad NO especificado | Otro Trastorno de Ansiedad NO especificado |

| | |
|--|---|
| | <p>Hipocondriasis</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con buen o aceptable grado de insight -Con bajo o nulo grado de insight -Hipocondriasis inespecífica |
|--|---|

Cuadro 1. Realización propia, tomando como base DSM-5 (APA,2013) y CIE-11 (2018)

Cada categoría correspondiente a un trastorno es independiente, y aunque pretende ser muy específico, en la práctica es difícil encontrar un trastorno “puro”. Los trastornos de ansiedad y relacionados ocurren muy a menudo junto de otras afectaciones emocionales, físicas o mentales, incluyendo el consumo de sustancias lo cual puede enmascarar los síntomas de los trastornos de ansiedad o incluso empeorarlos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

El Instituto Nacional de Psiquiatría en México en su guía del manejo para la Ansiedad (Heinze G, 2010) apunta que a pesar de que los trastornos de ansiedad comprenden diversos cuadros psicopatológicos, y son entidad *aisladas*, comparten las características “relacionadas y / o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad o una combinación entre ellos” (p.7). Así mismo, reporta que los trastornos de ansiedad son el tipo más frecuente de alteraciones de la salud mental en México.

Señala que una revisión sistemática llevada a cabo por Kessler (2007, citado por INP, 2010) encontró que los trastornos de ansiedad tienden a ser crónicos, inician alrededor de los 15 años y que existe una alta comorbilidad entre este tipo de trastornos y los trastornos de tipo depresivo lo cual va en concordancia con lo mencionado con anterioridad, es difícil encontrar las alteraciones *solas*.

Las personas que sufren trastornos de ansiedad se sienten extremadamente temerosas e inseguras. Sus miedos y preocupaciones les dificultan llevar a cabo sus actividades cotidianas. Una clase de trastorno de ansiedad consistente en pensamientos perturbadores y repetidos y comportamientos rituales que disminuyen la ansiedad generada por estos pensamientos es denominada como Trastorno Obsesivo Compulsivo (Instituto Nacional de Salud Mental, 2010).

El Trastorno Obsesivo Compulsivo

Antes de proceder se considera importante aclarar que al hablar del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se hace referencia a una alteración de la salud mental que afecta a personas de cualquier edad y estilos de vida y ocurre cuando una persona queda atrapada en un ciclo de obsesiones y compulsiones (IOCDF, 2018), sin embargo, también sirve de nombre a un grupo de afecciones relacionadas y que se caracterizan por pensamientos y comportamientos repetitivos que se cree comparten similitudes en su etiología (OMS, 2018).

Existen diversas afecciones que están relacionadas, pero no son propiamente TOC, por lo tanto, es necesario distinguir la sintomatología que podría ser llamada obsesiva de lo que configura propiamente al TOC. Estas sí serían distintas en intensidad, frecuencia y contenido en cada trastorno relacionado. A propósito de esto, Pedrick Cherry y Bruce, (2003) mencionan que:

“la sintomatología obsesiva es como un juego de muñecas rusas que se van incrustando unas dentro de otras hasta llegar a la más pequeña; el espectro obsesivo tiene también como diferentes estadios, que de menos a más graves podemos denominar como: nivel normal (rasgos obsesivos), nivel anormal (trastorno de la personalidad) y trastorno propiamente dicho (trastorno obsesivo compulsivo) (p.17).

La principal característica del TOC es la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados (APA, 2016) a los cuales se denomina *obsesiones*. Las *compulsiones* son conductas repetitivas o actos mentales que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión. Propiamente el TOC se diagnostica a partir de los siguientes criterios diagnósticos.

| |
|---|
| A. Presencia de Obsesiones, Compulsiones o Ambas. |
| Las <i>obsesiones</i> se definen por ser pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentadas como intrusas o no deseadas. |

| |
|---|
| Estas, en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar significativo. Es común que el sujeto intente ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos mediante otro pensamiento u acto. Las <i>compulsiones</i> son comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida. |
| B. Las Obsesiones o Compulsiones utilizan mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo, existe deterioro en áreas importantes del funcionamiento. |
| C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir al efecto de alguna sustancia o a otra afección. |
| D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental |

Cuadro 2. Elaboración propia tomando como base Asociación Americana de Psiquiatría, (2016)

El DSM-5 menciona algunas características comunes entre los que padecen TOC. Estas contemplan creencias disfuncionales, en algunos casos un sentido exagerado de la responsabilidad, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, otorgar una excesiva importancia a los pensamientos además de una imperante necesidad de controlar los pensamientos.

Aunque como se mencionó, la característica clave es la presencia de obsesiones y compulsiones, el TOC presenta distintas caras las cuales son enlistadas por Cherry, P. y Hyman, B. (2003)

Los que comprueban se sienten obligados a revisar el estado de objetos como las puertas, cerraduras, apagar dispositivos domésticos para estar seguros de que han evitado posibles desastres que podrían ocurrir en caso de que no se lleve a cabo la comprobación.

Los que se lavan o limpian se viven atrapados en la obsesión de una posible contaminación por suciedad, gérmenes, virus o sustancias.

Los obsesivos puros experimentan pensamientos o imágenes involuntarias en los que causan daño a otros, en lugar de tomar acción mediante un ritual conductual, pueden dedicarse a pensamientos repetitivos como contar, rezar o repetir palabras como medio de contrarrestar a los pensamientos ansiógenos.

Los acumuladores, los cuales recolectan objetos insignificantes y padecen dificultades para deshacerse de ellos.

Personas con escrupulosidad obsesiva. Esto se centra en una rigidez moral o religiosa y sus compulsiones pueden estar ligadas a la oración o búsqueda de confirmación de su *pureza* moral.

A pesar de la diversidad en la descripción del TOC, es evidente su orientación fenomenológica y se limita a un punto de vista sintomático. Cohen de Lara et al., (2003) apunta que el peligro de centrarse en los síntomas es que se llega a un empobrecimiento en la comprensión de la complejidad de la afección. Freud, (citado por Cohen, 2003) “había mencionado desde el principio la multiplicidad de formas clínicas que podía revestir la neurosis obsesiva” (p.19).

Aunque exista relación y similitud entre ambas entidades clínicas, como ya se mencionó el TOC y la Neurosis Obsesiva no son sinónimos. A partir de la publicación del DSM III (American Psychiatric Association., 1988) el TOC no fue más una característica de la neurosis obsesiva, sino pasó a formar parte de los trastornos de ansiedad, esto debido a que la función primaria de la obsesión o ritual parece ser la regulación de la ansiedad (Gabbard, 2002).

Esta clasificación ha cambiado nuevamente, pues como se mencionó, hoy el trastorno Obsesivo-Compulsivo ya no es parte de los trastornos de ansiedad, sino es una categoría en sí misma que agrupa a otras alteraciones como la tricotilomanía, el trastorno por acumulación, la excoriación de la piel y el trastorno dismórfico corporal.

Cabe mencionar que Gabbard (2002) enfatiza que se ha encontrado un probable componente biológico relacionado al TOC. Además, específicamente este trastorno

suele ser notoriamente refractario a las terapias orientadas al insight a diferencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad.

Aunque esto aporta, no necesariamente implica que el sustrato biológico sea la causa primaria del TOC, ya que, también señala que a pesar de existir predisposición pudiera ser precipitado por factores ambientales, además enfatiza que muchos pacientes con TOC suelen “aferrarse a sus síntomas resistiéndose tenazmente a los esfuerzos terapéuticos. Los síntomas en sí mismos pueden defenderlos de la desintegración y desempeñan una función útil” (Gabbard, 2002 p. 265).

El Trastorno de Acumulación

Al igual que en el caso del TOC, que es considerado un trastorno de ansiedad que se ha separado como entidad diagnóstica, el ahora llamado *trastorno de acumulación* en versiones anteriores de las clasificaciones psiquiátricas internacionales se consideraba un síntoma de TOC, pero a partir de trabajos de investigación como los llevados a cabo por Pertusa et al., (2009), Frost y Steketee, (2011) entre otros, se identifica que personas que suelen atesorar de manera desmedida parecen tener más en común entre ellos que con las personas que son diagnosticadas con TOC, pero que no necesariamente acumulan.

Se incluye por primera vez como un síndrome distinto de TOC, pero relacionado a este en el DSM-5 (APA,2013) el cual lleva por nombre: Trastorno de Acumulación (TA).

Generalidades

Guardar objetos, así como la mayoría de las conductas de las personas, se presentan en un continuo entre aquello que se considera útil, adaptativo o necesario para la supervivencia y otro extremo al que podríamos llamar patológico, perturbador o incluso amenazador para la persona y a quienes le rodean.

La conducta de atesoramiento es común, de diversa índole y temporalidad entre los seres humanos (además de otras especies animales). Se pueden ver ejemplos en

la compra de la despensa, las colecciones de algo considerado como valioso por ciertos grupos, el atesoramiento de cosas consideradas como “recuerdos”, (fotografías, videos, entre otros) cosas cuya función es recordar tiempos pasados, personas, sucesos o lugares.(García-Muñoz, 2012)

En el otro extremo de dicho *continuum* se encuentra el acaparamiento de objetos, caracterizado por no tener en apariencia un orden, ni un objetivo específico, además de no estar limitado por el tiempo, las posesiones se conservan por periodos indeterminados, en ocasiones a pesar de que hayan cumplido su función original o rebasado su “vida útil” o “fecha de caducidad”.

Lo anterior, se suma a que quien guarda los objetos se siente incapacitado de desechar aquello que guarda, así como de detenerse en la obtención de nuevos objetos lo que da como resultado la eventual ocupación total de los espacios en los que las personas acumulan, sin importar si dichos espacios comprenden los lugares en los que la persona habita o descansa.

El atesoramiento excesivo es cualitativamente distinto del coleccionismo. En este último se adquieren, clasifican y conservan objetos materiales considerados valiosos por alguna característica intrínseca y son considerados aceptables, buenos o valiosos por ciertos grupos sociales de diversos tamaños y composiciones. Existen coleccionistas de cosas muy específicas o cosas relacionadas con temas bien conocidos en la cultura popular como lo relacionado al universo cinematográfico de *Star Wars* (Prieto, 2009).

Steketee y Frost, (2014) distinguen al coleccionismo atribuyéndole las características de un proceso de adquirir posesiones de manera selectiva y apasionada y que aleja a las cosas de su uso diario o común pues son percibidas como un conjunto no idéntico de objetos o experiencias pero que sí están relacionadas.

A pesar de que la cualidad distinta del coleccionar sea subjetiva ya que no existe una regla sobre qué cosas se pueden coleccionar y cuáles no, el responder a la pregunta simple: ¿qué es lo que coleccionas? Arroja luz sobre la categoría

específica que delimita a la actividad de coleccionar cierto grupo de objetos. El coleccionismo es un comportamiento sistemático que implica reglas y control además goza de cierto prestigio sociales. En este sentido se puede mencionar que el coleccionismo es una *obsesión organizada* (Aristides, 1988 citado por Steketee & Frost, 2014).

Antecedentes

La conducta acumuladora excesiva ha sido documentada en la literatura desde fechas tan remotas como el siglo XIV.

Winters, (2015) señala que, en *La divina Comedia* de Dante, el cuarto círculo del infierno es reservado para los *hoarders* (atesoradores, acumuladores), además enfatiza ciertas características del personaje Sherlock Holmes de Arthur Conan Doyle (1859-1930) a quien describe como un coleccionista de chucherías y quien solía horrorizarse cuando se destruían sus documentos, estos rasgos son similares a los de un atesorador compulsivo.

“Carácter y Erotismo Anal” (Freud, 1908) suele ser uno de los primeros trabajos clínicos citados cuando se habla de antecedentes del estudio del TA, sin embargo, dada la envergadura y la relevancia de los trabajos de Freud, lo relacionado con el tema de estudio será retomado más adelante.

Ernest Jones (1923, citado por Steketee y Frost, 2014) tomó como base el pensamiento de Freud y declaró que todos aquellos que coleccionaban eran *eróticos anales*, ya que el impulso de reunir, coleccionar y atesorar era resultado de un proceso de “sublimación”.

Más puntualmente, para Jones, los objetos coleccionados tenían una relación simbólica con las heces. Y aunque en el pensamiento freudiano se relacionaba a las heces con el dinero, Jones menciona que también podría ser aplicado a la retención de otros objetos, aunque no tuvieran un valor aparente como alfileres o periódicos viejos.

En 1947, ocurrió el incidente que terminó en la recuperación de los cadáveres de los hermanos Collyer, muertos en su propia casa víctimas de su propia conducta acumuladora.

El cuerpo de Langley fue encontrado en gran parte comido por las ratas y sepultado por una enorme cantidad ingente de libros, periódicos y otros objetos de todo tipo. Falleció aplastado por un derrumbe mientras intentaba acceder al rincón de la casa en donde se hallaba su hermano Homer para darle de comer pues éste era parálítico además de ciego. Homer, como la autopsia reveló, murió de hambre y sed en una lenta e interminable agonía (Jarvis, 2007b).

Este es probablemente el más mediático de los casos de acumulación compulsiva, dio origen a libros y obras de teatro, pero curiosamente se tomó como un suceso excepcional y no se inició una labor de investigación al respecto.

El guardado de cosas llevado a cabo de manera “desmedida y desorganizada” fue abordado ya de una manera clínica por Beatson (1960) quien describe una “común y bien definida aberración mental que nunca ha visto reportada”(p. 468) a la cual nombra *pobreza imaginaria* y sería presentada mayormente en pacientes *mayores* quienes adquieren en demasía diversos objetos, algunos inclusive caros, aunque paradójicamente decían no poder permitirse gastos de autocuidado.

Vallejo-Nágera (1971) habla de forma inespecífica de esta alteración a la cual denomina Neurosis Sotérica. Para este autor, las neurosis son un conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico y que se vuelve crónico, sin embargo, en las neurosis se conserva la capacidad de *razonar coherentemente*. En particular, la Sotería es una reacción ante un determinado estímulo, del que se obtiene una sensación de protección absurda e injustificada (Vallejo-Nágera, 2000).

Ciertos objetos cumplen la función de proveer protección, suerte y el tener cerca este tipo de artículos derivan en la disminución de angustia o ansiedad, provocando que el propietario de los objetos sotéricos se mantenga tranquilo. Aunque es común que ciertas personas o incluso grupos manifiesten rasgos de esta índole y que son

conocidas como supersticiones. La exageración de los esquemas sotéricos llega a interferir en la actividad normal del sujeto dando lugar a este infrecuente tipo de neurosis.

Quien presenta Neurosis Sotérica suele no acudir al médico ni pedir ayuda debido a que los objetos sotéricos en apariencia son fuente de confort, seguridad o incluso placenteros y se encuentra que la única manifestación visible de esta afección es la acumulación desmedida de objetos sotéricos.

La propiedad protectora de los objetos no se debe a ninguna razón en particular por lo que es posible que los síntomas se encuentren enmascarado y sea difícil percibir su carácter sotérico, ya que prácticamente cualquier cosa podría cumplir la función Sotérica.

Similar a la de la fobia, aquí el objeto sotérico suele simbolizar la fuente primaria de seguridad y de confort que es la madre. No la madre tal y como fue realmente, sino la madre idealizada, como la ve el niño en la primera infancia (Vallejo-Nágera, 2000).

El trabajo de Vallejo-Nágera es particularmente llamativo debido a la enorme similitud con las características del TA. Esto es señalado por Fontenelle (2016) quien resalta que la neurosis Sotérica es verdaderamente una entidad que reúne las mismas características del TA y es cualitativamente distinto del trastorno obsesivo compulsivo ya que la acumulación de objetos estaría dada por el apego excesivo a objetos y al placer, a la seguridad y la protección que ofrecen estos, es debido a estos atributos que los objetos sotéricos podían acumularse de manera excesiva.

La conducta acumuladora descontrolada fue considerada propiamente una alteración psiquiátrica por Cipriani, Lucetti, Danti, Ulivi, & Nuti, (2015) quienes describen una alteración geriátrica a la cual llaman *Síndrome de Diógenes*. Este es caracterizado por una súper acumulación de basura, denominada *silogomanía* en la cual no hay ningún orden, ni jerarquía ni finalidad. Las cosas acumuladas carecen de valor, además que, quien se ve afectado por este síndrome, presenta un

aislamiento social casi total, auto negligencia, un precario estado de nutrición además de nula consciencia de enfermedad.

Es común encontrar confusiones entre el Síndrome de Diógenes y el TA, principalmente por el síntoma del guardado descontrolado, sin embargo existen diferencias importantes como la edad de inicio del guardado que en el caso del Síndrome de Diógenes es a partir de los 60 años entre otras diferencias cualitativas (Boillos, 2014).

Fromm (1955), en su obra *Tener o Ser*, comparte una mirada distinta sobre el coleccionar cosas. Él teoriza sobre dos modos de existir, centrados ya sea en el ser o en el tener, este último sería el resultado de la influencia de la sociedad occidental Industrial la cual estaría centrada en las cosas, el dinero y la fama, por lo tanto, la manera de relacionarse con el mundo sería a través de poseer y acumular pertenencias, pudiendo ser estas dinero, cosas materiales o sentimientos, palabras o incluso energía.

El trastorno de Acumulación (TA) es reconocido como una alteración de la salud mental *individual* a partir de la publicación del DSM-5 (APA, 2016) aunque sigue considerándose *emparentado* con esta alteración y en caso de considerarse que la acumulación es resultado directo de las obsesiones y compulsiones se diagnosticará TOC y no TA. Para llegar al diagnóstico de TA se proponen los siguientes:

Criterios Diagnósticos

El trastorno de Acumulación se caracteriza por la adquisición excesiva de objetos además de dificultad persistente para deshacerse de ellos, aun cuando no tengan una función o hayan quedado obsoletos. (Frost y Steketee, 2011)

Debido a la incapacidad de desechar sumado a la constante adquisición, la cantidad de objetos guardados aumenta progresivamente, además la falta de acomodo de aquello que se guarda da lugar al desorden característico de cosas que parecen poco a poco ir ganando lugar a los muebles, áreas comunes, y atestando los lugares habitables como el hogar o el espacio laboral. Por lo común, la cantidad de cosas

sumado al desorden acaban por restringir las actividades para que los espacios fueron diseñados o impedir el uso de muebles, ventanas entre otros. (Prieto, 2009)

García (2012) menciona que existe malestar clínicamente significativo, ya sea por la conducta de atesoramiento o sus consecuencias, aunque este último punto conlleve el deterioro de las relaciones con otros y los reclamos de estos y no tanto a que resulte molesto para el atesorador en sí mismo.

Para establecer el diagnóstico psiquiátrico es necesario que se cumplan los seis criterios enunciados por el DSM-5 (APA, 2013)

- A.** Dificultad persistente para deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor *real*.
- B.** Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.
- C.** La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas sólo es debido a la intervención de terceros.
- D.** La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).
- E.** La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica.
- F.** La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Resulta importante especificar si hay o no adquisición excesiva y el grado de introspección. Respecto de esto último cabría mencionar que se refiere a qué tan consciente es el sujeto de su alteración y de las creencias y actos relacionados con esta. Estos especificadores, puntualmente la consciencia de enfermedad parece estar relacionada con el pronóstico del éxito del tratamiento (APA,2015).

Fenomenología

Los objetos guardados más comunes son periódicos, revistas, ropa vieja, libros, bolsas, documentos, cartas, así como sus sobres, recibos y cobros, por lo que para

quienes observan lo acumulado tendría un valor muy escaso. Cabe mencionar que también pueden encontrarse mezclados entre las pilas de objetos varias cosas con alto valor o incluso nuevas y con etiquetas de precio aún en su lugar (Taylor, 2017).

Las razones por las que los atesoradores guardan los objetos son las mismas por las que las personas comunes suelen preservar las cosas: por su valor sentimental, su valor instrumental o su valor intrínseco (Frost y Steketee, 2011).

Una razón común es el presunto valor instrumental, las cosas son conservadas para solucionar una necesidad futura. Sin embargo, en un análisis más serio las personas pueden reconocer que esta razón es falsa, a menudo lo guardado no es utilizado nunca debido a que sencillamente el desorden impide saber con certeza qué es lo que se posee y en qué lugar se encuentra (Steketee y Frost, 2014b).

El valor intrínseco de los objetos es un motivo común por el que las personas comunes atesoran por lo que es socialmente aceptado. Sin embargo, es poco usual que los *hoarders* guarden esta clase de objetos en demasía, ya que como se comentó anteriormente, en caso de existir los objetos valiosos se encuentran difusamente regados y mezclados con objetos de escaso o nulo valor.

La necesidad de guardar está íntimamente relacionada con el malestar que provoca el deshacerse de las cosas, las personas no desechan porque hacerlo les provoca un malestar severo. Además existe acción deliberada de adquirirlas y guardarlas, esto permitiría distinguir al TA de otros trastornos en los cuales también hay atesoramiento, pero presentado de forma pasiva o de manera distinta como sucede en casos de alteraciones orgánicas o algún tipo de demencia como el mencionado Síndrome de Diógenes (Taylor, 2017).

La característica más llamativa y perturbadora del TA a ojos de quien observa es sin duda el desorden que cubre y desborda los espacios vitales del atesorador y sus familiares. A pesar de los riesgos que conlleva esta saturación de cosas, las personas con el trastorno no viven la multitud de objetos que inutilizan a los lugares vitales como amenazante o como promotor de riesgos. Cabe mencionar que estos espacios vitales desordenados y atestados no son un síntoma sino una

consecuencia ambiental derivada de la adquisición constante y la incapacidad de deshacerse de las cosas, aunque sean inútiles.

La acumulación de cosas no está limitada a las habitaciones o a las casas por lo que puede extenderse a otras áreas, como las cocheras, el jardín, vehículos, el área laboral o incluso hogares de familiares o amigos.

Es relevante señalar que en la mayoría de los casos los atesoradores no presentan malestar, sino hasta que se les señala su comportamiento (pues a menudo lo ocultan) o se les pide hagan algo respecto de sus cosas. Esto es una de las principales diferencias del TA y otras alteraciones como el TOC, ya que en ocasiones los individuos atesoradores gustan de guardar y experimentan esto como parte de sí mismos y no algo intrusivo ni repetitivo como en el caso del TOC.

Las personas que cubren los criterios para el TA se dividen en dos sub categorías según los especificadores que propone el DSM-5 (APA,2013):

Con **excesiva adquisición**. La mayoría de quienes presentan TA adquieren artículos en demasía, es decir que siguen recolectando cosas a pesar de que no se cuenta con el espacio para el almacenado.

Taylor (2017) menciona que entre el 80 y el 90% de los acumuladores presenta adquisición excesiva, además señala que las compras excesivas son la forma preferida. Winters, (2015) difiere y expresa que, en la mayoría de los casos, los acumuladores obtienen objetos a través de regalos, cosas gratuitas y desechos de otras personas. En concordancia, Steketee y Frost, (2014a) señalan que tanto las compras excesivas y los objetos gratuitos o regalados son los más medios comunes de adquisición, seguidos de objetos robados, aunque este caso es mucho menos común.

Un estudio llevado a cabo por Tolin, Meunier, Frost y Steketee, (2011) reporta que los atesoradores suelen gastar grandes cantidades de tiempo buscando y recolectando objetos para llevar a casa. Esto comprende desde compras y gastos excesivos previendo necesidades futuras o adquisiciones con una falsa intención

de reventa inclusive merodear por los basureros en busca de algo que pudiera parecerles atractivo o útil.

La forma de adquisición pareciera estar relacionada con el grado de intensidad de los síntomas (como el malestar al intentar desechar cosas o el grado de acumulación y desorden) teniendo en cuenta que si se presentan formas variadas de adquirir cosas habrá más cosas acumuladas.

El especificador del **grado de introspección** pudiera estar relacionado con el pronóstico del tratamiento. Una de las características más llamativas del TA es que las personas que lo padecen parecieran no notar el grado de desorden ni las consecuencias de atestar las habitaciones tanto para sí mismos como para los demás. Al no tener consciencia de la alteración los acumuladores no buscan ayuda.

La investigación conducida por Tolin, Fitch, Frost y Steketee (2010, citados por Taylor, 2017) muestra que el grado de introspección sí varía en las personas con TA, y que a mayor consciencia de su alteración aumentaba también la búsqueda de ayuda y el apego a los tratamientos.

Así mismo, las personas que suelen participar de manera voluntaria en las investigaciones suelen presentar un aceptable nivel de introspección por tanto se apegan a los tratamientos, mientras que aquellos que son referidos por terceros suelen mostrarse reacios a reconocer sus acciones como problemáticas y por ende rechazan los tratamientos (Worden, DiLorento, y Tolin, 2014 citados por Taylor, 2017).

Comorbilidades del TA

Los síntomas de acumulación aparecen de forma relativamente común en las muestras de estudios sobre TOC. Se considera que el grado de aparición de dicha sintomatología varía desde el 18% hasta el 42% (Hanna, 1995; Rasmussen y Eisen, 1992; Samuels et al., 2002; Wheaton et al., 2008 citados por Frost y Steketee, 2011).

En la mayoría de estos casos, se cree que existe un TA comórbido al TOC ya que cuando el acaparamiento de objetos se presenta como síntoma del TOC muestra

particularidades como el que los objetos son guardados como respuesta a un particular miedo obsesivo o se atesoran ciertos tipos de cosas.

Cuando se reclutan individuos para conformar muestras de investigación sobre TA directamente de la comunidad se suele encontrar menos TOC comórbido.

Tolin y Villavicencio (2011) identificaron a menos del 18% de pacientes con ambas alteraciones de una muestra de 217 participantes para su propio estudio sobre Atesoramiento y para el cual reclutaron a voluntarios a través de anuncios en los periódicos.

En otro estudio epidemiológico conducido por Samuels et al. (2008, citados por Steketee y Frost, 2014a) reportaron que de los pacientes que mostraron síntomas de atesoramiento en ninguno se identificó TOC.

A pesar del traslape y coexistencia del TA y el TOC, Frost y Steketee (2011) sugieren que la comorbilidad de ambos no supera el 15% en el caso de que la alteración principal sea TA y varía entre el 25% y el 30% cuando el diagnóstico principal es TOC.

A diferencia de lo anterior, se ha encontrado que más del 50% de los pacientes que cubren los criterios para ser diagnosticados con TA presentan de forma comórbida el trastorno de depresión mayor (Taylor, 2017) por lo cual esta sería la principal forma de comorbilidad. La Depresión Mayor es entendida como consecuencia del TA, debida principalmente al estrés de mantener esta conducta en secreto, además de la disminución en la calidad de vida por los impedimentos provocados por la alteración, sobre todo en los casos que cuando el TA lleva mucho tiempo presente en la vida de la persona.

Así mismo, 50% de los participantes de investigaciones sobre Atesoramiento presentan por lo menos un trastorno de ansiedad, siendo el más frecuente el de Ansiedad generalizada con el 24.4% y la fobia social con el 23.5 % (Frost y Steketee, 2011).

El atesoramiento está relacionado con el TDAH a niveles que van del 27.8% en el tipo de desatención y 13.7% con el tipo de hiperactividad (R. Frost & Steketee, 2011).

Prevalencias

Además de las comorbilidades, establecer la prevalencia del TA es un reto que ha sido atendido solo parcialmente ya que la principal dificultad radica en que no existe una definición universalmente aceptada de lo que el TA es, por lo tanto es común encontrar que se utilice de manera indistinta TA para hacer referencia del Síndrome de Diógenes o viceversa (Bottinelli, 2012) o se incluye como parte de la estadística de quienes presentan TOC (Secretaría de Salud, 2016).

Steketee y Frost (2014a) retoman el trabajo de cuatro estudios que consideran recaban la información a partir de definiciones actuales y con instrumentos de medición adecuados y concluyen que la prevalencia del atesoramiento varía entre el 2.3% y el 6%. Además en apariencia, no existe distinción de acuerdo al género aunque es más común encontrar que las mujeres están más dispuestas a participar en los estudios relacionados y a buscar tratamiento (Iervolino et al., 2009, Mueller et al., 2009, Timpano et al., 2011, citados por Steketee y Frost, 2014a).

Otro estudio llevado a cabo en Londres (Nordsletten, Reichenberg, Stephani L. Hatch, Lorena Fernández de la Cruz, Alberto Pertusa, Matthew Hotopf and David Mataix-Cols, 2013) encontró que únicamente el 1.5 % de la muestra cumplió con los criterios propuestos por el DSM-5 (APA, 2013) para ser diagnosticados con TA, además se encontró que el 67% eran adultos mayores y solteros, el 52.6% presentaban algún tipo de impedimento físico derivado de una condición médica y el 58% presentaban alguna comorbilidad psiquiátrica.

En México, hoy en día no se cuentan con datos oficiales respecto de la prevalencia del TA. Sin embargo, García (2012) reporta que encontró una prevalencia del 13.07% en la población psiquiátrica general de una muestra tomada del Instituto Nacional de Psiquiatría y en otra muestra tomada en particular de la clínica del TOC se encontró una prevalencia del 16.12% de personas que fueron clasificadas como

positivas a los síntomas de Atesoramiento Compulsivo. Para llegar a este dato se utilizó el cuestionario de escrutinio SI-R (R. Frost & Steketee, 2011) en una muestra de 153 participantes en la consulta psiquiátrica general y de 31 cuestionarios en la clínica de TOC.

Inicio y curso

Se ha encontrado que los primeros síntomas aparecen alrededor de entre los 11 y 15 años, sin embargo, se vuelven severos a partir de los 40 (Gilliam & Tolin, 2010).

La presencia o ausencia de personas cercanas a quien atesora son factor relevante ya que permiten cierto control sintomático ya sea limpiando o inhibiendo la conducta con su simple presencia. En el otro sentido la experiencia de “pérdida” o duelo puede considerarse como un detonante de una predisposición a la alteración (Wilbram, Kellett, & Beail, 2008).

Siguiendo esta lectura, los altos niveles de estrés, ansiedad, angustia o eventos traumáticos se consideran un factor de riesgo importante. Individuos con acaparamiento compulsivo refieren un mayor número y frecuencia de eventos traumáticos en comparación con un grupo comunitario de control (Taylor, 2017). Entre estos eventos se encuentran agresión física, verbal, experiencias sexuales a corta edad, además la presencia de estos eventos se ha asociado con una mayor severidad de los síntomas.

Taylor (2017) postula que algunos individuos parecen desarrollar los síntomas de acumulación compulsiva en respuesta a un trauma o un evento estresor al cual no fueron totalmente capaces de afrontar, esto en consecuencia a cierta predisposición al acaparamiento ya sea de origen genético o de crianza.

El TA es considerado como un trastorno progresivo y crónico. Existe consenso en la literatura respecto del curso clásico con inicio a temprana edad siendo más común la adolescencia y suele aumentar la intensidad de su manifestación al paso del tiempo, esto da como resultado que en edades más avanzadas la alteración ha producido consecuencias visibles las cuales revelan el trastorno.

Ayers, Saxena, Golshan, and Wetherell (2010, citados por Taylor, 2017) identificaron entre los adultos mayores, un aumento en la severidad de los síntomas de acaparamiento con cada década de vida.

Tolin, Meunier et al. (2010, citados por Taylor, 2017) encontraron en una encuesta realizada a través de internet que la mayoría de los participantes reportaban un curso crónico de los síntomas (73%), otro grupo reportaba un empeoramiento de las condiciones (21.2%) y solamente el 0.7% reportó que los síntomas desaparecieron con el tiempo.

Implicaciones personales, familiares y comunitarias

Frost y Gross (1993) desde sus primeros trabajos notaron que los participantes que presentaban atesoramiento solían ser solteros mayormente (55% de la muestra de participantes de su estudio). En concordancia Kim, et al (citados por Steketee y Frost, 2014a) identificaron que el 55% de usuarios del servicio para adultos mayores que presentaban síntomas de atesoramiento jamás habían estado casados.

Gilliam y Tolin, (2010) reportan que los participantes de sus estudios sobre acumulación que se encontraban sin pareja (solteros, divorciados, viudos) presentaban más severidad en los síntomas de acaparamiento.

La acumulación compulsiva afecta profundamente a los individuos a nivel social ya que debido a sus características o a las afecciones comórbidas (como la fobia social) los atesoradores suelen aislarse y no relacionarse con otros individuos para formar una familia. Sin embargo, en el caso que la familia nuclear ya se haya constituido, la afectación se suele extender hacia los demás miembros provocando una serie de consecuencias que van desde el estrés de sentirse en condiciones “anormales” hasta la presencia de alteraciones psiquiátricas o la desintegración familiar.

Kellerman (2008) presenta el caso de un paciente de 55 años de edad retirado debido a un accidente laboral el cual vivía junto con su hija y su esposa. A pesar de que el paciente se sentía contento apilando una gran cantidad de muebles a medio

construir y herramientas que tentativamente le permitirían terminar los muebles, su esposa e hija expresaban un terrible malestar por el excesivo llenado de la casa. El problema había llegado a tal grado que la hija no podía llevar amistades al hogar debido a las condiciones de su hogar y por tanto su madre al no encontrar manera de lograr que el desorden y acumulación disminuyesen amenazó con separarse de él si no buscaba ayuda.

En sintonía con lo anterior resulta sencillo entender lo complicado que resulta la vida para los familiares, especialmente cuando comparten espacios vitales como es el caso de la familia nuclear. Willbram, Kellet y Beail (2008) mencionan que los principales temas mencionados por familiares de algún individuo acumulador son: la pérdida de la vida familiar normal, la necesidad de entendimiento y ser entendido (refiriéndose principalmente a la búsqueda de una razón del por qué sucede esa alteración), cómo hacer frente a la situación (cómo se puede ayudar o decidir si se mantiene en secreto), el impacto en las relaciones (es común encontrar reacciones de enojo y furia, frustración y conflictos) y la marginalización (a nivel social, emocional y físico).

Estos autores señalan que los familiares inmediatos o cuidadores son individuos en riesgo de desarrollar algún tipo de alteración de la salud mental pues, aunque aún no exista suficiente información al respecto, se ha encontrado que los familiares inmediatos de personas con otros tipos de alteraciones de la salud mental presentan un importante grado de disfunción personal, agotamiento y un deterioro en la calidad de sus relaciones (Wilbram, et al. 2008).

Las familias con miembros atesoradores suelen encontrarse muy afectadas. Büscher, Dyson, & Cowdell, (2014) dividen la afectación en tres sectores:

- **Calidad de vida** – El grado de bienestar familiar disminuye debido al atestamiento de los lugares para cocinar, bañarse, dormir o estar. Es probable que esto inhiba la vida social ya que se evitan las visitas siendo esto más impactante en los miembros jóvenes de la familia.
- **Familias Desintegradas** – hace referencia al impacto del acaparamiento en las relaciones familiares y la pérdida de las vidas familiares “normales”,

debido al atesoramiento excesivo es común que surjan disgustos, peleas, y enfrentamientos.

- **Volverse cómplice-** Las familias pueden presentar respuestas al problema tanto positivas como negativas. Por ejemplo, las familias generalmente están ansiosas por ayudar, pero pueden ser arrastradas a la complicidad con quien acumula, guardando el secreto del atesoramiento lo cual deviene en aislamiento social.

Sampson (2013, citado por Holmes, 2015) explica que las familias de los atesoradores a menudo experimentan vergüenza y preocupación por esta conducta, es probable que algunos miembros combatan activamente la acumulación provocando conflictos y desgaste en este miembro. Este autor explica que en ocasiones solo es un miembro quien se comporta activamente, aunque los demás miembros también deseen que la situación cambie.

Otra afectación común es la pérdida de las tradiciones familiares, como las cenas de fin de año, las decoraciones típicas de ciertas temporadas, además Sampson, (2013, citado por Holmes) ejemplifica que los hijos adultos de acumuladores a menudo explican que ya no ven a su hogar como un lugar seguro y confiable, tal cual lo fue en su infancia por este motivo las charlas familiares se centran en el pasado con el objetivo de dejar en claro el grado de impacto que tiene el atesoramiento.

Según Grisham y Norberg (2010, citados por Schmidt, Pilla, Méa, Wagner, y Imed, 2014) los estudios epidemiológicos sugieren que las personas que acumulan viven en su mayoría solas, es común que se queden sin empleo y presenten sobrepeso, lo cual deviene en una baja calidad de vida. Esto se conjuga con un riesgo alto ya que debido al gran atesoramiento, existe riesgo de caídas, de incendio, aplastamiento entre otros, por lo que el riesgo hacia el sujeto es mayor cuando vive solo.

De acuerdo una entrevista llevada a cabo por el departamento de salud de Massachusetts (citado por Steketee & Frost, 2014b) se encontró que al menos 6% de los casos identificados de atesoramiento perdieron la vida debido a incendios.

Gilliam & Tolin, (2010) hacen mención que el atesoramiento compulsivo provoca problemas financieros a las personas que manifiestan la alteración. En una entrevista realizada a 864 participantes autoreportados como acumuladores se encontró que cerca del 6% habían sido despedidos de su empleo debido al atesoramiento.

Además cerca de dos tercios de la muestra refirieron no asistir al trabajo por lo menos un día al mes debido a condiciones psiquiátricas, además que quienes acumulan no asistieron a su empleo 7 días en promedio durante el mes previo a la entrevista.

Holmes (2015) menciona que es necesario considerar a la acumulación en un contexto amplio, no solamente como una dificultad individual ya que la problemática afecta en distintitos grados tanto a las familias como a la comunidad.

Ya que uno de los principales criterios tiene que ver con el grado de cosas atesoradas, el contexto cobra mucha relevancia al momento de “determinar” si una persona cumple o no el criterio C del diagnóstico para TA. Holmes (2015) agrega que una persona con una casa amplia podrá amasar una cantidad mayor de artículos antes de que su hogar de muestras de estar lleno y desorganizado, todo lo contrario de alguien que alquila un departamento y que esté viviendo en cercanía de otras personas.

Modelo de Intervención Cognitivo Conductual

La gran mayoría de las investigaciones respecto del TA parten del paradigma cognitivo conductual, por lo tanto, los hallazgos son interpretados a la luz de las ciencias experimentales. Teniendo esto en cuenta, se entiende la rica descripción sobre conductas observables, sobre creencias y cogniciones reportadas además que las posibles explicaciones sobre las causas del TA parten de evidencia encontrada en estudios con animales.

Algunas propuestas contemplan el que las personas con TA estarían motivados a asegurar su espacio vital a través del acaparamiento por lo que esta conducta sería una ventaja adaptativa (Kellet, 2007, citado por Steketee y Frost, 2014a), otra

propuesta considera a la acumulación como un patrón conductual “fijado”, análogo a la construcción de nidos (Rapoport, 1989 por Steketee y Frost, 2014a), mientras Blurton-Jones (1988, por Steketee y Frost, 2014a) propone que el atesoramiento es una manifestación del instinto de supervivencia la cual tiene por objetivo salir bien librado de la competencia por el alimento.

Steketee y Frost, (2014b) mencionan que los modelos puramente biológicos tienen grandes dificultades explicando la acumulación llevada a cabo por seres humanos ya que, por principio de cuentas, la mayoría de quienes presentan TA no acumulan alimentos ni existe heterogeneidad en las cosas que se guardan ni existe competencia por los alimentos en la actualidad.

El modelo de intervención más investigado y de primera elección es el de corte cognitivo conductual derivado de las investigaciones así como del modelo propuesto (Steketee y Frost, 2014b).

Originalmente se atendió a las personas que presentaban síntomas de atesoramiento compulsivo mediante el modelo CC para TOC, sin embargo, se encontró que la respuesta a este tratamiento fue limitada, además que los tratamientos farmacológicos utilizados tradicionalmente para TOC tampoco mostraron resultados significativos (Taylor, 2017).

El limitado éxito de abordar el TA con el tratamiento conductual específico (es decir, la exposición y la prevención de la respuesta) llevó a los investigadores a desarrollar métodos alternativos para tratar el acaparamiento. En consecuencia, se desarrolló un protocolo de terapia conductual cognitiva (TCC) especializado para el atesoramiento compulsivo basado en el modelo cognitivo conductual de acaparamiento, primero formalizado en una guía terapeuta y libro de trabajo del cliente (Steketee y Frost, 2007a, 2007b), más adelante elaborado en un libro de autoayuda (Tolin, Frost, & Steketee, 2007a), y más recientemente, una guía de terapeuta de tratamiento grupal (Muroff, Underwood y Steketee, 2014).

Desde esta mirada se tiene en cuenta que las personas con TA presentan creencias irracionales respecto de las cosas que acumulan, cogniciones persistentes del tipo

“si tiro esto es malo para el medio ambiente” o “si me deshago de esto después me arrepentiré”. Así como problemas en el procesamiento de la información, debido a esto suelen ser indecisos además de mostrar graves dificultades para categorizar y ordenar, además de problemas de memoria.

El objetivo de la intervención es atacar 3 características del trastorno, el desorden, las dificultades para deshacerse de cosas y la adquisición. Para lograr este fin, los terapeutas recurren al llenado de formatos de registro de pensamientos, y creencias, entrenamiento conductual para mejorar las capacidades de categorización y poder llevar a cabo tareas domésticas que involucran crear dos pilas de objetos; una para conservar y una para tirar, esto basado en ciertos especificadores lógicos establecidos por el individuo y el terapeuta.

También es común el uso de fechas límite, así como visitas domiciliarias por parte de quienes llevan a cabo la intervención y en caso de requerirse equipos de limpieza especializados.

La explicación puntual de los procedimientos rebasa los objetivos del presente trabajo, pero es menester señalar que comúnmente se encuentra en los manuales y guías de atención de TA citas de estatutos y legislaciones sobre salud mental, salud ambiental, legislación sobre capacidad mental y salvaguardado de adultos (Holmes, Whomsley, & Kellet, 2015). Esto a menudo es un recordatorio que en caso de que el tratamiento fracase o no exista mejoría dentro de determinado plazo las autoridades cuentan con la capacidad de desalojar y limpiar bajo el resguardo de dichas legislaciones.

La mayoría de estas guías para clínicos y los libros de trabajo son publicaciones de lengua inglesa y dichas legislaciones no son aplicables en México u otros países latinoamericanos.

Bottinelli, (2012) contempla tratamientos que incluyan limpiezas por parte de la autoridad en caso de ser necesario. Esto da una perspectiva sobre un interés adicional al tratamiento de quien presenta TA; la reducción de riesgos sanitarios en la comunidad. Aunque la lectura de esto es positiva, deja en claro que el interés

principal es combatir la consecuencia de la alteración: la gran cantidad de cosas atiborradas y los riesgos que provoca, sin embargo, queda pendiente la resolución de aquello que le da origen al atesoramiento.

El grado de éxito del tratamiento Cognitivo Conductual específico para TA se considera significativo. Tolin y Villavicencio, (2011) llevaron a cabo un meta-análisis de 12 estudios de corte CC con muestras que cumplieran los criterios para TA y encontraron que los síntomas disminuyeron de manera significativa en todos los casos y esta mejora fue consistente al paso del tiempo.

Los síntomas que disminuyeron fueron la dificultad para deshacerse de los objetos, seguida del desorden y la adquisición. Además, el meta-análisis encontró que los predictores de respuesta fueron el ser mujer joven y tener un mayor número de sesiones y visitas domiciliarias (Taylor, 2017).

A pesar que la mejora observada entre el pre y post tratamiento sugieren efectividad a corto plazo, la mayoría de los participantes al terminar la intervención regresaron a mostrar indicadores de acumulación similares a cuando comenzaron el estudio por lo que Taylor (2017) concluye que, aunque se ha demostrado que los tratamientos CC funcionan, hay mucha oportunidad de mejora, sobre todo en lo relativo al largo plazo.

Pretendiendo enriquecer los aportes realizados por la psiquiatría descriptiva y aquello derivado del paradigma conductual se presentan los aportes del psicoanálisis que se consideran útiles para la comprensión del desarrollo y mantenimiento de los síntomas, suscribiéndonos a la idea de que la sintomatología tiene su origen en un conflicto intrapsíquico y representan una solución mal adaptativa a situaciones (o afectos derivados de) que amenazaron al individuo y o su integridad física y psicológica.

En congruencia con lo escrito con anterioridad se intenta combatir el reduccionismo en la comprensión del sufrimiento emocional y las alteraciones de la salud mental. Partiendo del supuesto de que ambas se caracterizan por ser complejas y multicausales se enriquece el saber fenomenológico propuesto en los apartados

anteriores con la concepción psicoanalítica, que no pretende construir clasificaciones ni delimitar grandes categorías patológicas, sino que centra su esfuerzo en la comprensión de cómo la dimensión interna y escondida se integra e interactúa con los signos y síntomas visibles. Esta visión asume que el síntoma no es un elemento de referencia, sino la expresión de un programa de actuación proveniente de un trabajo psíquico y que tiene por fin el luchar contra un peligro. (Cohen de Lara et al., 2003).

EL PSICOANÁLISIS.

“El psicoanalista no se alimenta sólo de psicoanálisis. Vean, si no, la lista de los autores leídos por Freud, poetas, filósofos, médicos, historiadores, políticos, biólogos. Vean cómo mantiene el timón en el mar embravecido de tanta lectura, que a otro llevaría al eclecticismo o a la dispersión. Podemos atribuirlo a su genio. Prefiero atribuirlo a su coraje, no menos indudable.”
(Hornstein, 2016).

Para los fines de este trabajo se considera menester comprender ciertos conceptos teóricos fundamentales propuestos por Freud, la neurosis obsesiva como entidad clínica multivariada y pluri-sintomática, así como postulados teóricos de D. Winnicott que aportan al pensamiento psicoanalítico la comprensión teórica de personalidades que han crecido en ambientes deficitarios y que desde los primeros momentos de la vida han estado expuestos a situaciones que no favorecen la correcta integración del sujeto e interfieren en la adecuada conformación del psiquismo. Winnicott propone el estudio de la función llevada a cabo por el ambiente externo al individuo (principalmente la función materna que permite la integración y metabolización de las primeras experiencias), y el impacto que tiene en la conformación de la estructura psíquica y la psicopatología que se desarrolla como respuesta a las fallas ambientales tempranas (D. W. (Donald W. Winnicott, 1993).

El criterio usado para la selección de estos conceptos teóricos es la capacidad explicativa que estos tienen para comprender el desarrollo psíquico y sus manifestaciones observables en el caso clínico.

El Modelo del Funcionamiento mental

La teoría psicoanalítica es vasta y variada. Parte de los descubrimientos teóricos y las propuestas metapsicológicas hechas por Freud (1856-1939) no pueden ser comprendidas sin mencionar los descubrimientos anteriores, así como su desarrollo histórico, esto principalmente porque un nuevo saber no sustituye al anterior, por menos no en cuanto a los modelos del funcionamiento mental.

En un primer momento y fruto de sus investigaciones llevadas a cabo en pacientes histéricos, Freud da cuenta que el origen de los síntomas podía ser rastreado hasta llegar a experiencias traumáticas del pasado que se habían vuelto inconscientes y aunque no eran recordadas, seguían influyendo en el funcionamiento de los pacientes. El “recuerdo” era inaccesible para la consciencia por causa de una represión, aunque a pesar de esta, seguían obrando desde algún punto no consciente (Kernberg, 2007).

De este trabajo se deriva lo que posteriormente es reconocido como la primera tópica, un modelo de la mente que propone que esta es similar a un *lugar*, con regiones conscientes, preconscientes e inconscientes. El pensamiento inconsciente, que fue llamado proceso primario, tenía características diferenciales al pensamiento consciente, el cual se encontraba ligado a representaciones y estaba sujeto al intercambio con la realidad externa (Laplanche y Pontalis, 2016).

El pensamiento inconsciente por su parte, no estaba sujeto a ningún tipo de ligazón y ejercía una presión constante sobre los procesos conscientes (o secundarios, ligados a representaciones mentales) quienes estaban protegidos por una barrera formada por diversas operaciones defensivas, especialmente la represión (Kernberg, 2007), la cual prevenía la invasión del proceso primario (regido por el

principio del placer, por tanto con necesidad de satisfacción inmediata) en la parte consciente de la mente (que estaba regida por el principio de realidad).

De Mijolla (2000, citado por Green, 2005) resume que esta organización topográfica propone que sus partes operan como “sistemas” (inconsciente y preconscious-consciente) y plantea la idea de la existencia una cooperación entre ellos para el funcionamiento mental, aunque también estaba presente el conflicto, por el cual se daba lugar a las neurosis.

A pesar de los descubrimientos hechos a la luz de esta tónica, eran muchas las dificultades que Freud seguía enfrentando en su labor de comprender el funcionamiento mental y las patologías neuróticas. Para hacer frente a estas dificultades, propone una nueva organización estructural en la que la idea de instancias se superpone a la de los sistemas, aunque no deja esta terminología de lado. Seguirían existiendo como regiones lo inconsciente, preconscious y consciente solo que en esta ocasión surgen nuevos actores: “El yo y el Ello” (Freud, 2012) los cuales vendrán a formar parte de la llamada segunda tónica la cual permite explicar fenómenos no alcanzables por la anterior.

El yo es una instancia encargada de las descargas en el mundo exterior, y formaría parte de las regiones preconscious y consciente, aunque por ser también de donde surgen las represiones, indudablemente también tendría una parte inconsciente.

El *ello* estaría colocado en la región inconsciente por lo cual contendría todo aquello reprimido además de las representaciones mentales de las *pulsiones*, es decir “procesos dinámicos consistentes en un empuje que hace tender al organismo hacia un fin” (Laplanche y Pontalis, 2017 p.324) y las cuales serían las motivaciones intrapsíquicas principales para Freud (2012).

Kernberg (2007) resume los descubrimientos de Freud en esta etapa de su desarrollo teórico, poniendo énfasis en la regularidad con la que encontró en sus pacientes experiencias traumáticas específicas, consistentes y repetitivas de naturaleza sexual y agresiva, lo cual llamó mucho la atención, pues de manera regular sus consultantes “reportaban la aparición de recuerdos de la infancia que

reflejaban experiencias sexuales traumáticas y seductoras, deseos sexuales intensos y sentimientos de culpa relacionados”(p.85)

Además de una continuidad desde los deseos tempranos de cuidados durante lo que el describió como etapa oral hasta el placer derivado de ejercer control en la llamada etapa anal, además, de manera muy particular el deseo sexual hacia el padre del sexo opuesto y la aparente rivalidad con el padre del mismo sexo por el amor exclusivo del padre deseado, a la cual nombró “el complejo de Edipo”.

Freud también halló sentimientos de culpa inconscientes en quienes lo consultaban, lo cual reflejaba una moralidad infantil inconsciente y particularmente estricta a la que denominó primeramente “ideal del yo” y posteriormente rebautizó como Súper yo, instancia a la cual atribuyó su origen a la superación del complejo de Edipo; más exactamente vendría a ser “una modificación del yo que resultaba del residuo de las primeras elecciones de objeto del ello y una formación reaccionaria a estas elecciones, es decir una doble exigencia de identificación y de prohibición. *sé como el padre, no seas como el padre* (De Mijolla, Mijolla-Mellor, y Lerner, 2003)

Conceptos referentes al Modelo

Lo inconsciente

(Laplanche y Pontalis, 2017) mencionan que el adjetivo inconsciente se usa para hacer referencia a un conjunto de contenidos no presentes en el campo actual de la consciencia, este uso es utilizado en sentido descriptivo. Por otra parte, también se hace referencia como uno de los sistemas definidos por Freud dentro de su primera tópica; es decir una parte de la mente constituida por contenidos reprimidos a los que no se le permite el acceso a la consciencia (estos contenidos pueden ser representantes de las pulsiones, mecanismos defensivos etc.). A partir de la segunda tópica, se entiende que lo inconsciente puede incorporar al ello, a una parte del yo y el súper yo.

Lo inconsciente para Freud (2012) es algo que va más allá de lo que el sujeto no tiene por conocido, no es un opuesto de lo consciente si no “un incognoscible absoluto, lo reprimido primordial: no fenoménico y que pareciera asemejarse a la *cosa en sí* kantiana” (Brès, 2006; Adorno, 2010 y LeGaufey, 2008, citados por Escobar, 2010).

Las Representaciones

De acuerdo con (Laplanche y Pontalis, 2017), las representaciones como Freud las propone son “aquello que, del objeto, viene a inscribirse en los *sistemas mnémicos*”, este concepto es importante ya que constituye la unidad que conforma el acto del pensamiento (y que puede ser consciente o inconsciente). Los sistemas mnémicos por su parte, hacen referencia a una cadena asociativa que Freud denomina huella mnémica y que es ejemplificada como una débil impresión, que guarda parecido con el objeto, esta impresión siempre está coordinada con otras y no va ligado a ninguna cualidad sensorial.

Se entienden dos distintos tipos de representaciones, las *de cosa* que caracterizan el inconsciente y se hayan en una relación constante con la cosa en sí y, en el caso de los niños, es un equivalente del objeto percibido y puede ejemplificarse en lo que Laplanche (2017) llama “la alucinación primitiva” es decir, cuando se alucina un sustituto del objeto nutricional para lograr la satisfacción. Un punto a tener en cuenta es que las representaciones *de cosa*, parten de una imagen visual.

Las representaciones *de palabra* por otro lado es esencialmente acústica, aunque también contempla lo visual y cinestésico (Escobar, 2010). La palabra adquiere su significado mediante la asociación con la idea del objeto. De acuerdo con Etcheverry (1978, citado por Escobar, 2010) La representación de palabra sería “un objeto despojado de la cosa del mundo para pasar a ser representante de la representación cosa” (p. 410).

Esto último, cobra sentido cuando se tiene en cuenta que las representaciones de ambos tipos, además de los afectos también toman el papel de representantes

psíquicos de la pulsión y es a través de estos elementos que se puede inferir conocimiento sobre esta. Recordemos que la pulsión es un concepto que hace referencia a un impulso surgido de una excitación corporal entendida como tensión y que busca suprimir este estado de tensión lo cual logra gracias al objeto.(Laplanche & Pontalis, 2017).

Las representaciones de palabra tienen un papel esencial, ya que de acuerdo con Bernardi (1978) algo inconsciente se vuelve susceptible de acceder a la consciencia enlazándose con una representación palabra y es entonces que puede simbolizarse y servir como material del pensamiento consciente.

La Neurosis Obsesiva

Ovejas (2012, citado por Romero, 2015) define a la Neurosis Obsesiva como una entidad clínica derivada de la teoría psicoanalítica y que su característica principal “es la aparición de ideas, sentimientos o actos que invaden a un sujeto, los cuales son vividos por este como algo ajeno, extraño o perturbador, y que a pesar de los intentos de este por despojarlos y alejarse de ellos, estos síntomas se le imponen en su pensar, parasitando por completo al yo” (p.15) volviéndolo incapaz de neutralizar estos síntomas. Para Ovejas (2012, citado por Romero, 2015) esta entidad clínica tendría su origen en el conflicto surgido de la alianza entre el ello y el súperyo en contra del yo, dando origen a síntomas en el pensamiento y en la acción.

Ciertamente la neurosis obsesiva es una entidad clínica aislada por Freud entre 1894 y 1896 (Laplanche y Pontalis, 2007) y sirve para designar a las afecciones que tienen la característica de surgir de un conflicto defensivo; es decir que tienen su origen en la represión de una representación irreconciliable, pudiendo ser una vivencia que despierta un afecto penoso y que la represión provoca su olvido, sin embargo este no se logra totalmente; por este motivo, la representación es despojada de su afecto ligado el cual pasa a ser aplicado a otras representaciones compatibles.

Esta forma de defensa no sólo era característico de las neurosis obsesivas, sino que, en el primer momento del pensamiento de Freud, dicho conflicto defensivo estaba compartido por otras entidades llamadas “neuropsicosis de defensa” (Freud, 1976) entre las que se encontraban también la histeria y algunas fobias.

En el caso de la histeria, el afecto arrancado a la representación sufre una “conversión” es decir encuentra un pasaje de salida a través del cuerpo, liberando al yo de una contradicción, pero a la huella mnémica del evento irreconciliable permanecía parasitando la consciencia.

Freud continuó su teorización afirmando que cuando ocurría una situación traumática (y el proceso defensivo antes mencionado) se daba origen a un núcleo que podía ser engrosado por eventos re-traumatizantes los cuales recargarían de afecto a la representación (anteriormente despojada de su correspondiente afecto) hasta que ocurriese una nueva represión que ofreciera defensa.

Esta explicación era válida para varias psiconeurosis, sin embargo, propiamente su pensar respecto de la neurosis obsesiva se podría resumir en tres tiempos:

- A. En un primer momento Freud atribuye la etiología de la neurosis a vivencias sexuales precoces (traumáticas) las cuales fueron placenteras. Este conocimiento surge de los dichos de los propios neuróticos atendidos por Freud.
- B. Comienza a tener serias dudas sobre lo común que tendrían que ser las vivencias sexuales tempranas en la vida de las personas, por lo cual comienza a notar la importancia en la vida mental de las fantasías (en lugar de acciones realizadas), principalmente con contenidos edípicos relacionados con deseos incestuosos.
- C. Después de lo conocido como el “giro de los años 20” se enriquece el segundo pensamiento sumando las hipótesis de la pulsión de muerte además del SúperYo.

Características de La Neurosis Obsesiva

La Neurosis Obsesiva es, ante todo, una afección cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil de quien lo presenta y constituyen un compromiso entre el deseo y la defensa (Chemama y Vandermersch, 2004)

Para Romero (2015) el neurótico obsesivo es una persona perfeccionista, obstinada, con relaciones frías y distantes, calculador y suele conducirse en la vida con excesivo rigor moral.

El perfeccionismo consiste en la excesiva atención a los detalles más insignificantes, al cómo se llevan a cabo los procesos y sus etapas, al orden y la organización. Por tal, la improvisación en la vida cotidiana se torna casi imposible. Por otro lado, la obstinación se observa a menudo en la insistencia del sujeto para que las cosas se hagan de acuerdo con su manera y de acuerdo con sus propias reglas.

Además, la persona neurótica tiene grandes dificultades para expresar sus emociones, su proceso defensivo le lleva a presentarse como una persona excesivamente formal y distante, además de una manera de expresarse “poco auténtica” o acartonada. Las personas tienen la necesidad de permanecer en duda, o en inseguridad.

Bacchetta (2011) señala que este es uno de los principales medios que usa la neurosis para alejar al sujeto de la realidad y aislarle del mundo que es percibido como hostil.

Los neuróticos obsesivos a menudo son personas supersticiosas y suelen buscar explicaciones mágicas o de tipo esotérico a las casualidades inexplicables de la vida cotidiana. Además, presentan un profundo sentimiento de culpabilidad y auto reproches además de ambivalencia de sentimientos, tendencias hostiles y destructivas, fantasías incestuosas (inconscientes en su mayoría) hacia el padre del

sexo opuesto y deseos de muerte hacia otro padre quien a menudo es percibido como cruel (Salamanca, 2009).

Estos últimos deseos inconscientes son configurados como prohibidos por lo que la defensa se ocupará de postergarlos, lo que da lugar a la tendencia a la procrastinación; los deseos largamente anhelados parecen perder el encanto cuando están a punto de lograrse, esto presumiblemente por que el hecho de lograr los propios deseos sería insoportable. Al respecto Freud (1923) anotaba que a menudo el neurótico buscaba la felicidad, pero al mismo tiempo se encargaba de construir obstáculos para evitar alcanzarla.

Fenichel (2009), menciona que la piedra angular de la obsesión en la teoría freudiana es la regresión al estadio sádico-anal, la cual surge como un éxito de las operaciones defensivas contra las tendencias libidinales.

Principales Síntomas Observables

En concordancia con una descripción fenomenológica los síntomas aparentes se pueden dividir en dos:

Las obsesiones: implica la entrada en la consciencia de un pensamiento parasitario que se impone al yo. Esta instancia no la reconoce como propia por lo que el individuo lucha contra este pensamiento que es permanente, intenso y monopolizador de la actividad mental.(Cohen de Lara et al., 2003)

El pensamiento a menudo surge de manera variada, ya sea como una idea, un pensamiento mágico, recuerdo, sentimiento o afecto. Además, aparece un encadenamiento de representaciones mentales que le suceden. (Salamanca, 2009)

Por su tipo las obsesiones se pueden dividir en tres (Cohen de Lara et al., 2003):

- A. **Ideáticas:** Son rumiaciones interrogativas, generalmente de corte abstracto y de contenidos variables. El sujeto se siente asediado por escrúpulos y dudas. A menudo estas obsesiones son de carácter burdo y estériles de utilidad, pero tienen utilidad para evitar el surgimiento de la ansiedad ya que activan complejos circuitos de defensa obsesiva.

B. **Fóbicas:** Estas se caracterizan por ser generadoras de ansiedad. Estas fobias, difieren de las fobias verdaderas pues son independientes de la aparición del objeto o situación temida. No es posible huir de aquello que se teme pues no se trata de lo real de la situación, no está presente aquello provocador del miedo, sino que es un producto del pensamiento. Los temores más usuales son a la contaminación, a las enfermedades, a los gérmenes o el contacto entre otros.

C. **Compulsivas:** Se refieren a un temor de verse obligado a decir insultos groseros o pensamientos obscenos, actos agresivos o inmorales.

Compulsiones y Ritos de Conjuro: En este caso se trata de conductas o estrategias emprendidas por el individuo para presentar lucha a la obsesión.

Por lo regular, estos procedimientos son ejecutados de forma repetitiva e imperiosa debido a que ayudan a paliar la tensión interna; aunque no la eliminan, por lo que, al no quedar resuelta, la preocupación obsesiva regresa aumentada por tanto estas acciones remediales se vuelven cada vez más complejas y acaparan el tiempo de la persona. En algunos casos, estos ritos vienen a complicar las obsesiones fóbicas.

Los rituales pueden desarrollarse sin una obsesión inicial. Además, este tipo de acciones son sólo una parte de las medidas defensivas contra las exigencias de la realidad

Cohen de Lara (2003) resume las características específicas halladas por Freud sobre la Neurosis Obsesiva desde el punto de vista de los mecanismos defensivos (desplazamiento del afecto, aislamiento, anulación retroactiva) desde el punto de vista pulsional (ambivalencia, fijación al estadio anal) y desde el punto de vista tópico (relación sado-masoquista interiorizada bajo la forma de la tensión entre el yo y un súper yo particularmente cruel).

Mecanismos Defensivos Utilizados

Entre las principales características de la neurosis obsesiva se encuentra el uso particular de mecanismos defensivos formadores de síntomas como la anulación

retroactiva y la anulación, además de otros que parecen estar presentes en otras configuraciones psíquicas tanto patológicas como *normales*.

- A. **Formación Reactiva:** Laplanche y Pontalis (2016) La definen como “una actitud o un hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra este” (p.162). Esto comprende desde un comportamiento particular hasta rasgos de carácter estables. Estos autores profundizan mencionando que ciertamente la formación reactiva fue una de las primeras descripciones de la neurosis obsesiva y son una especie de *contrasíntoma*, ya que se basan en la contradicción y a decir de ellos, constituye una defensa exitosa pues los elementos del conflicto realmente son excluidos de la consciencia y en su lugar surgen atributos contrarios que son llevados al extremo. Estos rasgos, ciertamente contradicen lo primeramente vivenciado por el sujeto en el pasado, por ejemplo, en el caso de la actividad sexual precoz se observa a menudo una marcada escrupulosidad moral. Por otra parte, Cohen de Lara retoma a Freud (1905) quien menciona que durante la latencia estas formaciones participan en la constitución del carácter y los rasgos humanos entre los que se encuentran el asco, el pudor o la moralidad común.
- B. **Anulación Retroactiva:** Laplanche y Pontalis (2016) lo definen como un mecanismo psicológico mediante el cual un sujeto se esfuerza en hacer como si un acto no hubiera ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o comportamiento dotado de significación opuesta. Más adecuadamente se trata de un borrado mágico de algo sucedido. Freud (citado por Laplanche y Pontalis, 2016) menciona que son actos compulsivos en dos tiempos y que representan el conflicto entre dos movimientos opuestos y de intensidad similar, a menudo se refiere a la oposición odio-amor. De Mijolla (2003) se refiere a este como una acción para deshacer lo sucedido, propiamente hacer que eso no haya sucedido por lo que es de naturaleza mágica y en ocasiones debe ser llevado a cabo en distintas ocasiones y condiciones para que surta efecto.
- C. **Aislamiento:** Este mecanismo consiste en aislar una idea o comportamiento dotado de una significación de forma que la conexión con otras ideas o el resto de la existencia se vea interrumpida. El aislamiento busca impedir las

conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia por medio de la inserción de una pausa que rompe con la sucesión temporal de eventos. Cohen de Lara (2003) menciona que este mecanismo es relacionado con el proceso normal de la concentración de la atención. Puesto que esta, el individuo se aísla de los demás estímulos para focalizar su atención en algo, sin embargo, en la neurosis obsesiva lleva a cabo una función que disocia la representación insoportable y su afecto. Este mecanismo constituye un importante obstáculo en el transcurso del proceso de cura ya que tanto fantasías como recuerdos traumáticos pueden surgir a lo largo del proceso sin que aparentemente tenga ninguna relación con otros eventos o simplemente despojados de sus afectos.

D. **Desplazamiento.** Los síntomas mismos dan cuenta de la existencia de este mecanismo ya que el conflicto originario se ve desplazado sobre pequeños detalles sin importancia, los cuales adquieren relevancia y generan conductas obsesivas, aunque no guardan proporción con la realidad objetiva, sin embargo, a nivel inconsciente guardan otro valor e importancia. De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2016) este mecanismo consiste en que “el acento, el interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa” (p.99). Bruno y Pacchioni, (2013) mencionan que Freud “hace alusión al papel preponderante de la omnipotencia de los pensamientos, esto es, la creencia mágica según la cual uno puede alterar el mundo objetivo a partir de los mismos” (p.14). Esta omnipotencia permite explicar, entre otras cuestiones, el sentimiento de culpa el cual estará a la altura del acto que supuestamente los motivó.

E. **La represión.** Este mecanismo general se presenta en la Neurosis Obsesiva, a decir de Cohen de Lara (2003) consiste en que afecta la tendencia hostil hacia una persona amada y no la tendencia libidinal, debido a la regresión al estado sádico-anal. La represión originalmente es exitosa ya que logra desprender el afecto de una representación y con ello produce formaciones reactivas que modifican el carácter. A este respecto Romero (2015) menciona que la represión tiene como objetivo primordial la sexualidad y las tendencias agresivas e incestuosas. Esto es

consistente con las ideas de Freud que postulan que el hombre civilizado ha tenido que renunciar a ciertos placeres y comodidades que pudo haber disfrutado desde tiempos primitivos en aras de obtener los aportes de la vida civilizada y el desarrollo cultural. En términos generales, esta represión “original” ha dado buenos dividendos, sin embargo, el precio a pagar es un relativo malestar en la vida anímica pues el sujeto siempre está en falta e insatisfecho.

Lo Obsesivo, la posición transitoria de la neurosis obsesiva y el carácter anal

Romero Castelán, (2015) señala que existe diferencia entre lo denominado idea obsesiva y lo obsesivo. “En este sentido lo obsesivo pertenece a un modo particular de organización psíquica que se enlaza con lo pulsional y lo ordena, siendo por lo tanto una característica constitutiva del psiquismo presente en cualquier estructura clínica” (Capella, 1996 citado por Romero, 2015 p.12).

Para Fink (2007), la estructura clínica configura la economía psíquica y designa el funcionamiento psíquico del sujeto, por lo cual se entiende como la manera en que el sujeto vive y se relaciona con el mundo. Por lo tanto, hablar de una Neurosis implicaría hablar de la postura trascendental del individuo frente a la realidad.

Esta última idea difiere fundamentalmente del concepto de trastorno mental, ya que implica la idea de una alteración proveniente de un déficit o un desvío de comportamientos respecto de lo que se espera fuera el comportamiento común. La idea de trastorno surge de una comparación cuantitativa del sujeto frente a una norma o estándar.

Por su parte, la idea de la neurosis obsesiva o propiamente lo obsesivo está emparentado con cómo el individuo percibe el mundo, implica un criterio más bien estructural y que vuelve menos importante si el sujeto presenta o no cualquier cantidad de síntomas y pone mayor importancia a la realidad psíquica del individuo y cómo se posiciona frente a la vida. (Romero Castelán, 2015)

Debido a esta concepción y al interés del psicoanálisis en trascender el mero estudio de los síntomas en favor de una comprensión mayor de la personalidad y del carácter por lo que se vuelve necesario el ver a la neurosis obsesiva como una alteración a manera de posición transitoria; esto no indica ser un *área intermedia* sino considerar que la neurosis obsesiva ocupa un lugar limítrofe con la psicosis (Cohen de Lara, 2003) además de reconocer que existe un cierto lazo de parentesco con la perversión, debido a la predominancia de la fase anal.

Guarner (1984) indica una diferencia importante sobre la neurosis obsesiva y distingue en esta afección lo que denomina “lo obsesivo” es decir apunta a una organización estable, la que denomina carácter apuntando a que lo obsesivo se describe mejor como un estado y no como un cúmulo de síntomas.

El carácter, de acuerdo con Fenichel (2009) representa la manera habitual de armonizar las exigencias instintivas con las que impone el mundo externo. Necesariamente constituye la función del yo, como instancia operadora de la personalidad, persistente e integradora. El carácter se refiere a la adaptación e integración llevada a cabo por el yo a las demandas del mundo externo, del ello y el súper yo y a decir de este autor, son reacciones habituales, típicas, constantes y que pueden considerarse como patológicas o normales, de acuerdo a distintos parámetros entre los cuales tienen relevancia la regresión y fijación, ya que un yo no desarrollado a plenitud se encontrará fijado o retrocederá a etapas previas de su desarrollo y con esto adoptará las formas habituales de reaccionar de dicho periodo.

La característica principal está dada por que la persona que manifiesta un carácter obsesivo se encuentra fijada a una regresión anal profunda. Esto da como características una marcada ambivalencia, además de la presencia de defensas contra la expresión de los afectos, sumado a un pensamiento mágico de origen arcaico (Guarner, 1984).

Durante la etapa sádico-anal, el infante se ve obligado a controlar a voluntad las evacuaciones. Esta acción provoca en el menor una lucha entre el placer sentido mediante la retención-expulsión, la rabia desafiante por tener que abandonar dicho placer y el sentimiento de culpa provocado por no obedecer los mandatos

parentales. Debido a la mayor intensidad del sentimiento de culpa se tratará de reprimir la hostilidad, dando como resultado una actitud disciplinada con diversos grados de ambivalencia, aunque la severidad del conflicto determinará si se presenta un super yo sádico frente a un yo masoquista (Guarner, 1984).

Ferenczi (1913, citado por Guarner, 1984) menciona que cuando se le enseña al niño el sentido de la limpieza, este rechaza los excrementos como cosas sucias y comienza a jugar con arena, posteriormente pasa por la edad de coleccionar piedras, canicas entre otros objetos.

De acuerdo con Abraham (1994) la procrastinación, la demora de las actividades, y de las relaciones de objeto en general serían ejemplos del placer retentivo. Por otra parte, Guarner (1984) anota que es común encontrar en los niños el fenómeno compulsivo; es observable en juegos caracterizados por su carácter formal y repetitivo como el dar saltos cada cierto número de pasos o evitando salirse de la línea marcada por la acera, inclusive pueden tener ciertos rituales al entrar en sus casas. Este autor señala que estas disposiciones están asociadas con las ideas sobre el bien y el mal.

Ya en los adultos, aunque estos reconozcan lo irracional de ciertos comportamientos compulsivos es común que expresen un profundo malestar o una sensación de desagrado si rompen la regla del comportamiento y temen la aparición del castigo por romper la regla.

En lo obsesivo son comunes las tendencias a la crueldad ya sean francas o encubiertas, esto sumado a formaciones reactivas las cuales surgen en contra de estas tendencias. Fenichel (2009) refiere la dificultad de identificar las tendencias agresivas, sin embargo, esta orientación instintiva sádico-anal es observable a través de la preocupación por conflictos del tipo: agresividad-sumisión, crueldad-bondad, desorden-orden.

Así mismo, por las formaciones reactivas como una bondad sobre-compensatoria, un exagerado sentido de justicia o la incapacidad para cualquier tipo de agresión o puntillosidad de los asuntos relacionados con el dinero.

Esta mezcla de formaciones reactivas y los brotes de impulsos anales dan lugar a conductas y rasgos francamente contradictorios. Fenichel (2009) explica una posible hipótesis de la regresión: **un intento de rechazar el complejo de Edipo que utiliza como defensa el retroceso parcial a la etapa sádico-anal**. “El hecho de que los impulsos rechazados se contraponen a tendencias edípicas fálicas e impulsos masturbatorios genitales al mismo tiempo, no obstante, son de naturaleza anal se comprende ya que la defensa se dirige contra el complejo de Edipo fálico, sustituyéndolo con el sadismo anal”, sin embargo la defensa posteriormente continua contra los impulsos anales.

En concordancia con Fenichel (2009) lo retentivo es una resistencia al medio y sus exigencias, así como lo es la obstinación. Esta forma de terquedad es un tipo de agresión infantil de tipo pasiva, la cual se desarrolla en donde la agresión resulta inviable, por ejemplo, cuando el niño es exigido para que controle el esfínter. Esta terquedad originariamente como acto de resistencia se vuelve una manera habitual de combate por mantener o restaurar la autoestima o el control. Este control sobre las cosas o sobre las heces puede ser operado como una propiedad mágica o simbólica, en la cual el menor expulsa las heces, pero simbólicamente siguen estando adentro.

Este último pensamiento se observa en los sujetos que revisten a los objetos externos de catexia con cualidad del yo, por lo tanto, son cosas externas que no forman parte del yo, pero deberían de serlo. Aun cuando están afuera, simbólicamente están adentro (Fenichel, 2009) Estas ideas, son particularmente difíciles de asociar para el paciente, debido a que el contenido ideacional está separado de su catexis emocional, sin embargo, es posible rastrear el afecto amenazante o desagradable cuando estos artículos externos revestidos amenazan con ser desalojados, lo cual origina angustia de desintegración del yo.

Psicodinamia de la colección

De acuerdo con Baudrillard (1969 citado por Subkowski, 2006) cualquier colección es una instancia de la defensa neurótica contra una realidad en la que el tiempo

pasa de una manera incesante, irreflexiva, continua e irreversible hasta alcanzar la propia muerte. Para este autor, la recolección, colección, atesoramiento y guardado de cosas estaría destinado a interrumpir el paso del tiempo y ponerlo bajo una ilusión de control.

Subkowski (2006) cita dos casos de Freud en la Interpretación de los sueños que utiliza para recalcar que existe un desplazamiento del afecto que originalmente estaría destinado a ligarse a otras personas hacia otros objetos, primero menciona el caso de una *solitaria solterona* que transfiere su afecto a los animales, mientras que un soltero varón se convierte en un coleccionista entusiasta. Aunque existe diferencia en las categorías de los artículos y la apreciación subjetiva de estos, se explica por las diferencias entre los roles de género imperantes en la época, sin embargo, revela que el afecto originalmente estaría destinado a la elección de un objeto de amor, sin embargo este afecto se desplaza hacia aquello que se colecciona.

Lo recolección también es propuesta como una forma primitiva de amor, la cual estaría acompañada del deseo de poseer. Subkowski (2006) hace mención de que aquello que se colecciona muy a menudo guarda una estrecha relación con la historia de vida de la persona, aunque dicha relación a menudo sea inconsciente. Este autor, también propone que la colección representa un intento de arreglarse a sí mismo por parte del coleccionista, así como crearse un mundo externo.

Estas ideas en concordancia con las de Vallejo-Nágera, (2000) proponen que el sujeto a través de la colección busca obtener calma y autocontrol, después de un abandono o de percibir el propio mundo como des-hecho, ya que proporciona un mundo externo autocreado y controlado que brinda estabilidad y seguridad. Subkowsi (2006) propone que el acto de coleccionar cosas es una manera de fusionarse con el objeto ideal, aliviando así la angustia de separación de los primeros objetos y señala que el objetivo inconsciente es asegurar el propio yo a través de posesiones susceptibles de ser controladas y establecer una diferencia entre los límites del yo y el mundo no-yo, siendo las cosas externas extensiones del propio yo que permitirían mantener la ilusión de un control omnipotente y narcisista.

Muensterberger (1994) hace un énfasis en que las experiencias de la primera infancia pueden dar lugar a la tendencia a realizar actividades especiales para reducir el peligro amenazador de un nuevo trauma y proporciona al niño herido una sensación de seguridad.

Esto en concordancia con Winnicott (1981) quien propone al falso self como una medida emergente para hacer frente a un ambiente hostil, y el uso de objetos transicionales como apoyo para enfrentar la angustia de separación ya que existe un control total sobre el objeto. La cuestión derivada es que los objetos transicionales estarían *cargados* con el afecto correspondiente del objeto internalizado de la figura materna buena y ante la ausencia casi definitiva del objeto bueno, estos pierden la carga afectiva por lo que se torna inútil.

Debido a esto, es probable que la colección se amplíe al buscar objetos nuevos que puedan ser cargados afectivamente y que sustituyan al anterior, aunque esto no se logre totalmente ante la ausencia del objeto original. A diferencia de una colección, usada como objeto transicional la cual ayudaría al sujeto para ser más independiente de su entorno, pues le permitiría manejar ciertos déficits de afecto, cuando el objeto internalizado es ambivalente, la colección puede salirse de control ya que, ante los peligros y decepciones de la vida cotidiana, el individuo puede volverse sobre los objetos que sí son susceptibles de un control total y no amenazan con desaparecer.

La principal dificultad tiene que ver con que los artículos cada vez aportan menos freno y protección ante el déficit afectivo, el trauma o el conflicto reprimido por lo que es necesaria una nueva recolección lo cual se vuelve más frecuente y extenso para que logre su efecto calmante (Subkowski, 2006).

Fontenelle (2016) comenta que pocas veces se describe en la literatura psiquiátrica el apego de los individuos hacia las cosas de este tipo, el cual describe como supersticioso. Esto en concordancia con las descripciones anteriormente presentadas las cuales se enfocan en las racionalizaciones que se llevan a cabo sobre la utilidad futura o su valor aparente como recuerdo.

Vallejo-Nágera (2000) habla de una relación con los objetos en la cual estos funcionarían como talismanes u objetos protectores y con los que el sujeto se sentía protegido y tranquilo. Este autor menciona que esta conducta es el opuesto en el espejo de la fobia, ya que, en lugar de sentir un profundo terror por algo, ese algo provocaría una profunda seguridad y calma. Aunque no existe una relación aparente entre dichos artículos y la seguridad que provoca y la categoría de objetos se volvía evidente que, al estar rodeado de estos, los individuos disminuían la ansiedad y el temor que sentía (Fontenelle, 2016).

Los artículos que proporcionan seguridad, también llamados sotéricos (Vallejo-Nágera, 1985), bien podían en un principio no llamar la atención debido a su pequeña cantidad, así no se distinguiría como algo problemático, sin embargo, es común que se atesoraren en exceso lo cual podrían interferir con la vida cotidiana y ser considerado como patológico.

Aportaciones de Winnicott

Winnicott, lleva a cabo una lectura particular del psicoanálisis. Este autor hace valiosas aportaciones respecto de la comprensión de como el ambiente del sujeto (esencialmente la madre) tiene un papel sumamente relevante para la constitución del psiquismo (Mena, 2014). Para Winnicott, el sujeto viene al mundo en un estado de madurez e indefensión por lo que no se puede considerar que sea un "individuo", sino ve en su lugar un sistema diádico conformado por la madre y su bebé, esto debido a que uno no sería capaz de existir, sin el otro. (Bleichmar, Bleichmar, y Wikinski, 1997)

Integración y Personalización

Para Winnicott el bebé es una parte de una diada: la madre y el bebé. Por separado no existen. Esto debido a que el recién nacido llega en un estado de no integración, los núcleos del yo están dispersos y están incluidos en una unidad junto con el medio ambiente, además no hay diferenciación entre lo que llamaríamos impulsos del ello y un estímulo externo. Es una etapa de dependencia extrema en la que de no existir la función materna se esperaría la muerte del bebé. (Bleichmar et al., 1997)

“En la etapa que analizamos es necesario no considerar al bebé como una persona que tiene hambre y cuyos impulsos instintivos pueden ser satisfechos o frustrados; sino pensarlo como un ser inmaduro que está constantemente al borde de una angustia inconcebible” (Winnicott, 1962 p.2). Lo único que mantiene a raya esta angustia es la función materna la cual es vital en esta etapa. La función materna debe contar con una gran capacidad para ponerse en el lugar del bebé y detectar que es lo que este necesita en el manejo general de su cuerpo, por lo tanto, de su persona.

De una función materna deficiente en esta etapa se desprenden distintas consecuencias psicopatológicas y que ocurren a distintos grados, siempre en función de las particularidades de la relación, los grados y estilos de disfunción, sin embargo, se pueden destacar dos grupos:

- Distorsiones de la organización del yo sientan las bases de características esquizoides
- Defensa específica del autosostén, en este caso el desarrollo de un *self* protector y una organización de la personalidad basada en este *self* que es falso pues no deriva del individuo sino de un aspecto de la relación madre-hijo. Esta defensa que es distinta de las defensas del yo ante los impulsos generadores de angustia del ello y que ocurrirán después, tiene por objetivo proteger a los núcleos del infante de un medio amenazador, pero cuyo éxito puede generar una nueva amenaza al núcleo del *self* (D. W. Winnicott & Piatigorsky, 1993).

La tendencia principal en este momento es la integración, está comprendida en términos de elementos motores y sensoriales cuyos elementos se conjugarán en un *self* unitario. Si la angustia inconcebible es mantenida lejos, este *self* unitario se mantiene en una pauta de continuidad, al mantenerse a la postre erigir una personalidad. Cada falla ambiental, produce angustia inconcebible y quiebra la continuidad de la experiencia. Si estos quiebres en la percepción de continuidad de la existencia se suscitan con frecuencia, se inicia una fragmentación del ser. (Sáinz Bermejo, 2017)

La integración está vinculada con la función ambiental de sostén. La integración logra la unidad y aparece el yo, por tanto, se asume que existe todo lo otro que no es yo. Winnicott (1962) nos dice que después surge el “yo soy, yo éxito, yo recojo experiencias, me enriquezco y tengo una interacción introyectiva y proyectiva como el no-yo” (p.4). En circunstancias adecuadas, la piel se torna la frontera entre el yo y el no-yo y se puede decir que la psique ha empezado a vivir en el soma y se ha iniciado una vida psicósomática individual.

“La defensa organizada contra la desintegración despoja al individuo de lo que constituye una precondition del impulso creativo, y en consecuencia le impide llevar una vida creativa” (Winnicott,1993 p.36)

Sáinz Bermejo (2017), postula que la desintegración, es un conjunto de defensas utilizadas para que el sujeto se derrumbe y vuelva a un estado de no integración. (clarificando, es cualitativamente distinta la desintegración que es una defensa y la no integración que es un estado primitivo). La posibilidad de regresar a la no integración es experimentada como algo que amenaza el núcleo principal de la persona, pues, aunque este estado cuando ocurrió originalmente no quedó registrado propiamente como un recuerdo, si queda registrado en las huellas mnémicas quedando en el inconsciente escindido. Por tal circunstancia no pueden ser recordadas o reconocidas conscientemente, pero estas experiencias en efecto forman parte de su bagaje de experiencias emocionales.

La adaptación al mundo

Una vez que se ha conformado esta unidad psique-soma, el siguiente paso es la adaptación a la realidad externa. Bleichmar et al.(1997) nos recuerdan que, si el bebé tiene hambre, puede alucinar algo que sacie su apetito y puede ser que la madre ofrezca en ese momento su pecho es decir un objeto real. “El bebé siente que eso es lo que acaba de alucinar ... y sus ideas se ven enriquecidas por los datos reales de la vista, el tacto, el olfato... de esta manera el pequeño empieza a construirse la capacidad para evocar lo que realmente está a su disposición” (Winnicott, 1945 p.3).

En este momento la función materna lleva a cabo el rol de proveer a la criatura con objetos reales que generen la construcción de las representaciones psíquicas del mundo externo. Bleichmar et al., (1997) comenta que la fantasía precede a la objetividad y que el enriquecimiento de esta con objetos procedentes de la realidad depende de la ilusión creada por la madre.

Debido a que la sincronización entre la alucinación procedente de la fantasía y los objetos reales presentados por la madre no es perfecta, cierto grado de disparidad entre la aparición del objeto real y el fantaseado es cubierto por la actividad mental del niño, quien convierte cierto grado de falla ambiental en un éxito, lo que libera a la madre de la necesidad de ser perfecta, pues el niño es capaz de rellenar lo faltante a través de su comprensión.

Esto tiene implicaciones importantes en determinados cuadros, ya que si el medio ambiente, es decir la función materna, no provee los cuidados que el psique-soma considera elementales se verá obligada a una sobreactividad mental que compense estas carencias por lo tanto “el pensamiento del individuo asume el control y organiza el cuidado del psique-soma, mientras que en condiciones saludables esto es función del medio” (Winnicott, citado por Bleichmar, 1997 p.266).

El Self Falso

De acuerdo con Sáinz Bermejo (2017), es necesario que el ser humano desarrolle defensas que protejan al interior vulnerable de las personas de un ambiente que en ocasiones pudiera dañarlo. En este sentido y, retomando a Winnicott (1960), se considera que las personas poseen un núcleo esencial, al que se identifica como Self verdadero. Este es la parte auténtica de la persona y representa la autenticidad de cada uno, pero a su vez también es la parte más vulnerable.

EL Self Verdadero aparece ligado a la experiencia corporal, así como al proceso primario, inclusive García Jerez (2010), menciona que, aunque está ligado al Ello, también sería tributario del yo, pues sería un logro de la integración, la cual a su vez es resultado del *holding* llevado a cabo por la función materna. Por tanto, el origen del self verdadero es el gesto espontáneo del niño reflejado por su madre, aunque

tendría su origen en el núcleo pulsional, al pasar por la metabolización materna devendría en parte del yo.

El papel de la madre es fundamental debido a la fragilidad de su núcleo verdadero en un principio desintegrado, deberá ser cobijado por el sostén materno para ir logrando la integración sin grandes estímulos desagradables que pudieren interferir en su narcisismo primario y la ilusión de omnipotencia necesarias para ir solidificando el núcleo y preparándolo para las primeras desilusiones de la presencia de la realidad externa.

Si la función materna no lleva a cabo un sostén adecuado para el tierno yo del bebé, es probable que viva los estímulos ambientales como amenazas a su continuidad existencial por lo que provocará en el infante la vivencia que todas sus actividades motrices y gestos son meras respuestas ante el peligro al que está expuesto. Bleichmar (1997) dice que el bebé “ya no vive sus movimientos ni los estímulos externos como ensayos de autonomía de su yo inmaduro, sino que los vive como provocados por un mundo amenazante” (p.267).

En respuesta a estas amenazas el infante recurre a una protección fabricada por él, esta es una suerte de cáscara, de la que Winnicott (1960) dice que “el individuo se desarrolla a modo de extensión de la cáscara más que del núcleo, y a modo de extensión del medio atacante. Como resultado, el verdadero núcleo de la persona queda muy oculto por el Self falso, quien debido a su función de esconder (para proteger) al verdadero acaba sustituyéndolo” (p.186).

Por sí mismo, el falso self puede ser considerado como saludable, incluso en cierto modo necesario para mantener un correcto funcionamiento social, todos tenemos un self educado y cortés que utilizamos socialmente, así mismo contamos con un self privado, el cual solo es accesible en la intimidad (Winnicott, 1993). Por tanto, Sáinz Bermejo (2017), nos dice que “el entrono debe proteger al niño, ayudándole a construir el falso self, pero tiene la encomiable labor de facilitar que el verdadero self se exprese y pueda relacionarse con la realidad”.(p.57)

En los casos exitosos los sujetos pueden estar bien adaptados a los requerimientos sociales sin que esto signifique pérdida de su espontaneidad personal. Un self verdadero bien cuidado y protegido puede desarrollar sus capacidades consigo mismo y con los demás.

A pesar de considerarse como algo necesario para un buen funcionamiento social y psíquico, el falso self en casos extremos “puede establecerse como real, siendo precisamente esto lo que los observadores tienden a tomar por la persona real. Sin embargo, en las relaciones de la vida, del trabajo, de la amistad, el ser falso empieza a fallar. En algunas situaciones donde hace falta una persona completa, el ser falso se encuentra con que le falta un elemento esencial” (Winnicott, 1960 p.186).

Como ya se mencionó, la función del falso self es proteger al verdadero de la amenaza del ambiente. El ser falso es un producto del contacto con un entorno percibido como agresivo por lo que el interno del sujeto va produciendo pseudos que satisfagan las exigencias del medio ambiente, en términos generales la sumisión y la copia de gestos y actitudes externas son utilizadas como herramientas por el falso self para cumplir con las demandas del medio y lograr sobrevivir.

Cuando la función materna no es llevada a cabo de manera suficientemente buena, el infante se ve “seducido a la sumisión y es un ser falso y sumiso quien reacciona ante las exigencias del medio ambiente, que parecen ser aceptadas por el niño” (Winnicott. 1960 p.190). Además, debido a la mediación de este falso self, el infante se va construyendo relaciones falsas con otros, basadas en la sumisión a estos y por medio de introyecciones llega incluso a adquirir una ficción de realidad; es decir: **El niño al crecer no será más que la copia de la madre, niñera o quien sea que domine la situación.** Por tanto, el self falso tiene una función vital, ocultar al self verdadero, lo que logra sometándose a las exigencias ambientales.

Winnicott enfatiza que la sumisión es el rasgo principal de este falso self, mientras que la imitación es una especialización. Además, el self verdadero se encuentra escondido tan bien que la espontaneidad y creatividad no son rasgos de las experiencias vitales de la persona.

El Self Verdadero

Winnicott ejemplifica al ser verdadero mediante su acción: el gesto espontáneo. Menciona que solo el self verdadero es capaz de crear y ser sentido como real, todo lo contrario del ser falso quien es percibido como irreal o un sentimiento de futilidad.

El Self verdadero tiene su origen en el cuerpo y sus funciones, está ligado a la idea del proceso primario y en un principio no es reactivo a los estímulos externos. El self verdadero en última instancia reduce su función a juntar los detalles surgidos de la experiencia de estar vivo. Esto implica las sensaciones derivadas del cuerpo y los derivados de los estímulos ambientales. Cuando el niño alcanza cierta madurez el self falso toma la función de ocultar la realidad interna del niño, puesto que se ha establecido una membrana restrictiva que separa interior y exterior y da pasos hacia la independencia del cuidado materno.

Llega un momento que el niño, es capaz de reaccionar frente a estímulos externos sin ser traumatizado por estos, debido a que este estímulo cuenta con su complemento en la realidad interna, psíquica del individuo. Además, que con cada etapa que se supere sin que el ser verdadero haya sido seriamente interrumpido en su percepción de vida, va fortaleciendo su sentido de realidad propia lo que aumenta la capacidad infantil para tolerar interrupciones de la continuidad existencial sin sentirse amenazado, así como permitir experiencias en donde el self falso tome el control de modo que el niño puede someterse, sin comprometerse (Winnicott 1960).

La fase de la inquietud

Para Winnicott, la agresividad es un componente innato que los bebés expresan a menudo a través de distintas maneras como chuparse el dedo hasta lastimarse. La particularidad es que esta cuota de agresividad estaría hasta cierto momento totalmente replegada hacia a sí misma, con el fin de proteger el objeto externo (Bleichmar, et al., 1999).

Winnicott llama fase de la inquietud a una parte del desarrollo normal en los bebés al que Melanie Klein llamó *posición depresiva*. Esto primordialmente debido a que considera que el término depresivo esté ligado con algo patológico por lo que su

uso no es adecuado ya que el concepto de posición depresiva no implica que los niños se depriman normalmente (Winnicott, 1993).

La relación entre la agresividad y la fase de inquietud tiene que ver con que, en un primer momento, para Winnicott (1993) la agresividad-crueldad tienen que ver con una especie de amor instintivo. “Originariamente, este amor es una forma de impulso, de gesto, de contacto, de relación, y produce en el pequeño la satisfacción de la autoexpresión, liberándole de la tensión instintiva; es más, hace que el objeto se coloque fuera del ser” (p.105).

El bebé tiene dos momentos distintos, cuando está quieto y cuando está excitado y del mismo modo la madre tiene dos funciones que corresponden a cada uno de los dos estados del infante. Winnicott nos dice que “al final, todo queda dispuesto para que en la mente del pequeño estas dos funciones se junten” sin embargo esto no ocurre sin complicación ya que en ocasiones cuando se siente excitado el bebé fantasiosamente ha atacado cruelmente a la madre, esto debido a que no hay una clara distinción entre lo que se pretende y lo que realmente sucede. “Hablando del modo más sencillo posible, el bebé excitado, que a duras penas sabe lo que está sucediendo, se deja llevar por los crudos instintos e ideas que corresponden a los mismos” (Winnicott, 1993 p.110).

En este momento ocurre lo que este autor llama círculo virtuoso. A pesar de que la madre recibe en ocasiones la agresión y la rabia que surge instintivamente del bebé, esta le devuelve cuidados, protección y amor. Con lo cual, a decir de Bleichmar, et al. (1997) se confirma que, a pesar de la agresividad del bebé, la madre no sólo ha sobrevivido, sino que es un ser separado del niño. “La criatura adquiere la noción de que sus propios impulsos no son tan dañinos y puede poco a poco aceptar la responsabilidad que tiene sobre ellos.

Al paso del tiempo van coexistiendo dos percepciones de la identidad de dos objetos inicialmente separados: la madre de las fases tranquilas y la madre utilizada y atacada en el clímax instintivo. Por otra parte, surge el reconocimiento de las propias ideas, la fantasía y la creación imaginativa y comenzando una diferenciación cuando estas surgen de hechos. Es en este momento que la madre que cuida y la madre

atacada van acercándose en la mente del bebé y en esta va surgiendo la capacidad de preocuparse por ella como un objeto total (Bleichmar et al, 1997). Curiosamente, aunque esta etapa forma parte del desarrollo emocional primitivo, es muy común que no se complete durante la infancia incluso a decir de Winnicott, es en ocasiones que se logra solo a través del análisis.

En este momento, a pesar de que no existe una dependencia total del bebé como en los primeros momentos, si se puede hablar de una dependencia de alto grado y es necesario que la madre o quien lleva a cabo la función materna sea suficientemente buena y sobreviva a los ataques instintivos fantasiosos del bebé.

“Cuando el entorno no puede sostener de forma adecuada la agresividad, ésta tenderá a disociarse y a separarse de la capacidad para amar, es entonces cuando se produce la escisión entre el amor y la agresividad. La agresividad disociada puede pervertirse y convertirse en destructividad. También se puede disociar el amor. De esta forma solo se puede o amar u odiar, el objeto total se vuelve parcial. Las relaciones afectivas quedan fragmentadas y parcializadas” (Sáinz, 2015 p.50).

A manera de concretar esta parte, Winnicott propone pensar a esta etapa del desarrollo en dos momentos:

- La fase de pre-inquietud: No hay intencionalidad, aunque haya ataques, golpes y expresiones agresivas pues estas forman parte de la acción motora, del intento de conocer (Sáinz, 2015).
- La fase de inquietud. El niño es capaz de sentir culpa ante los ataques lanzados durante su expresión instintiva, existe diferenciación. El entorno puede auxiliar a sentir esta culpa como soportable y ayudarle a reconocer sus propias capacidades de amar y proteger, por tanto, de reparar y enmendar la culpa. Winnicott (1941) menciona que aparte de recibir, es necesario tener en cuenta en esta etapa la necesidad del bebé de dar.

EL CASO

De acuerdo con los artículos 69, 132 y 138 del código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010 pag.81) el nombre real fue cambiado.

Ficha de Identificación

Nombre: Bertha

Edad: 59 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: 5to Semestre Bachillerato

Lugar de Residencia: CDMX, México.

Descripción de la Paciente

Bertha tiene una edad aparente mayor a la cronológica, debido a su evidente desenfadado para el arreglo personal, su cabello luce desarreglado, con gran cantidad de canas y utiliza únicamente una coleta para mantenerlo en un solo lugar, sin embargo, dado lo ondulado del mismo se percibe desordenado. Utiliza anteojos adecuados a la forma de su cara, la cual luce bastantes arrugas y sin nada de maquillaje, no utiliza accesorios, viste de manera descuidada con ropa en ocasiones mayor a su talla, pero mayormente en buen estado y limpia, esto concuerda con su nivel socioeconómico dado que no trabaja y viste mayormente con ropa que le regalan. Su tono de voz es moderadamente bajo, su enunciación es adecuada y tiene un manejo del lenguaje mayor al esperado para su grado de estudios y nivel social, se comunica con fluidez, y su expresión facial corresponde a lo que expresa verbalmente. La postura corporal es encorvada, en ocasiones un tanto rígida, su marcha es lenta y presenta un leve cojeo de la pierna izquierda.

En general muestra buena disposición a la entrevista, se muestra cooperativa y relata sin problema lo que se le solicita recordar y expresar siempre y cuando no se

relacione con lo referente el guardado excesivo de cosas (al que se refiere como acumulación) , pues al tocar ese tema se muestra profundamente angustiada y se torna incapaz de seguir hablando debido a un abundante llanto.

Muestra una baja comprensión acerca de la relación entre sus conductas y las consecuencias de esta, se siente extraña pues todos en su entorno le dicen que tanto *sus costumbres como aficiones* son “locas”, incluso agrega que siempre se han referido a ella con esa descripción, aunque ella no se considera así, en todo caso piensa que los demás son quienes no comprenden *su forma de ser* debido a sus limitados criterios.

Ha acudido con anterioridad a terapia, donde ha reforzado la idea de que padece diferentes trastornos, al contrastarse con otras personas se percibe diferente a ellos, un ejemplo de esto es que no le gusta pintarse el cabello ni cuidar su aspecto personal, además que expresa que es muy sensible y cree que las otras personas no tienen esa sensibilidad (posteriormente aclara que se trata de *una sensación acerca de las vibras de las personas que le permite inferir si son buenas personas o no*).

El juicio lógico de Bertha se encuentra disminuido, pues se le dificulta mucho percibir alternativas en distintas situaciones de su vida. Cuando necesita tomar decisiones se muestra inhibida su capacidad de llevar a cabo juicios de valor y elige en función de si algo le produce malestar o no. Percibe escasa relación de causa y efecto, aunque comprende adecuadamente las normas sociales y se apega a ellas. Su toma de decisiones se basa en la emoción que siente con determinadas cosas y no con los resultados de las elecciones y su conveniencia o no.

Bertha utiliza tanto la percepción como la orientación para darse cuenta del mundo que le rodea, sin embargo, su escaso nivel de introspección le impide conectar en mayor grado con sus sensaciones internas, sus pensamientos en ocasiones parecieran estar repletos de componentes fantasiosos.

Observa en los objetos características que difieren de la percepción común, como la riqueza de sus detalles, su belleza y menciona el constante deseo de no separarse de estos.

La fantasía también se acentúa en sus sueños en donde se enfrenta a situaciones cotidianas, pero de una manera distinta a como lo hace habitualmente, siendo la constante los sueños en los que es capaz de hacer frente a las vicisitudes de la vida y se percibe con una gran seguridad y aplomo.

Su atención es adecuada, tanto la espontánea como la voluntaria, responde adecuadamente a las distintas variaciones que el medio presenta y es capaz de cambiar rápidamente el foco de su atención si lo considera necesario, presta atención constante a las instrucciones y expresiones del entrevistador, logrando focalizarse en alguna cuestión específica cuando se le solicitaba, sin embargo al presentarse situaciones que la angustian su atención anteriormente adecuada se desarticula con rapidez al grado que se vuelve incapaz de concentrarse y mantener la atención en otra cosa que no sea el estímulo que le produjo ansiedad.

Aunque en términos generales su conducta denota abatimiento y tristeza, muestra un amplio espectro de emociones, la mayor parte de ellas adecuadas a lo que expresa en determinado momento. Al hablar de los momentos en que siente enojo expresa mucha molestia y frustración, enfatiza con sus gestos además de que sus movimientos se tornan más rápidos y bruscos.

Tanto su lenguaje verbal y no verbal son adecuados para lo que intenta comunicar, siempre y cuando no sea relacionado con eventos o situaciones que le son dolorosas, puesto que en ese momento se torna incapaz de hablar debido al llanto, además de descomponer su estado general a causa de la dificultad de controlar los sentimientos de tristeza. En general después de un episodio de llanto, recobra el estado inicial, aunque abatido está bajo control.

Bertha cuenta con los recursos intelectuales mínimos para funcionar de acuerdo con su grupo de edad y nivel sociocultural, es capaz de acumular una gran cantidad de información, aunque no vaya enfocada a ninguna meta en particular.

Ha tenido una estimulación del medio suficiente, sin que logre beneficiarse totalmente de esta debido principalmente a su pensamiento funcional- concreto, sin embargo, se da cuenta de lo evidente y de lo obvio y se muestra competente siguiendo instrucciones y realizando tareas específicas.

Historia Personal y Familiar

Bertha es la quinta de doce hermanos vivos, uno varón falleció al nacer. Su padre Manuel, se dedicaba a realizar mantenimiento general, tareas que incluían labores de electricista, plomería entre otras. No recuerda que tuviese un empleo fijo. Su madre, Alejandra se dedicó al hogar y al lavado de *ropa ajena*. Siempre ha vivido en el mismo domicilio, el cual originalmente solo tenía construida la cocina, un baño, una recámara para los padres y otra asignada a todos los hermanos, los cuales vivieron su infancia en condiciones de hacinamiento y nula privacidad.

Debido a lo numeroso de la familia lo común era que los hermanos mayores se hicieran cargo de los que iban naciendo, dejando libres a los padres para poder encargarse de sus labores remuneradas y en el caso de la madre de los quehaceres domésticos. Bertha expresa que no recuerda quién de sus hermanos la cuidó y aunque en general los demás sí tienen claro cuál de ellos se encargó del cuidado de cada uno, en su caso expresa no saber ni que le comentaran quién fue encargado de procurarle atenciones.

El padre era la figura dominante de la familia. A pesar de ausentarse la mayoría del tiempo por encontrarse trabajando, era al llegar a casa quien impartía los castigos a quienes desobedecían a la madre (o a los cuidadores quienes a su vez se quejaban con la madre) los cuales a menudo eran golpes con el cinturón e imponía castigos. A pesar de ser quien ejecutaba los castigos, estos eran despachados según las instrucciones de la madre, quien estaba al tanto de la conducta de los hijos y no era sino por sus indicaciones que el padre actuaba.

La relación entre ambos padres se limitaba a las funciones parentales y la interacción se regía por los roles tradicionales de género por lo que la mujer (y las hijas mujeres) asumían una posición sumisa frente al padre (o los hijos mayores) y

se dedicaban a cocinarles, lavarles y plancharles la ropa además de atender las peticiones espontáneas y las mujeres no tenían derecho a contradecir las instrucciones de ninguno de los varones.

Bertha físicamente es blanca, tiene los ojos verdes y el pelo castaño claro, a diferencia de sus demás hermanos. Ella describe que estas características la hicieron resaltar entre sus familiares, por lo que desde muy pequeña fue señalada como *güerita bonita*, lo que parecía no agrada ni a su madre ni a sus hermanos, ya que siempre le hacían comentarios burlones debido a sus características físicas. En el caso de su madre, expresa que sintió que no la quería por ser blanca, siendo la madre de Bertha una mujer morena, de baja estatura y ojos oscuros, ella atribuye a que debido a sus rasgos prefería a las hijas que guardaban parecido con ella, además de que a los varones se les colocaba en una posición privilegiada y les cedía el mando sobre las mujeres y demás hermanos menores.

Por tanto, se formó la idea que ella resaltaba de los demás, pero esto era negativo, lo que muchas veces le hizo sentirse inadecuada y a tener por negativas sus características físicas. Los vecinos de la cuadra le decían *güereja patas de coneja* y esto le hacía pensar que ciertamente ser blanca era algo muy llamativo y de connotaciones negativas puesto que los demás morenos nadie los molestaba por ser así, además que su madre los aceptaba mejor.

A la edad de 5 años solía jugar con los demás niños de la cuadra y descubrió que una de sus hermanas mayores jugaba con otro niño de una manera que describe como rara, pues el niño la agarraba por detrás y se le tallaba, o ambos se acostaban y se *movían de una manera rara*, aunque ella describe no comprender bien qué hacían, posteriormente expresa que un vecino le pidió que jugaran a eso y ella acepta, yendo ambos al baño de la casa de Bertha y ahí ambos se quitaron la ropa y él le frotó su pene en la vagina, siendo esto algo que describe como agradable y después de un rato se vistieron y salieron a jugar con los demás.

Esa tarde, al llegar su padre, Bertha se encontraba jugando ya dentro de casa, pero sin decirle nada él se aproximó y comenzó a golpearla con un cinturón y a decirle: *¿lo vas a volver a hacer?* Repetidamente mientras continuaba golpeándola. Ella no

supo en primera instancia a qué se debían los golpes y a qué se refería con el no volver a hacerlo, pero se dio cuenta que la observaban tanto su mamá como la hermana mayor y asumió que ella la había visto en el jugueteo con el niño y le había dicho a su madre, por lo que esta, a su vez le dijo al padre provocando la golpiza.

Bertha recuerda decir: no papá te prometo que nunca lo vuelvo a hacer, ante esto el padre se detiene y la deja llorando, en parte por los golpes, pero en parte también debido al coraje hacia su hermana y su madre, pues ambas habían provocado que su padre que la golpeará.

Hasta ese momento, Bertha recuerda que su padre jamás la había castigado, mucho menos golpeado, por lo que vive esta situación con una profunda tristeza. Esto se sumaba a que se sentía poco querida por su madre y en una constante lucha con sus hermanos, a decir de ella, por sobrevivir y pensaba a su padre como alguien que si la quería, esto se debía a que en otras ocasiones su madre se había quejado de lo latosa y desobediente que era con su padre y él no le regañaba, solo le guiñaba el ojo y le respondía a la madre: al rato la regaño mientras le frotaba la cabeza a Bertha y le decía que se fuera a jugar.

Bertha describe al padre de dos maneras: como un hombre profundamente machista, violento para con su madre y sus hermanos, sumiso con aquellos que podían darle un beneficio económico y muy dominante para con la familia.

Sin embargo, también lo describe como un hombre bonachón y cariñoso con ella, en ocasiones comprensivo y muy creativo. Sobre este último atributo resalta el que ella lo describe como acumulador compulsivo, *siempre fue chacharero y todos los días llegaba a la casa con fierros y chacharitas brillantes que usaba para construir cosas.*

El padre guardaba principalmente varillas, herramienta que encontraba tirada, fierros viejos, etc. En ocasiones debido a sus habilidades manuales los utilizaba para construir muebles, como la base de las camas de los niños, que estaban hechas con metal que iba juntando y que soldaba. También hacía bancos, una mesa y diversos artículos que consideraba adornos.

Esto provocaba reclamos de parte de la madre, puesto que iba llenando el patio de desperdicios sobre todo metálicos y de madera. Bertha describe esto como un atributo muy positivo, pues les permitía tener muebles sin gastar, además Manuel recogía cositas brillantes y se las cocía a una gorra que usaba a menudo, por lo que su aspecto era peculiar.

Un rasgo característico era que no compraba ropa ni zapatos. En ocasiones encontraba ropa o se la regalaban sus vecinos, por lo que su atuendo era mayormente constituido por prendas de ropa seminuevas, difícilmente de su talla, siendo a menudo más grandes, puesto que él era un hombre delgado y sus zapatos a pesar de ser de su medida, se encontraban en mal estado, pero él se negaba sistemáticamente a comprar nuevos, pues decía no gustar de cosas nuevas.

Estos atributos para Bertha tienen una connotación positiva, puesto que es visto como autosuficiente y que no gastaba en nada por lo que podía dar el dinero que ganaba íntegro para los gastos de la familia. A decir de ella, él era un muy buen hombre, lo que contrastaba con la imagen de su madre a quien veía como amargada y *poca cosa* para su padre que era brillante.

La familia creció hasta que llegaron a ser 12 hijos. Debido a las condiciones de hacinamiento fue común para Bertha escuchar mientras sus padres tenían relaciones sexuales, lo que le provocaba *morbo*, pero a la vez deseo de ser ella a quien su papá *le hiciera eso* y no su madre, quien constantemente decía que no quería que el padre la tocara, pues eso significaba embarazarse de nuevo.

Bertha comenzó su educación formal en la primaria, en el turno vespertino ya que debido a su fecha de nacimiento las políticas de inscripción de ese momento le impedían inscribirse a la escuela en el año que cumplía 6 por lo que tendría que perder un año para poder inscribirse o elegir entrar en el turno de la tarde, su madre decidió inscribirla en el turno vespertino a diferencia de todos sus demás hermanos quienes asistían en la mañana.

Por este hecho, ella se sintió desdichada, puesto que los demás se iban juntos y ella iba sola, además sus compañeros eran más grandes y su grupo estaba

constituido por personas de hasta 21 años, puesto que aceptaban a todos los que no tenían cabida en el turno matutino, aunque esto significara que fueran los reprobados, niños mucho más grandes, inclusive un adulto. Esto impacta en que Bertha se vuelva apartada de los demás con quienes sentía poca afinidad y únicamente conservara algunas amistades de la cuadra, aunque debido al evento sexual con el vecino, no podía jugar con todos, pues siempre estaba presente el sentirse espiada por sus hermanas y el constante temor que si jugaba con algún niño pudieran decirle a su padre por lo que evitaba hacerlo.

El rendimiento escolar de Bertha fue bajo, a pesar de expresar gusto por estudiar no se sintió a gusto en la escuela por estar rodeada de personas mayores. En casa tampoco habían condiciones para que ella hiciera tareas o estudiara.

Su padre consideraba que las mujeres no debían estudiar más que la primaria porque eran un gasto innecesario ya que no trabajarían y era una mejor idea que se casaran y se fueran. Tres de sus hermanas mayores estudiaron solo la primaria y después se les buscó que trabajaran, mientras que conseguían novio.

En algunas ocasiones el padre les presentaba a sus hijas a conocidos para que se hicieran pareja y se casaran, siendo así una boca menos que alimentar..

Bertha, quien se empezó a constituir como una niña solitaria no quiso seguir este camino y pugnó por que se le permitiera estudiar la secundaria lo cual lleva a cabo, de la misma manera con un desempeño apenas suficiente y en este periodo de su vida se consolidó como una adolescente retraída y de escaso contacto social, sus únicas amigas fueron dos niñas a las que se refiere como *tan tímidas como ella*, sin embargo las amigas, con el tiempo desarrollaron gusto por los chicos y comenzaron a tratar de relacionarse con ellos, sin embargo Bertha no fue capaz de hacerlo puesto que aunque sentía atracción por ellos, también sentía atracción sexual y pensaba que si se acercaba a ellos, notarían su deseo y no podría evitar acabar teniendo relaciones sexuales por lo que prefirió aislarse más pues recordaba la vivencia de su infancia y que le había prometido a su padre *que no lo volvería a hacer* por lo que decidió aislarse del contacto social.

Es en el último año de secundaria en el que describe darse cuenta que guardaba cosas que le parecían bonitas o que le parecían tiernas y decidía conservarlas para que la acompañaran. Nota que sus amigas no sentían feo tirar botellas o envolturas de dulces como ella sentía.

Es durante este periodo que tiene su primera menstruación la cual vive con angustia puesto que nadie hablaba de eso en su casa y significó en un primer momento regaños por parte de su madre, por su descuido de no avisarle.

Después del regaño, su madre le dio *unos trapitos* los que usaba en lugar de toalla sanitaria. Estos trapitos debían ser devueltos tras su uso para que la madre los lavara y así supiera que no estaba embarazada. Llevaba un control de todas sus hijas de esta manera.

En este tiempo también Bertha comienza a mostrarse inconforme con el funcionamiento familiar, pues ha notado que sus compañeras de escuela no estaban sometidas a servir a los hombres de la casa, además había visto casos en que sus compañeros apoyaban en las labores domésticas, lo que le lleva a enfrentar a su madre y expresar su descontento sobre los roles que le asignaban.

Esto fue visto como un resultado de continuar en la escuela por lo que su madre le dijo que no le permitirían continuar y no asistiría al bachillerato.

En ese momento de su vida, Bertha tenía ya colección de distintas tapas, vasos, envolturas que iba recolectando, sin embargo, el número de estas posesiones no era muy grande debido a que su mamá le tiraba estas cosas sin preguntarle.

Las constantes peleas contra su madre provocaron que la mayor de sus hermanas simpatizara con Bertha, pues consideró que los deseos de prepararse académicamente y no limitarse a esperar casarse eran motivaciones legítimas y respetables, por lo que decide apoyarla económicamente para que Bertha continuara estudiando como era su deseo.

Cursa dos años de la preparatoria, durante estos su desempeño se caracterizó por ser mediocre, a pesar de sentir el deseo de aprender, sus nulas habilidades sociales

le provocaban estar siempre sola y sentir mucha angustia cuando se encontraba rodeada de otros chicos lo que impactó negativamente a su aprovechamiento.

Además, su cuerpo ya se había transformado en el de una mujer llamativa para los hombres, por lo que los ataques por parte de su madre se recrudecieron pues le decía que tenía *unas piernotas* y debía de tapárselas porque *no´mas andaba provocando*, llegando al grado de sentir que la regañaba por que inclusive su padre le miraba las piernas y el trasero y estos regaños le hacían sentir mucha vergüenza de su propio cuerpo.

Bertha optó por la estrategia de usar ropa enorme y faldas que le cubrieran todas piernas, ella expresa que se disfrazaba de fea, porque no quería que los demás se le acercaran y por tanto su madre le siguiera molestando, esto fue reafirmando el sentimiento de que debía avergonzarse de sí misma y de sus características, lo que devino en un completo alejamiento de los demás a quienes percibía como amenazantes y al mismo tiempo le atormentaba este alejamiento de los demás puesto que contribuía a sentirse inadecuada pues pocas personas, excepto alguno que otro chico se le acercaba.

En este periodo de su vida, Bertha expresa un gran gusto por guardar objetos que utilizaban sus compañeros. *Era una manera de tenerlos cerca*. Para ella se volvió claro que los demás chicos no guardaban cosas como ella, pues no observó a nadie recogiendo las botellas que echaban a la basura o envolturas de cosas que se comían, justo de la manera que ella lo hacía, además recolectaba lápices y plumas que los demás dejaban olvidados. Al percatarse que no era una práctica común, se cuidaba que no la observaran mientras guardaba estas cosas en su mochila, las cuales guardaba en su cuarto.

Para este entonces, la hermana quien le proveía de dinero para la escuela se casa y se ve imposibilitada para continuar dándole dinero y Bertha deja el bachillerato y se ve obligada a trabajar.

Bertha consigue su primer trabajo desempeñándose como cajera en una tienda de autoservicio. Le gustaba el trabajo porque mantenía a la gente alejada de ella debido a que por política no podían acercarse a la caja nadie que no fuera el cajero.

Sin embargo al terminar los turnos ella no se integró con las demás empleadas lo que provocó que las demás la trataran de manera hostil. Ellas atribuían que no les hablaba porque Bertha era muy creída por lo que era común que hablaran a sus espaldas y le insultaran.

Bertha no se sentía capaz de hablar con los demás que no fueran los clientes, pues percibía a los compañeros como amenazantes y a ella misma como inadecuada. Ella observó que sus compañeros fumaban al terminar los turnos, por lo que decide intentar adquirir el hábito como estrategia para sentirse parte de los demás, sin embargo, no le encuentra el gusto a fumar, por lo que se da por vencida y decide renunciar al trabajo puesto que siente a los demás como hostiles y no sabe cómo colocarse frente a ellos.

Ella tampoco se siente reconfortada en el hogar de sus padres, ya que en este es vista como rebelde, además ya está en edad de casarse y Bertha no solo no gustaba de salir, sino que, aunque su padre trataba de llevarla a reuniones (como había hecho con las hermanas mayores para que encontraran novio) ella no aceptaba.

Esta actitud de rebeldía le provocaba enfrentamientos violentos con su madre, quien se había constituido como una constante amenaza, puesto que le recriminaba su forma de ser, alegando que ella no le había educado así y quien sabe a quién había salido, además de los constantes comentarios y vejaciones relacionadas con su aspecto físico y sus pensamientos a los que calificaba de locos, por lo que era vista como la loca de la casa, puesto que no se alineaba a lo que la madre le demandaba.

Esta situación adversa, sumada a su incapacidad para relacionarse en un entorno ajeno a la familia va configurando una profunda tristeza y desesperanza en Bertha, quien comienza a tener pensamientos depresivos y desesperanzados debido a las pocas satisfacciones que percibe en su vida.

Conforme el tiempo pasaba, sus hermanos fueron abandonando el hogar familiar debido a que se casaban. La mayoría de ellos no se alejaban sino que construían habitaciones en una parte del terreno amplio que pertenecía al padre.

Esto devino en un espacio de mayor privacidad para Bertha, quien aumenta el espacio destinado para las cosas que guarda, siendo principalmente botellas de las cuales aprecia su belleza y les atribuye ciertas cualidades que le impiden el deshacerse de ellas, expresando incluso que las conservaba pues no quería que se alejaran de ella, siendo esto una constante y aunque comienza a ser señalada por algunos de sus hermanos, aún no se configura como algo invasivo, solamente le dicen que es *chacharera al igual que su padre*, pero esperan no se vuelva como él, puesto que ha llenado un espacio grande del patio de cascajo, materiales metálicos y muebles y objetos que se va encontrando por la calle, así como incontables envases de vidrio que a su vez contienen tornillos y tuercas de distintos calibres los cuales va encontrando y que atesora bajo el supuesto que un día serán útiles.

Bertha refiere que entre la edad de 23 y 27 años sufre un periodo caracterizado por depresión y pensamientos e ideas suicidas, pero se siente incapaz de llevarlas a cabo. Sin embargo, dedica parte del tiempo a fantasear sobre que le gustaría morir de una forma indolora y que así podría descansar y sentirse libre de un mundo que le resulta hostil.

Para ese momento ha conseguido emplearse de cajera en una institución educativa y logra desempeñarse satisfactoriamente. Describe su lugar de trabajo como agradable debido a que estaba dentro de un cuarto al que nadie excepto ella tenía acceso y que tenía contacto con otras personas, pero siempre a través del cristal de la caja, lo cual le permite sentirse a salvo y logra con cierto éxito comunicarse con otras personas.

A los 27 años y por sugerencia de compañeras de trabajo con las que ocasionalmente habla, busca ayuda psicológica con el deseo de resolver su sentimiento de futilidad y tristeza, además de verbalizar sus ideas suicidas y de expresar que jamás ha tenido experiencia sexual, presuntamente por que le prometió a su papá no volverlo a hacer.

En este proceso, siente que la terapeuta le da permiso de vivir su sexualidad, y es así que se propone conseguir un compañero sexual, además que las ideas suicidas desaparecen. Sin embargo, Bertha refiere a este proceso terapéutico como extraño, debido a que la terapeuta muy constantemente olvidaba que la citaba y la dejaba plantada o en ocasiones la juntaba con otro paciente y llevaba a cabo sesiones grupales. Aunque nota que no debería ser así, se siente comprendida por la psicoterapeuta y le perdona sus fallas, aunque no las verbaliza ante el miedo de que pudiese molestarle y le abandone.

En este proceso terapéutico Bertha comenta que tiene ya un gran número de posesiones guardadas y que son cosas que a los demás le parecerían basura, pero la angustia es demasiada cuando *lo confiesa*. La terapeuta le comenta que *no será con ella con quien lo trabaje* pues el sufrimiento que expresa es demasiado y tal vez ella *no le pueda ayudar*, pero tal vez después se sienta fuerte para poder hablar de esta costumbre.

Fruto del permiso otorgado, en un curso de inglés, conoce a un chico quien no le habla frente a sus compañeros, sin embargo percibe que le resulta atractiva. Al salir del curso, ya estando solos le habla y le propone salgan juntos, pero sin decirle a nadie, a lo que acepta y se vuelven amantes por un periodo de 10 años, en los cuales se ven de manera intermitente, al menos una vez al mes para tener relaciones sexuales, las cuales describe como muy satisfactorias. Bertha describe a este hombre como su novio, sin embargo, sus encuentros se limitaban a tener relaciones sexuales y posterior a estas no había ningún tipo de intercambio sentimental ni se mantenían en comunicación ni salían a otros lugares.

A pesar de esto, la relación es vivida como de noviazgo por parte de ella, aunque se limitara a lo sexual y por parte de esta relación Bertha se contagió del virus del papiloma humano, así como de herpes, sin que esto tenga la menor relevancia para la paciente. Además, que estos encuentros se caracterizaban porque solo hablaban cuando estaban dentro del hotel y al salir él no le hablaba, pues a decir de ella, se sentía avergonzado por la manera de vestir de ella, con ropa grande, faldas largas y su cabello crespo suelto.

Más o menos por le mismo tiempo Bertha se siente atraída por un pretendiente de una de sus hermanas menores, por lo que intenta relacionarse con él mayormente sin éxito. Sin embargo, ella expresa tener muchos encuentros con él debido a que era pintor y ella se ofrece a posar desnuda para él, con la esperanza de seducirlo y tener relaciones sexuales con él, sin embargo, esto no se concreta debido a que él no acepta más que pintarla. Este hombre también es considerado por ella como su novio, puesto que salían, aunque la relación se limitara a lo ya dicho.

Bertha se separa del primer proceso terapéutico e inicia otro nuevo, en el cual es medicada con antidepresivos para mejorar su estado de ánimo, además de mejorar también su capacidad de relacionarse con otros de manera indirecta.

Abandona su trabajo de cajera y solicita trabajo en un consultorio médico, en el cual se emplea por un periodo de 20 años y consistía en ser recepcionista, lo cual llevó a cabo en condiciones similares, detrás de un recibidor alto, lo que le permitía tener un contacto directo con otras personas, pero siempre con una limitante que impedía la cercanía física siendo esto positivo para que lograra desempeñarse satisfactoriamente, lo cual deviene en un periodo de alegría para Bertha, esto principalmente a que salía durante un tiempo con el hombre que tenía relaciones sexuales además de iniciar relaciones extramatrimoniales con distintos hombres que frecuentaban el consultorio, y con quienes dice no vincularse sino salir únicamente para tener relaciones sexuales debido a que le gustaban además que le permitía sentirse en control de ella decidir cuándo y dónde los veía.

De la misma manera que con la terapeuta anterior, en esta ocasión Bertha siente que le dan permiso de irse a vivir sola, y abandona el hogar de origen y renta un departamento. Ella expresa poco dolor por abandonar sus pertenencias las cuales ya constituyen una parte importante del espacio que originalmente usaba para vivir, este hecho constantemente era señalado por sus hermanos principalmente quienes le achacaban que ya tenía al igual que su padre un montón de basura guardada y la instaban a tirarla y limpiar pues se harían ratas, sin embargo no lo hace y solo lleva consigo unas pocas cosas a su nuevo lugar para vivir, el cual se mantiene mayormente limpio y en este momento no guarda cosas.

Tras el periodo de vida independiente, Bertha continuó asistiendo a terapia psicológica una vez por semana y señala que es gracias a este acompañamiento que se mantiene estable por un periodo largo de tiempo, sin embargo comienza nuevamente a recolectar cosas que le parecen atractivas pues considera que un lugar vacío le falta vida y le va llevando cosas al nuevo lugar.

En este momento de vida, su madre le comenta que le gustaría ser abuela por parte de Bertha por lo que intenta embarazarse de su pareja sexual, la cual a pesar de que se le comenta no adquiriría ninguna responsabilidad, se niega, por lo que Bertha se resigna a no ser madre y desiste de la idea. A pesar de que, si tuvo el deseo, es a partir de los comentarios de su madre que se externalizan las ganas de ser madre, puesto que antes no lo había considerado siquiera.

Bertha desiste de vivir sola, principalmente por problemáticas con la persona que le rentaba el espacio (una de estas problemáticas era que la persona no estaba de acuerdo con que Bertha no tirara objetos de uso común, como los envases de las leches o la crema), además expresa que con lo que ganaba en el trabajo duramente lograba llegar al final de la quincena. Debido a que el dinero nunca había sido importante, la cantidad que recibía como sueldo le era insuficiente para mantenerse a si misma, viéndose en la necesidad de pedirle préstamos a su madre. Por esta situación, ella decide regresar al hogar familiar.

Poco tiempo después, uno de los doctores del consultorio enferma y decide retirarse, por lo que el socio restante decide que dentro de poco cerrarán el consultorio y Bertha y la otra recepcionista serán liquidadas. Esta noticia es vivida con mucha tristeza por parte de Bertha ya que expresa que, aunque no ganaba ni lo suficiente para vivir, la experiencia de sentirse parte de un grupo, además de ser reconocida y apreciada por otros le resultaban pago suficiente.

Al cabo de un año, el consultorio es cerrado por lo que Bertha es liquidada, sin embargo, ella solicita que el mobiliario que ya no se va a ocupar y para el que no se tenga un propósito le sea regalado, por lo que Bertha consigue llevar a su domicilio varios escritorios, calendarios, documentación, archiveros, productos de papelería entre otras cosas que pasan a llenar el que fue su recámara cuando niña.

Comenta que dichas cosas no tenían para ella ningún tipo de utilidad, sin embargo, se habían vuelto recuerdos importantes que siempre le permitirían tener presente sus momentos en el consultorio y recuerdos físicos que le permitirían que no se fuera del todo de su vida el consultorio, por lo que amortiguan el sentimiento de pérdida.

Debido a la gran cantidad de cosas que recolecta del consultorio, su cuarto queda mayormente lleno, y debido a que las pertenencias no son clasificadas con ningún tipo de orden, se mezclan con bolsas de ropa que le van regalando además de artículos antiguos como las botellas que tenía de tiempo atrás.

El estado de salud de la madre de Bertha empieza a deteriorarse debido a una insuficiencia cardiaca, debido a esta condición Bertha decide no buscar un empleo sino dedicarse al cuidado y atención de su madre. A pesar de lo tenso de la relación entre ambas, ella lleva a cabo la labor de cuidados, el mantenimiento de la casa lo que incluía hacer limpieza, el lavado de ropa y el cuidado de otro de sus hermanos, además de llevar a su madre a las citas con el médico, prepararle los alimentos y atenderla en lo que fuera necesitando.

Al paso de dos años, la salud de su madre declina y son constantes las idas de urgencia al hospital por amenazas de infarto, por lo que Bertha asume el papel de responsable de su madre ante los médicos. Esto es consensuado por parte de la madre quien le expresa su gratitud y lamenta los malos momentos, sin embargo se excusa diciendo lo difícil que es estar al pendiente de una familia tan grande, lo que es visto por Bertha como una reconciliación y un “hacer las paces”.

Los demás hermanos y el esposo se ausentan del hospital dejando a Bertha el control total de las decisiones médicas. Debido a lo delicado del estado físico de su madre sufre un infarto estando en el hospital, y tras un tiempo del trabajo de resucitación Bertha es consultada sobre si continuar las maniobras o interrumpirlas, a lo que ella solicita *dejarla descansar*, sin embargo, en ese preciso instante, su madre responde a las labores de reanimación.

A pesar de este restablecimiento, los médicos expresan que es cuestión de tiempo el que sobrevenga otro paro cardiaco, por lo que Bertha decide que no se le proporcione nuevamente ayuda para la reanimación, tras lo cual su madre tiene otro infarto y finalmente fallece.

Bertha expresa sentirse muy triste, pero en paz, debido a que se reconcilia con su madre y esos últimos momentos son vividos como un reencuentro y *un estar en paz*, además de finalmente ser reconocida por su madre como una persona valiosa, capaz y cuyas decisiones son acertadas, con el agregado que es la única que permanece al pendiente de su madre, por lo que tras esta experiencia se siente reforzada y con un nuevo valor ante su padre y hermanos. Tras esto se encarga de los menesteres relacionados con el funeral y entierro de su madre.

Ella al tener el cuarto donde vivía lleno de las cosas que recogió del consultorio además de las anteriormente guardadas, empieza a quedarse en la casa donde vivía su madre y en ese momento vivía su padre. Tras seis meses del fallecimiento de su madre, fallece intempestivamente su padre de un infarto mientras Bertha hacia unas compras. Este fallecimiento impacta brutalmente en Bertha debido a que siente que no tuvo la oportunidad de despedirse de su padre como si lo hizo con su madre, por lo que siente resquebrajarse ante el fallecimiento de su padre y se siente sumida en una tristeza profundísima y que le despoja de la voluntad de continuar participando de las actividades de la vida.

En esta ocasión son sus hermanos quienes se encargan de las cuestiones funerarias, Bertha siente que al morir su padre toda su vida ha perdido el sentido y expresa que han sido tantas las pérdidas que ha sufrido que esta última no puede soportarla y deviene en un aislamiento total del mundo exterior, pasando días enteros dentro del cuarto en el que vive y que fue de sus padres (el otro está lleno de las cosas atesoradas por lo que ya no se puede usar), saliendo únicamente para comprar las cosas mínimas para sobrevivir; comida y otros básicos.

Es en este momento que se recrudece el deseo de recolectar cosas que le llaman la atención, principalmente envases que considera bonitos, envolturas que le llaman la atención, periódicos y diversos artículos que ve en la calle y que le parecen

llamativos. Este deseo no es muy comprensible para ella misma, sin embargo, no logra resistir el impulso y recolecta con mayor ahínco estas cosas y les asigna un lugar aleatorio dentro del cuarto, además no se deshace de la ropa de su padre, ni de ninguna de las pertenencias que tuvo. Aunque Bertha nota que las cosas cada vez van ocupando un lugar mayor no se detiene en su deseo de recolección por lo que cada ocasión que sale, regresa con artículos nuevos.

Esta acción, en ocasiones le resulta extraña, pues sabe que es visto por los demás como algo loco. Incluso sus hermanas que viven en el mismo predio le dicen a menudo que debería de limpiar o ya no llevar tantas chácharas porque ya está llenando también la ex habitación de sus padres, que es donde vive y teniendo en cuenta que el otro cuarto también está completamente lleno de cosas.

Aunque se da cuenta que el guardado tan grande *es algo llamativo*, no se detiene y continua coleccionado diversos objetos, ella expresa que a veces gastaba buena parte del día fantaseando sobre cómo harían tal o cual objeto y aunque se daba cuenta que era un desperdicio para la gran mayoría de las personas, ella pensaba que los demás no aprecian correctamente el trabajo que hay detrás de cada uno de esos artículos que no son valorados por los demás, y que cada que piensa en deshacerse de alguno de esos objetos le surge el pensamiento: *no quiero que te vayas, no quiero que me dejes* y siente unas enormes ganas de abrazar al objeto, con ternura como si fuera algo muy querido.

Tras cuatro años del fallecimiento de su padre, Bertha no ha vuelto a trabajar. Vive principalmente de lo que sus hermanas le invitan de comer, hace una sola comida al día en cantidad generosa y no vuelve a probar alimento hasta el otro día. Se baña una vez por semana, pues no siente deseos de hacerlo, y se dedica a ayudar en pequeñas labores a las demás hermanas habitantes del mismo predio.

Dos de sus hermanos mayores quienes ya no viven en el predio familiar convocan a una reunión a los demás, con la finalidad de informarles que si bien, no ocuparán el espacio que les fue heredado por su padre para vivir, si desean tomar posesión para construir cada uno una accesoria para poner un negocio. Ambos, imponen un plan de trabajo a los demás, pero para su correcta implementación solicitan que

Bertha desocupe el que fue su cuarto original para que pueda ser demolido y construir en su lugar un acceso general, esto teniendo en cuenta la repartición que hizo en el testamento su padre y que contempló a Bertha como heredera del cuarto que fue de él y su madre.

Esto provoca en Bertha una crisis que le lleva al punto de la desesperación puesto que en el cuarto que proponen demoler ella ha atesorado sus recuerdos del consultorio y está lleno a plenitud, además ahí guarda las múltiples bolsas de cosas que los vecinos le van regalando, ropa principalmente, zapatos, además de artículos varios.

El acceso al cuarto es prácticamente imposible debido a que las cosas están atiborradas sin orden alguno, por lo que le proponen a Bertha ayuda para tirar todo aquello que ya no sea útil, sin embargo, esto le hace montar en cólera y le lleva a oponerse con fuerza al proyecto que sus hermanos proponen y les comunica que ella desocupará esa habitación para que pueda ser demolida después de que tome terapia y logre ser capaz de mudar sus pertenencias al cuarto en la cual vive actualmente.

El cuarto de Bertha (el primero en el que vivió, el cual le piden desocupar para demolerlo) es una habitación de dimensiones desconocidas, sin embargo, se tiene en cuenta que fue capaz de albergar a los 12 hijos que conformaron la familia, por lo que se considera que no es pequeño. Esta construcción, a decir de Bertha está totalmente llena, las ventanas son inaccesibles y siempre están cerradas debido al desorden, pues las cosas más grandes simplemente son apiladas y las pequeñas están dentro de bolsas negras, las cuales también son apiladas.

Comenta que no hay animales porque no guarda comida, es difícil decir con exactitud si hay o no fauna nociva ya que prácticamente el llenado hace imposible saber qué es lo que hay debajo de las cosas grandes.

Ella piensa que podrá ir reacomodando, el simple hecho de pensar en hacer algo con las cosas le provoca llanto y tristeza pues no quiere deshacerse de sus

pertenencias que le son muy valiosas, aunque a decir verdad no tenga la certeza de que sea lo que tenga.

Aunque Bertha ya no vive en el cuarto que le solicita desocupe, ella expresa su preocupación constante porque ahora ha comenzado a llenar el que fue casa de sus padres (el espacio que actualmente ocupa) y que, entre las botellas, bolsas, envases y papeles que recolecta han comenzado a juntarse sobre la mesa, la cama, la estufa y en ocasiones ha sentido que terminará llenando todo, pero se siente incapaz de dejar de recolectar cosas que encuentra en la calle y de tirar las que ya no utiliza.

Propuesta de Tratamiento

A pesar de que para el tratamiento no se utiliza como guía los trastornos propuestos por la CIE-11 y DSM-5, si se consideró fundamental su uso principalmente para poder inscribir el caso en futuros estudios sobre casos similares sobre todo a nivel sintomático. Se consideró así ya que el lenguaje psiquiátrico y sus clasificaciones nosológicas a pesar de sus limitaciones son el lenguaje común entre profesionales de la salud mental y en ese sentido fueron usados pues permiten facilitar la comunicación entre pares y se consideró con esa única función la utilización de dichas categorías.

A diferencia de la estandarización en los tratamientos asociados a las clasificaciones psiquiátricas, los tratamientos derivados de la teoría psicoanalítica buscan tener en cuenta las características individuales de cada consultante pues son resultado directo de las particularidades de cada aparato psíquico, sus tensiones y conflictos, además de su vinculación con los distintos estímulos ambientales.

Los modelos de intervención basados en el psicoanálisis tienen en cuenta que cada yo representa una configuración única de funcionamiento, un estilo particular de mediar con la pulsión y el entorno. De acuerdo con Fenichel (2009) estos estilos particulares son compromisos entre los impulsos derivados de lo pulsional e instintivo y la organización postergación, dirección o bloqueo que reciben estos

impulsos por parte del yo. Para una adecuada intervención es necesario conocer dicho funcionamiento defensivo y en función de qué está configurado este funcionamiento.

Así mismo Fiorini (1980) nos dice que, a nivel institucional, las demandas características de la población consultante nos obliga a proponer variaciones que si bien tienen su base “en la experiencia clínica, concepción teórica y sistematización técnica del psicoanálisis puede orientarse a la elaboración de un esquema referencial propio ya que se ejerce en un contexto original” (p.19)

Una terapéutica con enfoque psicodinámico como el propuesto por Fiorini, que se considere breve se orienta fundamentalmente hacia una comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación (Fiorini, 1980). En pocas palabras, se pretende tener en cuenta las condiciones de vida del paciente, comprendiendo por esto sus vínculos interpersonales más próximos, sus condiciones de vivienda, trabajo, las tensiones propias de su grupo social, su propia cultura, sus prejuicios, mitos, entre otras.

Por lo tanto, un marco de intervención breve psicodinámico pretenderá comprender la crisis cuyo origen podrá ser variado, pero abarcando desde una adecuada comprensión social que haga interjuego con elementos de su vida interna, su compleja organización dinámica entre sus experiencias primeras, sus relaciones objetales y cómo estas se mantienen y organizan respecto de un mundo externo lleno de grupos externos, instituciones, determinaciones económicas y culturales.

De acuerdo con Winnicott (1981), ante la falla ambiental surge un falso self que llega a sustituir de forma total al verdadero, por lo que este último se oculta tan profundo dentro de la psique que provoca un empobrecimiento de la personalidad y se acompaña del establecimiento de una falla en la relación con la sociedad en general.

Winnicott menciona que el ambiente tiene un papel fundamental en la etiología de distintos cuadros psicopatológicos, entendiendo a estos últimos como una respuesta adaptativa a un ambiente deficitario al cual el infante tendría que adaptarse para lograr sobrevivir. Esto última cobra una gran relevancia para la

clínica, debido a que lo considerado como sintomático, a pesar de llegar a ser perjudicial para la persona, bien podría ser resultado de una adaptación la cual fue necesaria para sobrevivir a un ambiente determinado.

De acuerdo con Sáinz (2017), esta es la razón por la cual el atender síntomas, sin siquiera comprenderlos puede llegar a ser una práctica altamente iatrogénica. A semejanza del desarrollo infantil, para la clínica Winnicott señala la importancia de respetar los tiempos del paciente, permitirle vivir la omnipotencia y después paulatinamente se va dando paso a la frustración, teniendo siempre en cuenta la manera en que la persona va tolerando.

Teniendo estos factores en cuenta, se propone un tratamiento psicoterapéutico basado en la teoría psicoanalítica derivada del pensamiento de Winnicott, con modificaciones en el encuadre adaptándolo principalmente a dos factores:

- El encuadre institucional del Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro, el cual al formar parte de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la UNAM llama a los alumnos practicantes a llevar a cabo procesos de intervención psicoterapéutica breves.
- El encuadre propuesto por el Programa Único de Especializaciones en Psicología por medio de la Especialización en Intervención Clínica en Intervención en Adultos y Grupos representado por la supervisora *in situ* Maestra Karina B. Torres Maldonado quien invita a los terapeutas practicantes a llevar a cabo sesiones semanales de 50 minutos.

Objetivo de la Intervención

Generar un ambiente facilitador que promueva la emergencia del *self* verdadero de la paciente cuyas características creadoras permitirán el replanteamiento de aquello que le aqueja y la utilización de mecanismos defensivos y de afrontamiento distintos a los usados al día de hoy.

Resultado la aparición del *self* verdadero, Winnicott menciona la aparición de la capacidad de crear, tomar responsabilidad de faltas y aciertos y habitar el cuerpo con plenitud. También se espera cierto movimiento de la dependencia hacia la

independencia, pero tomando en cuenta el momento evolutivo y contexto social de la consultante (Nemirovsky, 2007).

MÉTODO

Objetivo General

Presentar el desarrollo de un proceso de intervención psicoterapéutico psicoanalíticamente orientado en una consultante de 59 años.

Objetivos Específicos

- Determinar los efectos de un tratamiento psicoanalíticamente orientado con un enfoque relacional.
- Explicar cómo surge el falso self y en qué ámbitos de la vida de la consultante es más predominante.
- Análisis del efecto de las pérdidas reales y simbólicas en la vida de la paciente y su impacto en el funcionamiento vital de esta.
- Comprender el significado y función del atesoramiento compulsivo en la vida de la consultante.

Tipo de Estudio - Estudio de caso

El enfoque metodológico utilizado fue el cualitativo, ya que permite llevar a cabo investigación basada en métodos de recolección de datos descriptivos y observacionales además que no pretende hacer generalizaciones sobre ningún tipo de fenómeno; por el contrario, se pretende profundizar en un caso particular obteniendo las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos) (Leda, 2014).

Se pretende una comprensión profunda sobre la perspectiva de la consultante acerca de sus vivencias, significados y opiniones para podernos formar una idea bastante cercana a cómo la consultante percibe subjetivamente su relación con el mundo externo.

Dentro de la metodología cualitativa se eligió el diseño de estudio de caso, pues se considera una estrategia que ayuda a comprender las dinámicas que interactúan en un contexto específico. Por sus alcances permite conocer el fenómeno a profundidad utilizando la recolección de datos mediante entrevistas y observaciones. La confiabilidad del estudio de caso se basa en la profundidad con la que estudia un escenario singular (Eisenhardt, 1989, citado por Hernández 2017).

Cabe mencionar que Kratochwill, Mott y Dodson (1989) señalan que el objetivo del estudio de caso de intervención terapéutica se centra en la descripción de un trastorno clínico o la evaluación de los resultados del tratamiento sin hacer hincapié en la forma de evaluación sino en las características del caso.

La investigación cualitativa tiene por foco descripciones detalladas de eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando la voz de aquellos que participan, así como sus experiencias, actitudes, creencias y pensamientos de la forma que son expresados por ellos mismos (Strauss y Corbin, 1990 citados por Sandin Esteban, 2003).

Así mismo, puede referirse a la investigación de la vida de las personas, historias, comportamiento y funcionamiento organizativo, relaciones e interacciones. Otra característica de las investigaciones cualitativas es su carácter interpretativo. La interpretación tiene dos dimensiones, el investigador cualitativo trata de justificar, elaborar e integrar en un marco teórico sus hallazgos y al mismo tiempo pretende que las personas hablen por sí mismas, acercarse a sus experiencias particulares desde los significados y visión del mundo que poseen (Sandin Esteban, 2003).

El estudio de caso no es en sí mismo un diseño de investigación. En cambio, constituye una aproximación al estudio de entidades singulares, que puede implicar el uso de una amplia gama de diversos métodos de recogida y análisis de datos. Por tanto, el estudio de caso no se caracteriza por los métodos utilizados para recopilar y analizar datos, sino más bien por su enfoque en una unidad particular de análisis: el caso (Willig, 2013).

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis hermenéutico basado en la interpretación del investigador del contenido de las narrativas vertidas en el proceso terapéutico además de eventos del caso, manifiestos o latentes.

De acuerdo con Ricoeur (1995) se toma como fuente los datos textuales, en este caso lo que la paciente comunica a través del lenguaje hablado -lo manifiesto-, pero se va más allá de lo textual, encontrando el sentido debajo a partir de la voluntad de traspasar las fronteras del texto a interpretar -lo latente-.

Además, se tiene en cuenta al psicoanálisis el cual también es tenido como un método de investigación mediante el cual se encuentra el significado inconsciente a través de las palabras, los actos, productos de la imaginación de la persona. La principal herramienta de este método psicoanalítico es la libre asociación (Laplanche y Pontalis, 2004).

Instrumentos

Los datos fueron recabados mediante:

- **Entrevista Clínica Psicodinámica:** “Considerada como un proceso de comunicación, la entrevista se caracteriza por tomar en consideración no sólo lo que el paciente dice u omite, sino la manera en particular como se expresa, los afectos que desarrolla en el curso de la entrevista y los temas que le corresponden” (Díaz Portillo, 1998 p.24).
- **Observación** A través de esta, se obtienen datos de tipo no verbal, permitiendo inferir información que apoye en la comprensión del sentido oculto o inconsciente de la información, ya que durante el proceso de entrevista la observación del participante es constante (Callejo, 2012).
- **Proceso Terapéutico-** Teniendo en cuenta al psicoanálisis como método de investigación el proceso mismo es un instrumento que nos brinda material, datos y evidencias que favorecen el análisis o la posibilidad de teorizar sobre el fenómeno (García Muñoz, 2012)

La importancia de la función del proceso recae en la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia ya que este ayuda a la resolución de dicho conflicto (Laplanche y Pontalis, 2004).

Participantes

El estudio de caso tiene por participante a una consultante de 59 años que solicita atención psicológica en un centro comunitario ubicado al sur de la Ciudad de México.

Escenario

Toda la información fue recabada al interior de diversos cubículos diseñados para brindar atención psicológica dentro de un Centro Comunitario perteneciente a la UNAM. Los distintos cubículos constaban del mismo mobiliario 2 o 3 sillas, un escritorio, ventana y reloj. La rotación de los cubículos se debió a las distintas asignaciones de espacio que surgen cada inicio de ciclo de atención el cual depende del calendario administrativo de la UNAM, pero en todo caso los espacios fueron de características similares y adecuados para la atención psicológica.

Sobre el Modelo de Intervención Relacional.

Foucault (2015) nos recuerda que la línea de separación entre los hechos patológicos y los normales se ha ido desdibujando para la medicina y demás ciencias de la salud. Esto en pocas palabras hace referencia al descubrimiento que mucho de lo que se considera como cuadros clínicos no son sino mecanismos normales y reacciones adaptativas de un organismo que funciona según su norma.

A pesar de que pudiese no existir diferencia entre ciertos procesos normales y patológicos, a través de una adecuada apreciación cualitativa se puede distinguir entre una adaptación patológica y una orientada a la salud.

Teniendo en cuenta estas ideas, se propone un abordaje terapéutico que no reduzca a una persona a un conjunto de síntomas, sino que contemple la riqueza de factores intervinientes para que la consultante configure un estilo de vida que le resulta en un monto importante de malestar emocional y cuyas peculiaridades

devienen en dificultades con las personas que le rodean, así como importantes dificultades en el mantenimiento de relaciones con otras personas.

Se consideró que existen diversos montos de ansiedad en distintos momentos de su experiencia de vida, además de características personales que son bien descritas por lo obsesivo y el carácter anal.

Además, resultado de la observación clínica se considera que la conducta atesoradora juega un papel importante en el aquí y ahora como promotor de angustia y del sentimiento de inadecuación. En el caso puntual del *hoarding*, señalarlo como una alteración, se aleja del objetivo de promover el bienestar en la consultante por lo que en el curso del tratamiento se le invita a cuestionar la idea de sí misma como *acumuladora* y se le solicita a que renombre esto que hace y surge la idea de *la recolección*, lo cual cumple la función de describir algo que lleva a cabo pero que no la patologiza y que le es posible visualizar como susceptible de cambio resultado de este cambio de nombre, le es más accesible visibilizar una modificación de *la recolección* que implique un reordenamiento y no un desalojo de sus cosas y el sentimiento de pérdida que le acompaña a la idea de *tirar*. Esto último guarda una relación importante con la idea de hacer contacto con la capacidad de creación e innovación de significados que Winnicott describe como características del Self Verdadero y que surgen como resultado de un ambiente favorecedor a través de la transferencia.

Bertha al llegar a consulta se describe a sí misma como *acumuladora*. Menciona que tiene su *cuarto de lleno de chácharas* y que se le presiona para que tire o saque sus cosas y este cuarto pueda ser demolido. Expresa que ha llegado a estar *muy mal* desde que murieron sus padres, aunque no tanto como cuando fue joven. Da la apariencia de ser una mujer mucho mayor, su cabeza luce gran cantidad de canas las cuales solo tiene a bien recoger en una coleta por lo que se ven descuidadas, suele usar ropa bastante mayor a su talla y si uno no la ve muy de cerca, da la apariencia de ser un señor de pelo largo.

A pesar de que la descripción de algunos sus comportamientos cumplen los criterios propuestos por el DSM-5 (APA-2013) para diagnosticar Trastorno de Acumulación,

establecer un diagnóstico psiquiátrico no suma a la comprensión del caso, sino que limita de manera importante la observación y entendimiento de Bertha como persona. Además, teniendo en cuenta su historia de vida, señalarle como alguien enfermo solo apuntalaría la idea de que es rara y distinta de los demás. Cabe mencionar que a lo largo de su experiencia de vida Bertha se ha sentido señalada y perseguida por otros, por lo que refiere que su principal preocupación siempre ha sido el sobrevivir a un entorno que constantemente le ataca, le señala como rara, anormal, distinta, le coloca etiquetas y trata de anularle.

En concordancia con lo mencionado por Goffman (2008), el ser señalada actúa como un estigma que bien puede ser una parte importante en la conformación de la propia identidad. Es así que se toma en cuenta que el objetivo de la intervención es justo la re elaboración de la imagen que la paciente tiene de si misma, por lo que se promueve más una descripción que surja de lo que ella pueda percibir como auténtico y propio de sí misma y no como una respuesta justo a lo que los demás le dicen que es, que hace o que tiene.

Por otra parte se considera prudente que para facilitar la comunicación entre pares de una manera heurística no se elimine la descripción de hoarding, como un complejo sintomático que la paciente presenta pero que no la constituye. Así, también suscribimos a la idea que señalar la presencia de este síndrome apoya la visibilización de esta problemática poco estudiada en el país y que por sus características es altamente promotora de factores de riesgo y un alto nivel de malestar físico y emocional.

Esta comprensión amplia permite que Bertha encuentre en el espacio terapéutico un lugar en el que el ambiente no le estigmatice ni le persiga, configurando una atmosfera segura, sumado al papel del terapeuta como objeto metabolizador lo cual fomenta una regresión al estado donde otro valida incondicionalmente la existencia propia y al mismo tiempo apuntala la posibilidad de pensar (Winnicott, 1993).

En el sentido de esta relación terapéutica, es el tratante quien tiene la función de *sobrevivir* a la agresión del paciente, dando lugar a la disminución del pensamiento omnipotente consistente en que el niño puede destruir al objeto, lo que es descrito

por Sáinz Bermejo (2017) como promotor de psicopatología, con el agregado que la culpa inconsciente derivada de esta fantasía es mencionada por Fenichel (1996), como una característica de lo obsesivo.

La focalización del tratamiento se hizo con base en el pensamiento de Winnicott quien describe sujetos que han crecido en ambientes hostiles, con características deficitarias, diversos grados de deprivación y cuyo sostén no ha sido suficiente (Sáinz, 2015). El resultado de dicho ambiente deficitario es una orientación del sujeto hacia diversos tipos de psicopatología entre los que se encuentra el desarrollo temprano de un falso self que protege al sujeto, pero a la vez lo imposibilita para desarrollarse.

Este falso self, puede desarrollarse a la imagen y semejanza de una figura vista como dominante o importante, por medio de esta imitación el falso self logra asegurar la continuidad en la experiencia de vida integrada del sujeto.

Atendiendo la historia vital de Bertha, quien describe su propia existencia caracterizada por hacer lo necesario para lograr sobrevivir y cuya figura idealizada corresponde a su padre, quien a semejanza de ella es descrito como atesorador compulsivo de diversas *chácharas*, que solía vestir únicamente con prendas regaladas, fueran o no de su talla y que no le gustaba estrenar nada. Se postuló la idea proponer un tratamiento relacional.

Para Ávila Espada (2009) “el término *relacional* hace referencia «a poner especial atención sobre el impacto que las relaciones humanas tienen en la génesis y dinámica de la actividad mental, configurada como una psicología bi-personal, en la que el impacto del observador sobre lo observado es continuo e inevitable” (p.54).

Además, se consideró que *la recolección*, además de otras características visibles, podría formar parte de un falso self que ha tenido por objetivo el funcionamiento de Bertha en un mundo que vive como amenazador y que le ha permitido sobrevivir hasta el día de hoy.

Así, se propone en primer lugar promover el pensamiento creativo y vital al que Winnicott relacionó con el self verdadero y que, a través del uso de este

pensamiento creativo y auténtico, la consultante pudiese encontrar una solución a la demanda ambiental que no devenga en un gran sufrimiento y que en consonancia con el pensamiento de Winnicott (1993), logre vivir la agresión como tal y sentir odio y coraje, en vez de ser traumatizado por esta.

Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2013 párr.1). Teniendo en cuenta esta definición, el estado de bienestar del sujeto es la prioridad, por lo cual se consideró oportuno iniciar una intervención psicoterapéutica de corte psicodinámico que buscara conectar a la consultante con sus propias capacidades creativas sumado a un reconocimiento de sí misma como persona con recursos con la finalidad de lograr que busque alternativas para responder a un ambiente que se le presenta como amenazante.

Por este motivo no se acudió al tratamiento de elección para pacientes con características parecidas (es decir cognitivo-conductual enfocado al trastorno de acumulación) ya que se consideró esto sería una agresión más para la consultante además de validar la demanda ambiental que pretende que la paciente se deshaga de objetos con alto valor para ella.

Aunque resultado del tratamiento Cognitivo-Conductual logra disminuir el grado de acumulación de objetos (Steketee y Frost, 2014b), se consideró que este no sería un objetivo terapéutico sino lograr que la paciente pudiese encontrarse en condiciones de pensar sus propios deseos y asumir una postura responsable, entendiendo costos y beneficios del guardado de cosas, así como el significado de este atesoramiento volviéndola así protagonista de su propia conducta y permitiéndole a ella la libertad de decidir el que hacer.

Aunque el tratamiento no involucró técnicas derivadas de las investigaciones surgidas del paradigma comportamental se consideró importante su mención para

lograr una comprensión de las características observables en la paciente. Estas descripciones se enriquecieron con una comprensión psicodinámica de la vida de la consultante buscando clarificar la inter relación existente entre el mundo interno y externo de la paciente entendiendo que el sufrimiento emocional deriva del choque del individuo con factores ambientales capaces de desarticular los mecanismos homeostáticos de una personalidad predispuesta (Fiorini, 1980).

Winnicott (1963), postula que entre el estado clínico del individuo dañado por el ambiente y la reanudación de su desarrollo emocional se interpone la necesidad de inducir a la sociedad a reconocer y reparar el daño causado. Detrás de la inadaptación de un niño siempre hay una falla del ambiente, que no se adaptó a las necesidades absolutas de ese niño en un momento de relativa dependencia, por lo tanto, se consideró primario no imponer un tratamiento estigmatizante y revictimizante que pudiese ser altamente iatrogénico.

Ya que la búsqueda de antecedentes de tratamiento y de investigación respecto del tratamiento psicodinámico de personas con características similares no se obtuvieron resultados, se consideró no sólo viable sino necesario el emprender un estudio de caso que dé cuenta del proceso terapéutico y su impacto en la vida de la consultante.

Impresión Diagnóstica

La paciente manifestó un profundo sufrimiento por causa de tener que desocupar uno de los dos cuartos que usa para vivir en el cual ha guardado una gran cantidad de objetos con valor estimativo para ella. Esta afectación se vuelve mayor debido a que el cuarto recién se desocupe será demolido a petición de sus hermanos.

Debido al esquema rígido de normas familiares, el sentimiento de inadecuación, al constante señalamiento de anormalidad debido al guardado de objetos sin uso aparente, y la constante presión de los demás familiares, la paciente utiliza sus medios defensivos exitosos en el pasado, pero los cuales son rígidos y denotan poca originalidad y queda resaltada su poca capacidad de planeación y anticipación,

así como de comprensión de las relaciones causa y efecto, es por tanto que Bertha no logra generar una estrategia de afrontamiento para movilizar sus defensas.

Resultado de su falta de respuesta ante la adversidad, la paciente inicia un proceso de autocastigo, originado por sentir que debería actuar de una manera apegada a como siente que ella realmente es. Ella se refiere a ser fuerte, independiente, solucionadora pero no logra saber cómo desplegar esa personalidad que siente tener dentro y al no lograrlo procede a la autorecriminación y un profundo sentimiento de culpa que deriva en el desgano y el desaliño fruto de sentir que no merece autocuidado.

Con base en el relato de la paciente, se considera cumple los criterios para Trastorno por Acumulación, sin embargo se considera más importante el tener en cuenta que esto pertenece a las características de un falso self (el cual ha imitado a las características paternas, entre las que se encuentra justo el atesoramiento, además de otros distintivos como vestir ropa más grande de su talla y que haya sido regalada) que ha sustituido al verdadero y le impide a la paciente conectar con su impulso creador el que habría de ayudarle a generar distintas maneras de solucionar las eventualidades de su vida incluyendo la necesidad de reubicar sus pertenencias.

Procedimiento

La paciente acudió a solicitar atención psicológica a un centro de atención psicológica ubicado al sur de la Ciudad de México. Este Centro Comunitario forma parte de los Centros de Formación y de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM y es una de las sedes para realizar prácticas del Programa Único de Especializaciones en Psicología, específicamente de la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos.

El Centro en el momento que la paciente solicita la atención establece un procedimiento estandarizado para que los solicitantes reciban atención. A pesar de que hoy en día los procesos han cambiado en este momento comprende acudir a dos reuniones informativas y posteriormente se asigna a un practicante adscrito al centro para realizar la entrevista inicial además de dos subsecuentes para la

conformación de la historia biográfica, previa a su canalización para el tratamiento. Tras llevarse a cabo la primera entrevista se integra el expediente que consta del reporte de la entrevista inicial, un consentimiento informado, un estudio socioeconómico y se hace entrega del carnet de citas.

Tanto para las primeras entrevistas y el proceso terapéutico es asignada al investigador como paciente y tras las primeras entrevistas se establece una primera impresión diagnóstica que contempló la categoría de Trastorno por Acumulación, debido a que es necesario establecer categorías nosológicas en los reportes del centro en concordancia con los procesos operativos y teniendo en cuenta que el expediente, a pesar de que los datos personales son confidenciales, si puede ser consultado por otros practicantes en caso de que la paciente sea referida a otro u otros terapeutas además de poder ser tomada en cuenta para la realización de actividades propias del centro como talleres psicoeducativos entre otros.

Tras la primera etapa se reencuadró para el tratamiento el cual consistía en sesiones semanales de 50 minutos de duración con periodos vacacionales de acuerdo al calendario de la UNAM y se le solicitó a la paciente expresar todo aquello que le viniera a la mente sin ningún tipo de censura y sin importar lo irrelevante que pudiera parecerle.

Debido a procesos anteriores a los que la paciente acudió, constantemente hacía comparaciones entre este encuadre y otros en los que se le pedía específicamente hablar de temas concretos por lo que aunque en un principio el tema del acaparamiento apareció como un tema importante al transcurrir de las sesiones la atención fue migrando hacia su relación familiar y específicamente con sus figuras parentales las cuales a pesar de ser difuntas seguían ejerciendo un papel importante en la vida de la consultante.

Actualmente la paciente sigue en tratamiento activo.

Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo teniendo en consideración lo estipulado por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) los artículos:

Art.118 “El Psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos...” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), pues como parte de los procesos del Centro Comunitario la lectura y firma del consentimiento informado es un requisito para la integración del expediente.

Art.121 “El psicólogo obtiene permiso de los (las) pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro ... de sesiones o entrevistas” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) La paciente fue informada desde la entrevista inicial que existía la posibilidad que su caso fuese utilizado con fines de investigación omitiendo sus datos personales.

Art. 69 y 132 al 138. De la misma manera, para la protección de los datos personales, se han utilizado pseudónimos y omitido información que por su naturaleza pudiera ser utilizada para la identificación de la identidad de la consultante o sus personas cercanas.

Análisis de Resultados

A continuación, se presentan los datos recopilados a lo largo de 75 sesiones las cuales comprenden las primeras entrevistas y el desarrollo del tratamiento psicoterapéutico. Los datos son obtenidos del discurso de la paciente y las notas clínicas. Se han ordenado en categorías temáticas con el fin de orientarlas al objetivo del presente trabajo.

EL FALSO SELF

Ya se ha mencionado que falso self es resultado de tratar de adaptarse a múltiples fallas ambientales en el desarrollo de la consultante. Este mecanismo defensivo no necesariamente implica patología, ya que es considerado como un requisito para la adaptación normal del sujeto a las demandas de la realidad externa sin que el sujeto pierda su *esencia* (Winnicott, 1960).

Ante la constancia de un ambiente hostil, el falso self puede tomar el control total dando lugar a una persona en apariencia adaptada, caracterizada por la sumisión

utilizada como medio para sobrevivir y dicha sumisión se llevará a cabo a través de la imitación de una figura que es vista como dominante, ya que al ser igual que esta, se tiene garantizada su aceptación (Winnicott, 1960).

Winnicott (1993) planteó a la integración primera como resultado de la función materna, la cual permitiría experimentar los elementos motores y sensoriales del bebé y también como resultado del proceso de maduración. La idea subyacente de esta integración es que el pequeño comienza a recoger experiencia y a generar los rudimentos de una elaboración imaginativa.

Para que se lleve a cabo esta integración experiencial, el requisito es que la angustia inconcebible se mantenga a raya y que se pueda experimentar un continuo de sensaciones, esto en un primer momento depende totalmente del cuidado de la madre quien a través de su sostén y los cuidados permiten al bebé no caer presa de la angustia y seguir siendo.

Este sostén depende totalmente de una madre que está presente en grado suficiente y lleva su tarea de forma más o menos adecuada. Llama la atención en el caso de Bertha que al ser una de tantos hijos la función materna quedó relegada a los hermanos mayores, principalmente por las ocupaciones de su madre relacionadas con la obtención de recursos económicos y la elaboración de alimentos.

Sesión del 5 de mayo de 2016

Hay que hacer algo para no dejarse morir, moverme para que pueda sobrevivir, si no llamo la atención entre tanto chamaco no hubiera sido nada.

Es llamativo en el discurso de Bertha la necesidad de cierta conducta para lograr continuar con vida, no es suficiente el ser y estar, sino que hay que hacer algo para continuar existiendo, de lo contrario simplemente ser podría causar que uno quede absorbido o disuelto. Aunque las primeras vivencias, la angustia inenarrable y los primeros momentos de integración son inaccesibles a la memoria, debido a la inmadurez física y la no existencia del lenguaje verbal, pueden inferirse los afectos experimentados a través de las palabras que aluden a la necesidad de responder a

un ambiente que engulle, la diferenciación a través de la acción es una constante en el discurso de la consultante.

Sesión del 12 de mayo de 2016

Quienes se ocupaban de nuestro cuidado eran los mayores, mi papá nunca estaba en casa porque trabajaba para mantenernos a todos y mi mamá no se daba abasto con tanto niño. Yo creo que mis hermanos fueron mis figuras paternas porque ellos hacían todo, nos daban la leche y nos cuidaban. Principalmente mi hermano, la cosa es que también eran chicos, nos hacían falta muchos cuidados.

El ser cuidado por los hermanos, en lugar de su madre no necesariamente implica que los cuidados sean malos, sin embargo, la corta diferencia de edad entre Bertha y sus hermanos permite inferir que muy probablemente los cuidados no eran tan dedicados y si bien se le procuró lo necesario para sobrevivir es muy probable que afectivamente no se le diera un sostén suficientemente bueno. El grado deficitario inicial puede ser un causante de que el bebé no logre integrar sus experiencias adecuadamente y que viva sus experiencias como respuestas a un ambiente que en ocasiones es agresivo y no como gestos espontáneos, esta respuesta defensiva conforma una primera capa de una cascara protectora del self precario.

Además Winnicott (1960), expresa que el ser falso se desarrolla en el comienzo de la relación madre-hijo, sin embargo es más adelante en el desarrollo que este ser falso no pasa a formar parte del desarrollo normal. Un punto sumamente relevante es que el desarrollo de este falso self no guarda relación con los mecanismos precoces de defensa del yo organizados contra los impulsos del ello. En este momento se piensa en términos relacionales (madre-hijo) como unidad, debido a que la dependencia es total.

Sesión del 8 de octubre de 2016

Recuerdo a mi mamá siempre preocupada por que hubiera que comer, y andaba movida, busca si alguien necesitaba que le lavara o planchara o andaba comprando cosas cuando mi papá le daba dinero. Siempre estaba

de mal humor y era muy gritona y la entiendo porque no es fácil andar con tantas preocupaciones. Ella era muy dura con nosotros.

Winnicott (1993) plantea que “un ambiente suficientemente bueno es, podría decirse, el que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se produce conforme a esas tendencias” (p.14).

En el relato de la paciente se infiere el ambiente difícilmente favorecía las tendencias de cada uno de los miembros de la familia. Un ambiente carente del sustento básico difícilmente puede encargarse de fomentar el desarrollo; en todo caso se ocupa de proveer la necesidad nutricia y ciertos cuidados básicos pero de una forma impersonal, ya que aunque la figura materna estaba presente pocas veces se hacía cargo directamente de los pequeños y suponemos que ante la necesidad de proveer alimento para todos el estado de sensibilidad intensificado de la madre, llamado por Winnicott *preocupación maternal* primaria difícilmente se establecería.

Sesión del 22 de octubre de 2016

Cuando entré a la escuela siempre me sentí muy diferente a ellos, porque eran más grandes y no hablaba con nadie. Así iba y venía además me caía muy gordo que me decían “güereja patas de coneja” y yo no les decía nada, solo sentía ganas de llorar, pero no lo hacía. Lo peor es que llegaba a la casa y otra vez comenzaba la pelea por sobrevivir, por no dejarme dominar por mis hermanos mayores, aunque siempre me hacían llorar también y mi mamá siempre les daba la razón y decía que yo tenía que servirles.

Una de las finalidades del falso self, es proteger al self de un ambiente hostil. En este caso la totalidad del ambiente es vivido como amenazante, una escuela donde todos son mayores y además le llaman por un apodo. Por otro lado, al llegar a casa la hostilidad se mantiene al impedir la expresión de los propios deseos y reducir a la consultante a sirviente de los mayores bajo la amenaza implícita de que en caso de no hacerlo no habrá quien le atienda sus necesidades vitales.

Sesión del 4 de Febrero de 2017

Mi mamá siempre tuvo preferencia por A., a mi como que me tenía coraje, ella era muy morenita y le molestaba que no me pareciera a ella, pero yo no tenía la culpa. En todos lados llamaba la atención y eso me disgustaba porque significaba que en la casa mis hermanos me estuvieran molestando y diciéndome mis defectos o cosas que yo tenía distintas y me decían y me decían. Yo me sentí peor cuando empecé a menstruar porque ahí si me sentí sucia y rara, por eso dejé de jugar con los demás niños porque me daba mucha pena.

Sesión del 7 de noviembre de 2017

Mi papá siempre vestía ropa regalada, yo creo que, porque no le alcanzaba el dinero, pero no estrenaba nada, recuerdo que le compramos unos tenis nuevos y él nunca los usó; no le gustaba. Decía que para que gastaba si siempre tenía lo necesario para vivir. Me acuerdo mucho de que usaba una gorra a la que le había cocido un montón de cositas brillantes que se encontraba en la calle tiradas. No sé, siempre ese me hizo muy creativo, como que era feliz. Yo no sé por qué se casó con mi mamá que era bien amargada ni porque duraron tanto tiempo, siempre se me hizo que era un gran hombre y que como que no se lo merecía.

Cuando la madre no es capaz de adaptarse bien, “el niño se ve seducido a la sumisión y es un ser falso y sumiso quien reacciona ante las exigencias del medio ambiente, que parecen ser aceptadas por el niño. Por mediación de este ser falso el pequeño se construye un juego de relaciones falsas, y por medio de introyecciones llega incluso a adquirir una ficción de realidad, de tal manera que el pequeño, al crecer, no sea más que una copia de la madre, niñera, tía, hermano o quien sea que domine la situación entonces” (1993 p.25).

Es importante señalar que la figura del padre es considerada el punto central de la familia, esto va de acuerdo con los roles tradicionales de la familia en ese momento, además de que se visualiza al hombre de la casa como el jefe de familia. No es de

extrañar entonces que una manera de sobrevivir al ambiente hostil sea la imitación de las características de quien ostenta el poder en dicho ambiente. Una estrategia de supervivencia inconsciente cuyas consecuencias se pueden inferir a simple vista, la consultante imita a la perfección el aspecto desenfadado del padre, vistiendo ropa en ocasiones masculina, mayor a su talla, regalada, poco gusto por obtener recursos económicos propios y por ende vivir de lo que los demás regalan.

VIVENCIAS DE PÉRDIDAS REALES Y SIMBÓLICAS

Sesión del 1 de octubre de 2016

Siento mucha tristeza y necesito hablar de mis pérdidas, todo ha empeorado porque siento que he perdido muchas cosas que me importan; mis papás, mis jefes del consultorio, mi perrito y ahora mi cuarto. Me duele mucho lo de mi cuarto porque es una nueva pérdida, porque ahí pase muchos años de mi vida, yo me lo quedé cuando todos mis hermanos se fueron y aunque ahora vivo en lo que fue el cuarto de mi mamá siento que se va una parte de mi vida y ya no quiero seguir perdiendo.

Bertha continuamente refiere sentirse atacada por un medio que eventualmente destruye aquello que le importa. Esto se evidencia en lo que llama pérdidas, la muerte de sus padres tiene mucha relevancia ya que es cuando ambos fallecen que siente que su vida pierde el sentido que había logrado obtener; el cuidado de ellos. Particularmente de su madre.

Winnicott propone que la elaboración del duelo es un indicador de madurez en el individuo. Esquematiza que “Su complejo mecanismo incluye el siguiente proceso: el individuo que ha sufrido la pérdida de un objeto introyecta a éste y lo odia dentro del yo” (p.125). Desde el punto de vista clínico, lo muerto del objeto introyectado varía de un momento a otro, según predomine el odio o el amor hacia él. Durante el duelo el individuo puede ser feliz por un tiempo, como si el objeto hubiese resucitado, porque ha revivido en su interior, pero aún tiene por delante más odio y la depresión volverá tarde o temprano. Con el tiempo, en los individuos sanos, el

objeto interiorizado empieza a liberarse del odio (tan poderoso al principio) y el individuo recobra la capacidad de ser feliz pese a la pérdida del objeto y a causa de su resurrección dentro del yo (Winnicott, 1990).

Una dificultad importante para la elaboración del duelo se encuentra en la posible culpabilidad inconsciente respecto de algunas *pérdidas*. “la génesis de la culpabilidad es cuestión de una realidad interior; es decir, que la culpabilidad reside en la intención” (Winnicott et al., 1993 p.128).

Un requisito para el dejar ir, es un cambio en la relación simbólica con la madre en el que se mantenga dentro del niño y que este gane cierto grado de control sobre este objeto interno. Es decir, para manejar la separación con la persona real externa, debe existir en la realidad interna. Freud (1989) nos presenta el ejemplo de un niño de año y medio de edad, quien sentía gran ternura por su madre, la que por su parte había mostrado un gran desempeño en el cuidado de su hijo.

Este niño es importante en la explicación de Freud pues a pesar del cariño por su madre, no lloraba cuando esta salía del cuarto, inclusive cuando no estaba presente por horas. La explicación de esta capacidad es dada mediante la observación de un juego en el que el niño lanzaba por la orilla de su cunita un juguete y luego tirando de una cuerda lo recuperaba. El niño al tomar una posición activa, en la que controlaba la desaparición simbólica ya no era afectado por la desaparición de la madre. Sin embargo, este juego que nos deja claro que psíquicamente una pérdida real puede ser afrontada mediante la representación simbólica de aquello que se pierde nos presenta otra idea: En el juego del niño, arrojar el juguete para que se vaya también representa la satisfacción de un impulso, vengarse de su madre porque se va, diciendo no te necesito, por tanto, yo mismo te echo (Freud, 1989).

Ya que el psiquismo es visto como un escenario de conflicto, aquí tenemos un ejemplo. “el síntoma es, por una parte, una forma de satisfacción de una pulsión, pero asociada a algún tipo de censura, que sería la esencia del síntoma: No poder brindar satisfacción a las pulsiones sino bajo formas encubiertas, en él, el deseo pulsional es satisfecho pero asociado necesariamente al dolor propio de la enfermedad” (Jaramillo, 1992 p.32).

Sesión del 12 de Mayo de 2016

La relación con mi mamá siempre fue muy difícil, desde que recuerdo nos llevamos mal, ella siempre me acusaba con mi papá de cuando hacía algo mal y bueno, él no siempre me regañaba, a veces le daba el avión y yo me sentía muy bien porque no le seguía el juego, se hacía el tonto. Yo siempre pensé que mi mamá quería separarnos a mi papá y a mí, él siempre me decía ¿quién es mi güerita bonita? Aunque después hicimos las paces, con mi mamá, porque cuando se fue enfermado yo dejé de trabajar para dedicarme a ella y no me arrepiento, porque pasamos sus últimos años juntos. Yo la perdoné y ella a mí, cuando se fue me sentí en paz.

Bertha describió la relación con su madre como de competencia, a lo largo de su discurso difícilmente hacía referencia a ella como alguien dadora de cariño, por el contrario, en la mayoría de las ocasiones expresa descontento porque su madre estaba a disgusto con su forma de ser.

Sesión del 15 de Octubre de 2016

Mi mamá siempre me decía que ella no me educó así, tan rebelde y se enojaba mucho porque no le hacía caso, yo no le contestaba, pero sabía cómo hacerle daño, a veces me quedaba callada cuando me decía de cosas pero otras veces si le contestaba y le decía que yo no iba a ser como ella o como mis hermanas que vivían un infierno por aguantar a sus maridos. Que yo por eso había ido a la escuela para no ser tan tonta y repetir sus errores. Y bueno, al final cuando la cuidaba ella me decía que yo de todas era la mejor hija pues me encargaba de todas sus cosas y ya no le gustaba que nadie más estuviera con ella, decía que solo yo la acompañara.

La paciente expresa en repetidas ocasiones la relación de competencia con su madre, sobre todo por lo que ella define como su rebeldía, específicamente el no querer adoptar el rol asignado para las mujeres: casarse y servir a los hombres. A lo largo de su tiempo de vida, la paciente continuamente pugna por que se le reconozca el derecho de ser, cosa que siente que logra cuando su madre queda a

su cuidado. Aunque no expresa ninguna satisfacción por este hecho, pues afirma hacerlo por amor, en cierto modo es vivido como un triunfo sobre su madre y al mismo tiempo una validación sobre su punto de vista.

Sesión del 3 de Diciembre de 2016

Yo era quien llevaba a mi mamá al doctor y cuando ya quedó hospitalizada yo firmé como familiar responsable. Mi mamá ya estaba muy mal y tuvo un infarto y aunque la estaban reanimando ya no respondía y me preguntaron a mi sobre si seguir la reanimación y yo les dije a los doctores que ya la dejaran descansar, pero justo en ese momento mi mamá respondió. Los doctores me explicaron que era muy probablemente que su corazón volvería a fallar y me dijeron se le brindaría reanimación pero que era cuestión de tiempo; yo les dije que ya no lo hicieran y si volvía a tener un infarto ya la dejaran descansar. Después de eso, pude hablar con mi mamá y eso me dejó muy en paz porque hicimos las paces, nos perdonamos pues y le dije a mi mamá que había sido una mujer muy valiente. Creo que en ese tiempo logramos conocernos muy bien.

La consultante en este periodo de despedida logra sentir que la relación con su madre mejora, aunque llama la atención la forma en que lo vive. Al decidir sobre el momento de muerte de su madre siente que ella finalmente es quien se impone en esta competencia y aunque es reconocida por su propia madre por los cuidados que le provee, expresa satisfacción por ser ella y no otra persona quien este con su madre reafirmando su posición frente a ella. A pesar del fallecimiento de su madre, expresa paz y poco dolor pues siente que quedan saldadas las deudas.

Es en esta episodio de vida que convergen algunos factores como la ambivalencia de *sentires* por la madre (venganza y satisfacción por que se muere y al mismo tiempo culpa por que se muere y ella decide cuándo lo hace, en un sentido simbólico es ella quien la mata), la censura que opera frente al deseo (logrado) de venganza, el desplazamiento de estos afectos por un lado hacia sí mismos (la culpa y reclamos) y la ternura y amor (hacia los objetos externos que se vuelven representantes susceptibles de ser atesorados y por tanto nunca perdidos).

La omnipotencia de Bertha en el sentido de ser quien en última instancia tiene el control sobre la vida de su madre es reconocido por Freud como una restauración de la omnipotencia infantil que tiene por objetivo contradecir sentimientos de dependencia (Fenichel, 1996).

Sesión del 26 de noviembre de 2016

Mi papá siempre fue muy bonachón, estaba de buen humor y no se, mi mamá siempre quería darle la queja y que se enojara con nosotros, pero a veces solo nos guiñaba el ojo mientras nos decía algo, pero era de mentira. Era un hombre como muy creativo, siempre que recogía cosas las usaba para algo, nos hizo la base de la cama con fierros que la gente tiraba y unos bancos y un columpio. La verdad no tengo muchos recuerdos de él porque siempre estaba trabajando, me hubiera gustado poder pasar más tiempo con él... se fue tan de repente, no nos dio tiempo de nada.

La relación con su padre consta más de recuerdos fantasiosos e idealizados, donde él es visto como un hombre creativo, amoroso y responsable. Sin embargo, en otros momentos, donde narra otras vivencias la descripción toma otro rumbo.

Sesión del 6 de Febrero de 2018

Pienso que mi mamá de alguna forma nos protegía de mi papá. Recuerdo una vez que estaba acostada junto de ella y en eso llegó mi papá y no sé, pero recuerdo que me tocó la vagina con su mano áspera, no sé si eso haya pasado, pero como que me acuerdo, tengo esa duda. Y sí, tenía sus cosas mi papá a mí no me pegó, pero a mis hermanos grandes y a mi mamá sí, era muy violento les pegaba muy feo, siempre por el dinero, eso si no me gustaba de él. Aunque lo entiendo porque había que darle de comer a tanto chamaco, pero siento que era muy ambicioso y siempre trataba de quedar bien con los demás si tenían dinero, aunque quedara mal con nosotros. Recuerdo que con mis hermanas cuando crecieron las llevaba a que consiguieran novio, como que quería deshacerse de ellas.

Bertha presenta dificultades integrando la imagen de su padre, cuando hace la descripción de los recuerdos negativos parece no relacionarlas con el padre bonachón que describe en otros momentos y al cuestionársele sobre esto a menudo racionaliza explicando que él estaba procurando el bienestar de la familia, aunque al parecer quien llevaba a cabo esta labor era su madre.

Sesión del 26 de Noviembre de 2016

Cuando llegué a la casa mi papá ya estaba en el hospital, no sé bien quien se dio cuenta primero que se había puesto mal, pero cuando llegué a verlo ya se había ido. No dio tiempo de nada, creo que desde que se fue me puse así tan mal, empeoré pues, guardé más cosas, ya no quiero perder nada más. No pude ni despedirme.

Al contrario del caso del fallecimiento de su mamá, Bertha evidencia un profundo dolor por la muerte de su padre. Expresa deseo por haber podido estar más tiempo con él, aunque no deja claro por qué no lo hace antes. Ella tiene mucha dificultad cuando se le solicita recordar y expresa “no tengo muchos recuerdos con mi papá porque en realidad nunca estaba”.

LO OBSESIVO Y EL CARÁCTER ANAL.

Sesión del 17 de Febrero de 2017

Recordar mi infancia es muy difícil, no quiero volver ahí. Me sentía muy atacada, más con lo que me pasó a los 4 años; ya ve que es por eso que no podía vivir mi vida sexual. Yo ya había visto que mis hermanas lo hacían y dije pues también lo voy a hacer yo, no pensé que fuera malo. Ya cuando mi papá me estaba pegando comprendí que si había hecho algo muy malo, porque estaba muy enojado. No me dejó de pegar hasta que le prometí que no lo iba a volver a hacer, me pegó mucho y yo solo veía a mi mamá y a mi hermana como veían como me pegaban, como si les diera gusto.

Sesión del 4 de Abril de 2017

Me acuerdo que mi mamá siempre me estaba molestando con mis piernas. Una vez fuimos a unos tacos y estábamos comiendo cuando me dio un manazo y me dijo a ver si te tapas porque la gente nomas se te queda viendo tus piernotas. ... Siempre me molestaba con mis piernas, yo no sentía que llamaran la atención, pero siempre me hacía comentarios.

Una mañana me dijo que ya no durmiera con short y que me tapara bien porque se me veían mis piernotas cuando estaba dormida y se había dado cuenta que mi papá me las estaba viendo. Me dijo que parecía una puta y que me tapara.

Sesión del 20 de Junio de 2017

Mi mamá decía que ya no quería que mi papá se le acercara porque siempre acababa estando otra vez embarazada, también cuando ya nos platicábamos cosas me llegó a decir que nunca había sentido un orgasmo, cuando me dijo eso sentí lástima por ella, dije que feo porque luego yo llegaba a escuchar cuando mis papás tenían relaciones y recuerdo que me excitaba y tenía ganas que mi papá me hiciera eso que le hacía a mi mamá, que en lugar de ella fuera yo.

Sesión del 5 de Septiembre de 2017

A pesar de todo siempre me le rebele a mi mamá. Yo no me dejaba, sabía dónde pegarle. Siempre he sabido donde le duele a la gente y más a mi mamá porque soy muy observadora. La hacía enojar mucho. A veces pienso que me tenía envidia porque era muy chaparrita y morenita-morenita, no sé porque le gustaba a mi papá. Él era como yo, blanco y mucho más alto; a lo mejor por eso ella no me quería porque no me parecía a ella y bueno, para que se quería comparar con alguien a quien no le iba a ganar. Ella comparada conmigo era muy poca cosa; a mi siempre me chuleaban aunque no me gustara, siempre me decían ay que tus ojos claros, ay mira que güerita tan bonita, inclusive cuando el Dr. P. me describía cuando iba a recoger sus

cheques era como va a ir mi secretaria es una rubia de ojos verdes, hasta me chocaba que dijera eso.

Fenichel, (1996) nos dice que tanto en lo obsesivo, como la compulsión se observa una condensación de las fuerzas instintivas y las anti-instintivas a la vez, una verdadera mezcla entre el deseo y la censura. En lo obsesivo lo instintivo está relacionado con ideas incestuosas u homicidas.

Por tanto, el peligro del que la persona desea protegerse no es tanto proveniente de una amenaza externa, sino más bien proveniente del interior, una especie de aniquilamiento. Los sentimientos de culpa son decisivos como motivos de una defensa patógena.

Es característico de los síntomas obsesivos que el análisis de estos, remitan a un significado instintivo censurable no pocas veces relacionado con el complejo de Edipo. Una defensa característica es la necesidad de exorcizar una posible consecuencia del deseo instintivo, manifestada en forma de compulsión al auto castigo, ya que de no hacerlo surge la angustia como señal que significa, si no haces esto morirá tu padre (o madre). “Lo que te propones hacer no es cosa inofensiva, la verdad es que quieres matar a tu madre, si cedes a la presente tentación el resultado puede ser el asesinato de tu madre” (Fenichel, 1996).

Lo obsesivo también es caracterizado por la constante duda, que tiene su origen en el sentimiento ambivalente originado en el complejo de Edipo hacia el padre del otro sexo. Debido a estas dos caras, el pecado y la penitencia surge el mecanismo de defensa de la anulación: si quiero- luego ya no quiero. Un tanto por esta ambivalencia los síntomas pueden cambiar de significado; un síntoma que primero expresaba la defensa, puede tornarse en una expresión del deseo primitivo en vías de retornar (Fenichel, 1996).

El matar a la madre nos remite inmediatamente a una vinculación sádica, esta vinculación cruel es presentada de manera franca, pero también encubierta por medio de formaciones reactivas.

Sesión del 17 de Marzo de 2018

Entiendo que mi mamá me afectó mucho, me desgració la vida... pero, aunque lo sé, no siento coraje hacia ella, no siento rencor. Es que ya la perdoné creo. Si lo pienso si fue bien desgraciada, siempre de puta no me bajó, pero cuando ya la cuidaba me pidió perdón, yo creo que por eso no logro sentir nada por mi mamá.

Es visible la incapacidad de sentir algo negativo hacia la madre a pesar de tener motivos para estos afectos, lo cual sugiere una sólida represión, pero también existe la posibilidad de que deseos crueles y sádicos estén encubiertos por las mencionadas formaciones reactivas: La renuncia de Bertha a trabajar y dedicar su vida al cuidado de su madre con quien siempre ha rivalizado y a quien percibió como una constante amenaza

Esta relación ambivalente es explicada por la regresión a la etapa anal. La orientación de los deseos instintivos sádico-anales es fácil de reconocer en los neuróticos obsesivos: se hayan preocupados por conflictos entre la sumisión y la agresividad, la crueldad y la bondad, la suciedad y la limpieza, desorden y orden. Además, Fenichel (1993) es claro cuando nos dice que la regresión a una fase sádico-anal, es una defensa contra el Complejo de Edipo, contra la renuncia al incesto. Con frecuencia la Neurosis obsesiva se conforma después de una renuncia a la genitalidad como la que se observa en Bertha, quien decide no ejercer su vida sexual con otra persona.

Fenichel (1993), explica que los impulsos sádico-anales se desarrollan a expensas de los primitivos impulsos fálicos edípicos; es decir, los impulsos genitales pierden su valor a medida que los impulsos anales se van fortaleciendo.

Para decirlo con claridad, la resistencia al complejo de Edipo ha configurado una regresión parcial a la etapa sádico-anal. La regresión no es total debido a que la defensa contra los impulsos sádico-anales continúa, esto explica muchos de los rasgos contradictorios en las neurosis obsesivas. Existe deseo sexual e impulsos masturbatorios genitales, pero son de naturaleza anal, debido a que al surgir el complejo de Edipo, se edifica una defensa contra este, lo que da por resultado su

sustitución con el sadismo anal, después, la defensa continúa contra el impulso anal.

Aquí se revela una parte fundamental del caso, la paciente se defiende contra un complejo de Edipo que le llevará a renunciar a su objeto de deseo incestuoso: el padre, e identificarse con su objeto persecutorio: la madre. Para tener éxito, la defensa regresa a la etapa anterior, renuncia a la genitalidad, al intercambio sexual con otros y retiene dentro al padre evitando la castración. Sin embargo, Fenichel (1993) dice que surge el temor a una castración anal: el peligro de perder algo que pudiese estar representado en los objetos externos.

Cabe mencionar que la crueldad y agresión del impulso anal es totalmente dirigida hacia la madre y a ella misma. Lo hostil, queda encubierto por la formación reactiva, el cuidado devocional hacia la madre que enmascara el deseo de muerte hacia esta, sin embargo, la culpa se desplaza y escapa de la represión, volcándose en una forma de autocastigo.

Este castigo toma una forma severa cuando el deseo de muerte a la madre se realiza, se vuelve incapaz de volver a la vida laboral activa y surge el auto-abandono. Al mismo tiempo, de manera ambivalente también está el sentimiento de victoria sobre la madre y el cumplimiento del deseo incestuoso de ahora ser ella quien posea al padre, aunque este cumplimiento de deseo se ve frustrado por la repentina muerte del padre quien deja a Bertha con una profunda sensación de culpabilidad, frustración y vacío , puesto que ha ganado, pero al mismo tiempo ha perdido y el precio a pagar por esto es la culpa permanente y el temor a la castración anal: la pérdida de sus pertenencias.

La paciente a primera vista luce como un hombre avejentado, cabello ondulado largo muy canoso, desordenado, posición encorvada, lentes, nulo uso de cosméticos, respecto de su ropa al igual que en la descripción que ella hace de su padre es grande, visiblemente usada (aunque limpia).

Es esta castración anal, es una gran amenaza pues le llevaría a perder incluso a su padre interiorizado es decir la imagen que le da forma a su falso self y que posee simbólicamente y lo mantiene en el interior pero que al mismo tiempo manifiesta en el exterior (luce como él, actúa como él).

Ella ha resistido al complejo de Edipo pues en última instancia elimina a la madre (ella decide cuando muere) para quedarse con el padre, sin embargo al ser separados (por la muerte del padre) el último recurso es una interiorización extrema; volverse el padre para poseerlo.

LA RECOLECCIÓN (CONDUCTA ATESORADORA, HOARDING)

Sesión del 5 de Mayo de 2016

Yo me di cuenta que guardaba cosas como a los 15 años, porque yo veía que muchas de mis compañeras no le ponían atención a muchos detalles que yo sí. Una vez me regalaron en un intercambio y yo guardé la caja y la envoltura y sentía feo como los demás lo tiraban. Si la gente envuelve las cosas se me hace feo que le ponen atención a escoger un papel o una envoltura y simplemente ya no se vuelven a usar. También guardaba algunas botellas que me parecían bonitas, me gusta pensar sobre a quién se le ocurrió hacerlas de esa forma o todo el proceso que pasa para llegar a ser así y es feo que uno no las deje así. Antes pensaba que yo era detallista por eso y como sentía feo de tirar las cosas pues se iban juntando. Todos tenemos un poco de eso, pero por ejemplo mis hermanas sus maridos les tiran lo que juntan, pero solo a mí me dicen que por qué guardo, aunque todas lo hacen, si visita sus casas todas están llenas de cosas.

Steketee y Frost, (2014a) están de acuerdo con que las personas atesoradoras comienzan con esta conducta en la adolescencia. Además, señalan que, aunque los objetos se guardan por las mismas razones que guarda una persona no acumuladora, la principal diferencia radica en las creencias asociadas a las cosas,

la apreciación de detalles que pasan inadvertidos a los demás, o que las personas sienten una conexión especial con las cosas. Inclusive se llega a señalar que algunos objetos son guardados debido a la gran dificultad de deshacerse de ellos debido a que, si se tiran, algo muy malo puede llegar a ocurrir (García Muñoz, 2012).

Sesión del 22 de octubre de 2016

Me siento mejor porque si quiera puedo hablar de mis chácharas, antes con V(su segunda psicoterapeuta). no podía ni siquiera decir nada, lo intentaba y me ponía a llorar todo el tiempo. Creo que sí, ahora estoy mejor. V. me decía que a lo mejor guardaba cosas porque me sentía solita, pero yo nunca he estado solita tengo muchos hermanos ¿cómo me voy a sentir sola con tanto hermano? No sé por qué meto tantas cosas a la casa, pero se me ocurre que es bueno que la gente no sea tan consumidora, a veces las cosas sirven para mucho más y la gente las tira. Tengo un bote lleno de cucharas y tenedores de plástico y si alguien de mis hermanos necesita yo con gusto le doy y siento que así les demuestro que no estoy tan loca. Ellos siempre me critican, pero necesitan algo y corren a pedirme.

Sesión del 19 de noviembre de 2016

Yo creo que el que guarde las cosas es porque admiro mucho a mi papá. Mi mamá siempre le estaba reclamando y le decía que le iba a tirar sus chingaderas. Él solo se reía y le daba el avión. En realidad, a mí no me molestan mucho las cosas, aunque si me gustaría tener la mesa desocupada por lo menos para invitar a mis sobrinas a comer de vez en cuando. Pero no siento que sea malo tener cosas, a veces se utilizan y le digo la verdad, todos en la familia somos así, pero solo a mí me reclaman. Yo no digo que me gustaría ser como dice mi hermano -minimalista- pero si limpiar la mesa y la cama, tal vez la estufa, no digo tirar mis cosas, pero si algunas.

Las personas que tienden a ser atesoradoras no revelan su condición, por lo regular esta queda al descubierto cuando ya sea un familiar o vecino la señala. En otras

ocasiones son accidentes los que ponen de manifiesto las condiciones en que los individuos viven (Samuels, et al, 2007). Tolín señala que los atesoradores son personas que pueden llegar a ser incapaces de utilizar su propia cama o cocinar sus alimentos. Ya que las pilas de pertenencias ocupan el espacio que originalmente sería utilizado para otras funciones.

A decir de Obando (2016) muchas de las personas que tienen características de atesoramiento excesivo a menudo son referidas a tratamientos psiquiátricos para distintos trastornos, aunque no se considera si esta manifestación es en sí mismo un trastorno de la salud mental.

Por otro lado, Winters (2015) pone en relieve que el atesoramiento es una conducta consecuencia de una necesidad de defenderse de un mundo hostil, y usa la metáfora de los dragones que reúnen tesoros en torno a sí para proteger sus puntos débiles. Así la persona acumuladora buscaría cierto grado de protección frente a un ambiente agresivo por lo que el uso de escuadrones de limpieza sería dejar a las personas indefensas contra aquello que sienten les amenaza. En el caso de Bertha, es muy notorio su deseo de dar una solución al avance del atesoramiento, sin embargo, en ningún momento expresa la voluntad de “tirar”. Si se considera que la conducta del guardado es un continuo que va desde lo útil a lo excesivo, la solución adecuada sería encontrar un intermedio entre la colección de recuerdos y una colección desordenada y excesiva.

Sesión del 7 de marzo de 2017

La verdad es que creo que todos somos chachareros. En la casa de R. también se ve lleno, la diferencia es que él compra cosas caras y ahí las va amontonando, no se ve porque su casa es grande pero siempre está lleno de cosas. Pienso que me dicen que yo soy la rara porque estoy sola y también porque siempre me atacan, aunque no se dan cuenta que están igual. Mi mamá siempre le estaba diciendo a mi papá que ya tirara sus cosas, que ya no trajera más, que ya no cabían. Es como algo de la familia, todos lo hacen, pero no lo dicen, solo se unen contra mí.

Sesión del 21 de marzo de 2017.

Ayer quise tirar unas cosas de la mesa, pero lo pensé y me dio mucha tristeza y estuve llorando en la casa. Me sentí muy mal y ya no salí para nada, ni comí. No sé porque solo se me ocurre la idea de tirar y no puedo, no puedo. Pensaba, no quiero que te vayas y tuve ganas de abrazarlas. Soy muy detallista, a veces se me ocurre que las personas no se ponen a ver el gran trabajo que hay detrás de quien diseña las botellas.

Para Winters (2015) las pilas de cosas de alguien que acumula son símbolos de algo más. En particular señala que existe una atadura emocional con ciertos constructos como la identidad propia, la seguridad personal, cierta relación con el mundo, recuerdos o talismanes protectores etc. Bond (1995, citado por Winters) menciona que esta unión particular con las cosas ha sido llamado *participación mística* y que es justo una atadura emocional con ciertos objetos a los que se les atribuye una propia vida. Esta propia vida de los objetos es descrita por Holmes et al., (2015) y Frost y Steketee, (2011) quienes puntualizan que para los acaparadores todos los objetos son ricos en detalles ya que aprecian formas, colores diseños e hipotetizan sobre el significado u origen de los objetos.

Los objetos disparan la imaginación de aquellos que los acaparan debido a la riqueza de detalles que les notan, además les proveen de un sentimiento de seguridad y confort que difícilmente desean perder.

Sesión del 18 de abril de 2017.

R. me dijo que cuando voy a desocupar y le dije que nunca, me dio muchísimo coraje. Cuando pienso en tirar las cosas me da tristeza y pienso que no quiero que se vayan las cosas, es como si se fuera alguien. Pero cuando alguien más me dice me da rabia e impotencia... él no tiene necesidad, es más ya va terminando las accesorias y no necesito pasar por el cuarto, pero me amenazó que si no desocupo no va a hacer la puerta y que todos me van a reclamar. Si quiero tirar algunas de mis chácharas, pero no porque me digan, siento mucho coraje con R. a veces lo odio.

Fenichel (1993) desplaza el miedo a la castración genital, relacionada con el complejo de Edipo hacia lo que llama una castración anal, la pérdida de algo. En este caso se puede observar que la pérdida toma la forma de objetos atesorados. Estos objetos atesorados pueden tomar diversos sentidos, una proyección de parte del self que ha interiorizado a su padre.

Bertha atesora cosas, al igual que su padre, se viste con ropa regalada igual que su padre, los objetos son parte también de un padre interiorizado, así como de sí misma. La castración anal, vista como la pérdida de estos objetos se ha transformado en una amenaza real: su hermano R. le ha demandado que saque sus cosas.

Este temor a la castración como pérdida explica la potentísima angustia que deriva de la sola idea de que los objetos se vayan. Es una angustia de muerte, si no hay cosas es como si no hubiera vida.

Sesión del 6 de Marzo de 2018

Fui a la casa de mi sobrino R. dicen que tiene una casa muy bonita, pero a mí no me gusta, es muy fría. Tiene como muchas cosas de cristal y todo vacío. A mí las casas así vacías se me hacen frías, como sin vida. Siento que las cosas le dan vida, son cálidas. Sentí feo estar ahí... pero a todos les gusta.

Bottinelli (2012) menciona que las personas atesoradoras a menudo tienen una vivencia de estar deshabitado, vacío. Además, sostiene que existe cierta relación simbólica entre lo guardado y los recuerdos asociados. "Tiene más que ver con una dificultad para dejar ir al objeto, una dificultad para mantener el recuerdo del objeto. Son personas que prefieren retener el cadáver del objeto a mantener el recuerdo del objeto" (p.81).

Esta renuencia para elaborar un recuerdo simbólico y retener el objeto mismo, constituye un uso perturbado de los objetos transicionales, cuyo origen puede estar situado en la infancia. "Si derivamos a un niño de los objetos transicionales y perturbamos los fenómenos transicionales establecidos, le queda sólo una salida, una división de su personalidad, en la que una mitad se relaciona con un mundo

subjetivo y la otra reacciona sobre la base del sometimiento frente al mundo. Cuando se establece esta división y se destruyen los puentes entre lo subjetivo y lo objetivo, o bien cuando estos nunca fueron muy estables, el niño es incapaz de funcionar como un ser humano total" (Winnicott, 1990 p.20).

La pérdida de las cosas simbólicamente es también perder la vida. Simbólicamente también es el castigo merecido por la muerte de su madre y el deseo por el padre. Es debido a la ambivalencia característica de lo obsesivo que se teme esta pérdida, pero al mismo tiempo se desea (expresa las ganas de tirar las chácharas); se la merece.

Winnicott (1993) asocia la culpa a los impulsos destructivos. Freud ya lo había mencionado cuando relaciona la culpa y el super yo, y a esta instancia psíquica como heredera de la fuerza de la pulsión de muerte (Jaramillo, 1992). En el pensamiento de Bertha, desocupar una habitación no contempla la posibilidad de reorganización de la otra habitación. El pensamiento se vuelve lineal, desocupar es perder y perder implica morir.

O'Connor, (2014) nos menciona que el *hoarding* está muy relacionado con la incapacidad de representar mentalmente aquello que se pierde, justo por eso empeora el acaparamiento cuando hay fallecimientos de familiares cercanos y los duelos por estos decesos se vuelven complicados e interminables.

Sin embargo, el pensamiento de Sáinz Bermejo (2017) es claro referente a que el Self Auténtico propuesto por Winnicott es un Self creador, que puede no cambiar los hechos, pero si el significado de estos. El self genuino es representado por medio de la fantasía (Bollas & Etcheverry, 2009) y esta fantasía es el primer representante de una lógica creativa, original que escapa del determinismo psíquico y que permite la espontaneidad.

Sesión del 5 de diciembre de 2017

Vi el programa de acumuladores y le dicen a la gente que lo hace porque tienen un vacío interior. Yo nunca me he sentido así, no creo que este

tratando de llenar ningún vacío. Lo que sí he notado, es que no noto muy bien cuando alguien me dice si algo está desordenado, a veces yo veo las cosas bien y otras personas me dicen que hay un tiradero, eso me pasaba mucho en el consultorio que me regañaba el Dr. A. me decía que recogiera y yo veía normal. Fuera de eso cuando he visto ese programa, aunque yo guardo igual muchas cosas pues no siento que sea como esas personas.

La literatura acerca del trastorno por acumulación suele hacer mención de las dificultades que las personas acumuladoras tienen reconociendo orden y categorías (Steketee & Frost, 2014b)(Kellett, 2006). Los manuales de tratamiento hacen hincapié en que es necesario entrenar la habilidad de establecer categorías, lo que proponen llevar a cabo mediante evaluar las situaciones y elegir una solución que será descompuesta en pequeños pasos (determinados por el terapeuta).

Proceso Terapéutico Análisis Transferencial-Contra trasferencial.

El proceso terapéutico según la transferencia puede ser visto en dos momentos:

La Transferencia Negativa.

Bertha acude a tratamiento psicoterapéutico por lo menos en 4 ocasiones anteriores, en estas sus procesos son largos (mayores a un año) y no se tiene en cuenta otro número de terapeutas que visita, pero con quien no logra establecer una relación terapéutica. Estos procesos anteriores son continuos puntos de referencia y de comparación con el proceso llevado a cabo en esta ocasión

En repetidas ocasiones la consultante expresa cierto recelo por la edad del terapeuta, y su duda sobre su capacidad para poder ayudarle. Gran parte de las intervenciones del terapeuta son rechazadas o comparadas con intervenciones previas, mayormente haciendo comparación con la terapeuta V. con quien la consultante dice estar muy agradecida pues le ayudó a sobrevivir.

La paciente expresa que a veces nota al terapeuta como *despistado*, y considera que algunas de las intervenciones no son muy atinadas pues no logra articular relación entre lo que el terapeuta expresa y sus propias vivencias. Un ejemplo puntual ocurre cuando se le señala la descripción idealizada de su padre y cómo se

contrasta con la descripción del mismo como una persona machista y violenta. Ella expresa su molestia, en ocasiones verbalmente pero mayormente asumiendo la posición cruzada de brazos y diciendo “no quiero hablar” o “ya me quiero ir”.

En ocasiones a nivel contratransferencial provoca en el terapeuta deseos de confrontarla y señalarle que es ella la que no desea poner de su parte para que las cosas cambien. Esto es mencionado y se interpreta como ella intenta que sea el terapeuta quien aborte el tratamiento, además de su continuo ataque comparativo para evitar que se pueda pensar en el espacio terapéutico.

Sin embargo, las interpretaciones y señalamientos a menudo son anulados y se considera que la efectividad de estas es baja, pues a menudo las sesiones acaban limitándose a ser un espacio donde la paciente narra las vivencias de su semana o manera de catarsis, sin embargo da la impresión a nivel contratransferencial que la paciente asume un papel en el espacio terapéutico, en el que busca sentirse *apapachada* respecto lo que le acontece en el día a día y que asume el papel de relatora de un pasado totalmente acartonado en el cual los afectos están ausentes del discurso.

Al señalársele las constantes alusiones a sus procesos anteriores, la paciente expresa nuevamente la gratitud que siente hacia las terapeutas anteriores y solicita que no sean vistas con molestia, y expresa su preocupación por que el terapeuta no la abandone y abiertamente solicita que le da miedo quedar sola en el proceso.

Transferencia Positiva y Alianza Terapéutica.

En un segundo momento, surgen fallas ambientales en el proceso terapéutico. El terapeuta no se comunica para reagendar una cita y llega al centro comunitario y ahí le comunican que el terapeuta no asistió y que ninguno de sus otros pacientes asistió tampoco.

La paciente falta dos sesiones siguientes y se le llama por teléfono para confirmar su asistencia para la semana siguiente y ella acude. Al ser cuestionada sobre su sentir sobre esta falla del terapeuta ella expresa en un primer momento su

entendimiento pues ha sido un malentendido común y de las faltas siguientes expresa su deseo de tomar un descanso del trabajo terapéutico.

Sin embargo, el terapeuta expresa reconocer su falla al no estar cuando ella acude al centro y expresa su molestia por las faltas de ella, como si se hubiese vengado. La paciente expresa que el terapeuta es igual que todos los anteriores y logra comunicar las diferentes fallas de las terapeutas anteriores, las cuales ha tenido que aguantar para ser atendida. Esto se vuelve significativo ya que se le señala la idealización de los terapeutas y la dificultad que tiene la consultante para verlos como personas falibles y la similitud de esta idealización con la de su padre. Sin embargo, se le invita a notar que las relaciones personales solo surgen entre seres humanos imperfectos.

Es a partir de este momento que la transferencia cambia, inicialmente se deja de percibir que la paciente monta un papel al entrar a sesión y se torna auténtica, de forma que sus expresiones se vuelven más claras y en ocasiones hace uso de palabras altisonantes para referirse a situaciones emocionales, como al decir que *se encabrona* cuando los terapeutas le fallan y en su mente les dice que *son unos pendejos que no reconocen cuando se equivocan*.

A pesar del descontento expresado y de la agresividad expresada hacia el terapeuta actual y los anteriores, las sesiones continúan con normalidad y al sentirse sostenida a pesar de estas muestras de descontento, la paciente expresa el cómo nota su avance a nivel terapéutico.

Ella reconoce que el espacio en el cual puede expresar lo que siente sin que se le castigue o se le abandone le hace sentir a gusto al grado que toma decisiones que le ayudan a integrarse con los miembros de su familia, pues se siente más confiada de sí.

A nivel contratransferencial se percibe autenticidad en el relato de la paciente, lo contrario a las primeras sesiones donde daba la impresión que en las sesiones era alguien describiendo una vida que conocía pero que le era ajena.

Alcances Terapéuticos

Bertha refiere haber logrado desocupar su escritorio y su estufa, al grado que dos de sus hermanas han reconocido que “ya se ve más ordenado aquí”, además de lograr establecer un grupo familiar más cercano. Ella organiza reuniones dominicales entre las dos hermanas mencionadas y sus sobrinas, lo cual ha denominado *grupo de experiencias* y consiste en que todas hablan de cómo les fue en la semana o las vicisitudes de la vida cotidiana.

Bertha reconoce que falta mucho por lograr respecto de cómo le gustaría verse en un futuro, sin embargo, ha logrado mediar el que conserve el cuarto donde guarda sus cosas a través del grupo que ha consolidado con sus hermanas. Ella atribuye la mejora a sentirse comprendida y no vista como “la loca de la familia”. Expresa sentirse rara pues ella siempre ha sentido que está muy mal y que se le hace raro que en el proceso terapéutico no se le diga que lo está. Aunque expresa su deseo de seguir limpiando partes de su cuarto y regalar cosas que le pueden ser útiles a los demás tiene plena consciencia que aun siente mucha ansiedad cuando se toca el tema de deshacerse de las cosas.

Ella expresa que en cierto modo reconoce que se parece mucho a su papá, pero le gustaría en un futuro parecerse a ella misma.

Discusión

Asumir cómo describir un caso, en cierto modo es asumir una posición respecto al sufrimiento de una persona, cómo hacemos frente a una demanda y a quien se le busca dar respuesta cuando un consultante acude con un terapeuta.

Hace pocas décadas predominó en la ciencia la aspiración a la simplicidad. Lo simple estaba ahí, apenas oculto por las apariencias cambiantes. Es simple y puede ser aislado, aislamiento que permite a los especialistas ser expertos en sus compartimientos y cooperar con eficacia. Hoy la ciencia aborda lo complejo y se abre a lo imprevisible (Hornstein, 2003).

Al tener en cuenta la complejidad de toda realidad, no se redujo el tratamiento a la reducción de síntomas, los síntomas bien son una manifestación de la enfermedad, pero al mismo tiempo son un guía en el proceso terapéutico (Jaramillo, 1992).

Se consideró un absoluto reduccionismo no tomar en cuenta lo complejo de una vivencia humana y se propuso ampliar la historia de cómo se conforma una conducta patológica, a como se defiende un sujeto de un ambiente que le oprime, a como se adapta a la carencia, a como sobrevive, a cómo vive.

Para este trabajo se describe una vida, en términos de lo que la acerca al consultorio, el sufrimiento emocional derivado de un ambiente que demanda se haga algo para que se le permita seguir viviendo. Al iniciar la consulta, la paciente dice soy acumuladora, además me siento triste y lloro. En cierto modo queda claro que alguien le dijo que es acumuladora. Bien podría quedarse ahí la historia: el síntoma existe, el diagnóstico psiquiátrico nos provee de un marco de comprensión y un tratamiento de elección.

Sin embargo, al continuar las primeras entrevistas se explicita que el guardado de cosas es una tradición familiar; todos lo hacen, pero ninguno lo sufre. Ella sí, pero por una demanda externa, le exigen que desocupe.

Winnicott (1993) nos dice que el análisis en muchas ocasiones es el primer lugar en el que el paciente habla, conversa, se siente auténtico. Nunca lo ha llevado a cabo pues siempre es un aspecto falso de él, una cáscara formada para funcionar en un clima hostil. En atención a esta premisa se le invita a repensar el ser acumuladora y se le invita a llamar a esta actividad con otro nombre que no sea genérico, sino que sienta relacionado con ella misma y lo que hace. El nombre a esta actividad es *la recolección*. Algo que hacían su papá y ella. Recolectan cosas que después guardan.

Bertha se presenta en el consultorio como una mujer con un discurso organizado, sabe qué le pasa, lo menciona. Soy acumuladora, he tomado terapia antes, quiero ayuda para desocupar. Aunque entendible, en el ambiente se percibe algo que falta,

el discurso auténtico de la persona. Se entiende claro en palabras, pero el afecto no está. Dice sufrir, pero el sufrimiento no se siente.

Por tanto, se hipotetiza: parece que esta consultante cuenta con un falso self muy estructurado y funcional que le ha permitido adaptarse y sobrevivir a lo largo de 59 años. Este falso self en cuanto detecta una demanda externa reacciona y pone en marcha una solución ensayada con anterioridad: busca terapia psicológica.

Sin embargo, en el curso del tratamiento queda al descubierto ciertas fallas del falso self que impiden un tratamiento profundo, esto conforma la evidencia que ha sido una cáscara que le permite funcionar en el mundo, pero que al mismo tiempo enmascara y contiene la propia agresividad que ha sido experimentada como destructora de los objetos. Es esta agresividad la que promueve un profundo sentimiento de culpa, que le lleva a reprenderse y sentir angustia.

La oportunidad de exteriorizar esta agresividad y dirigirla hacia el terapeuta le permite la génesis de un recuerdo insólito; el objeto puede sobrevivir al ataque agresivo, la figura significativa (transferencialmente encarnada en el terapeuta) metaboliza esta agresión y la devuelve en forma que puede ser pensada y vivida como algo que existe, pero no destruye.

A partir de ese momento, es que surge un self verdadero, auténtico, creador que se permite expresar desacuerdos, enojos, rencores sin temor a dañar el objeto simbólico. Esto en sí mismo reduce la angustia y se genera una sinergia positiva, se pueden pensar y sentir más cosas sin peligro.

La oportunidad de cambio aparece cuando de manera transferencial se hace presente una falla del ambiente, del proceso o del terapeuta y que este última fuera capaz de soportar los ataques de la paciente. Es importante que el objeto sobreviva al ataque. Winnicott menciona que solamente el objeto que sobrevive al ataque del bebé puede diferenciarse y desilusionarlo un poco, disminuir la omnipotencia del infante e integrar el odio para que se transforme en amor, para que se experimente las dos caras del sentimiento y se tolere la ambivalencia.

Al fallar el terapeuta se le da la oportunidad a la paciente que reviva la sensación del fracaso ambiental, pero al solicitarle exprese su descontento y enojo también expresa miedo, porque ha pensado en el pasado que su propio enojo se ha llevado a sus padres y la ha dejado sola. Sin embargo, la transferencia no es simple repetición, sino al mismo tiempo que es pasado, también es un presente que a decir de Hornstein (2003) también escribe un nuevo significado. Al sobrevivir el objeto (el terapeuta o el proceso terapéutico) al ataque del enojo de la consultante brinda la oportunidad de crear un proceso diferente, novedoso y que la paciente no sepa cómo terminará, pero tampoco se sienta angustiada por esa incertidumbre, en cierto modo se vuelve más capaz de tolerar la incertidumbre y la frustración.

Esto se considera ha sido postulado por Winnicott (1993) quien nos dice de la necesidad de una experiencia emocional correctiva, un ambiente en el cual la persona puede reaccionar con coraje y rabia ante un mundo que le agrede en lugar de sentirse una víctima indefensa de este.

Siempre existe el peligro de reducir las vivencias a la interpretación que nos da un marco teórico. Suscribimos la idea que es difícil no hacerlo, pero lo intentamos. Si bien el falso self existe predominantemente, también existe una personalidad propia que experimenta una importante regresión a estadios tempranos del desarrollo. Que se siente culpable por deseos incestuosos y agresivos hacia los padres.

La psicopatología existe para el que la busca. Bien, se considera importante mencionar que si es nuestro deseo podemos referirnos a la consultante como una paciente obsesiva, que acumula en exceso, pues cumple los criterios diagnósticos para ser considerada en dichas categorías, sin embargo, en un nivel terapéutico las clasificaciones no aportan sino estigma, se vuelven la evidencia que los demás tenían razón, es la rara. Y si el objetivo de una intervención es disminuir el sufrimiento, las categorías cumplen justamente la función contraria.

Winnicott postula que las personas adultas deberían de dotar de armas a los pequeños para que este se pueda defender hasta de los cuidados provistos por ellos, esto con la finalidad de reforzar su creatividad y pueda ser posible el juego y la espontaneidad, esto le permite al pequeño sentirse dueño de su propia vida.

Sáinz (2015) es claro al decir que los terapeutas debemos ayudar al paciente a que deje emerger su verdadero self y sus necesidades, sin embargo, no podemos imponerle semejante empresa ya que iría justo en contra de lo que estamos defendiendo. Solo podemos asegurarle las características necesarias para que el paciente permita el surgimiento de su esencia. Sentir para poder pensar y comprender siendo el elemento primordial la experiencia de la relación el terapeuta.

Si bien, las psicoterapias derivadas del psicoanálisis basan gran parte de su labor en la interpretación sistemática de los contenidos inconscientes, para Winnicott el trabajo terapéutico para aquellas personas que estuvieron inmersas en un ambiente deficitario debe darse a través del vínculo terapéutico. Es a través de la relación terapéutica y transferencial que se aborda el funcionamiento del falso self. Así el terapeuta presta su propia mente para que el consultante elabore su propia función mental.

Sáinz Bermejo (2017) apunta que “La patología obsesiva, paranoide, narcisista, ciertas formas psicósomáticas, el trastorno límite, entre otros, cuentan con un funcionamiento hipertrófico de la mente que tiene las características fundamentales de un pensamiento concreto. Es decir, un pensamiento desconectado de la emocionalidad y de las vivencias, con escasa capacidad para sentir y expresar los sentimientos; en realidad con escasa capacidad para la mentalización” (p.127).

La paciente expresa de manera adecuada racionalizaciones y explicaciones en apariencia lógicas, bien articuladas y se describe así con ideas prefabricadas que le den identidad, pero las cuales aparentemente no han sido pensadas y metabolizadas. Es ahí donde se torna vital el surgimiento de una experiencia emocional y relacional, para que se genere un espacio donde se pueda pensar en conjunto. “La mente y su intelectualidad tiene sentido cuando hay alguien que sostiene y da significado a la emocionalidad” (Sáinz, 2015 p.129).

Es en ese apartado que antes de pensar en un tratamiento de reestructurar cogniciones, se propone el aprender a pensarlas en un espacio propio para ellas, “Sostenemos que el trabajo terapéutico tiene que ver con el juego entre paciente y psicoterapeuta y que es el camino para la mentalización y la función reflexiva que,

si puede darse, será lo que permitirá al paciente evolucionar de una forma sana.” (Sáinz, 2015).

Crítica al modelo de intervención de primera elección

El aporte de conocimiento sobre el TA, a nivel fenomenológico por parte del modelo Cognitivo Conductual ha sido vasto y los resultados ofrecidos por los modelos de tratamiento propuestos por este logran reducir de manera importante los riesgos provocados por las consecuencias ambientales de la alteración, estos beneficios como ya se mencionó permiten que el individuo y su medio mejoren su calidad de vida y se beneficien del uso de espacios que ya no eran útiles debido al llenado.

A pesar de que reducir el monto de las cosas atesoradas debe tenerse muy presente ya que disminuye el riesgo potencial a la salud y la vida, es muy cuestionable reducir un tratamiento a la simple eliminación de la consecuencia ambiental del trastorno sin atender su posible origen. Esto además de tener en cuenta que el uso de fechas límite promueve la angustia y la ansiedad ante la posibilidad de no lograr lo que se vuelve una demanda externa: limpiar.

El modelo cognitivo conductual del TA contempla que los síntomas son mantenidos por las creencias irracionales respecto de los objetos guardados, sin embargo, Taylor (2017) apunta que las cogniciones parecen no ser suficientes para explicar el guardado de objetos. Campbell-Sills and Barlow (2007, citados por Taylor) argumentan que la principal deficiencia de los modelos cognitivo-conductuales es tratar de reducir las emociones a sus pensamientos relacionados (como si estos fuesen el origen de las emociones) y los comportamientos observables. Se sugiere que este énfasis en la cognición y el comportamiento puede dificultar el reconocimiento de perturbaciones en la manera en que las personas que presentan estos trastornos experimentan y responden a sus emociones en general.

Consideramos que el obstáculo principal que se enfrenta un tratamiento que intenta ser muy específico es “la unidireccionalidad de los factores y la sobredimensión de uno de ellos sobre el resto” (Sáinz,2015) y se propone que las probables causalidades de las alteraciones de la salud mental son más bien, multidireccionales

por tanto un estudio psicológico y psicopatológico debe evitar reducir un trastorno, alteración o síndrome a sus componentes biológicos – comportamentales y en lugar de esto busque analizar las posibles causas psicológicas, biográficas, relacionales, sociales y culturales.

Se está de acuerdo con lo mencionado por Sáinz (2015) quien señala el riesgo de reducir la salud mental a la biológica. Sostenemos que “es un error con consecuencias graves, contemplar la salud mental solamente como una expresión de un organismo fallido. No existen evidencias definitivas de que la salud mental se deba a trastornos del área biológica específicamente” (p.25) Afirmar que si es así pertenece a la ideología y a intereses económicos y de poder (Kandel, Schwartz & Jesell, 2000, Bentall, 2009).

A pesar de lo anterior se entiende que lo biológico y el organismo si están implicados en la etiología de los trastornos mentales, pero otorgarles un valor absoluto que niegue los otros factores es equivocado (Sáinz, 2015). De la misma forma suscribimos la idea de que tampoco se puede reducir una patología exclusivamente a sus causas psicológicas, (teniendo en cuenta el aprendizaje, la historia, el psiquismo y las experiencias relacionales) o sociales, por tanto, se apuesta a una aproximación integral, entendiendo que en la clínica psicológica no hay una relación directa entre etiología y terapéutica y que se atienden personas, no sintomatologías.

Conclusiones

- Bertha continúa asistiendo a las sesiones bajo el encuadre de una sesión por semana, sin embargo, a menudo transmite una sensación de más autenticidad, expresa que ha desocupado su mesa e invita a sus hermanas a tomar café o a platicar. Respecto de la demanda de desocupar ha planteado una tregua y hasta el momento se ha respetado, aunque continua con la idea de que le gustaría seguir tirando cosas. Recientemente donó ropa y aclara que también la sala está más desocupada, aunque a veces sí mete *vasitos* que están bonitos. Se puede hablar de una reducción sintomática debido a la recuperación de áreas clave para su funcionamiento en la vida como es la cocina y el comedor. Así mismo, la ansiedad ha disminuido de manera importante. Bertha expresa conocerse más y sentirse a gusto con la idea de poder expresar y sentir sus emociones evitando la costumbre de darse explicaciones o agredirse a ella misma en lugar de poner expresar su desagrado con los demás.
- En términos generales el tratamiento está encaminado al cumplimiento del objetivo que es una mejora en el sentimiento de bienestar consigo misma. Esto toca varias áreas como la mencionada reducción de algunos síntomas, pero también la tolerancia hacia sí misma cuando no hay un cambio radical u ocurre cierta recaída. La relación terapéutica se ha convertido en una relación horizontal cuyo ambiente prevaleciente es de confianza en el que se vale no ser adecuada ni perfecta. Se expresa diligentemente cuando hay impulsos o deseos agresivos hacia otros o hacia sí mismos y la premisa es pensar las cosas sin calificativos y si estos surgen cuestionarlos. Bertha se ha convertido en agente de cambio en su familia, los domingos se reúnen en casa de su sobrina J. ella y algunos miembros y conversan sobre las cosas que les molestan mientras toman café, esto ha promovido un ambiente de compañerismo y complicidad entre los asistentes lo que ha devenido en la

conformación de una red de apoyo importante tanto como para Bertha como para los demás.

- Definir el atesoramiento como un trastorno limita la comprensión de los factores que configuran a una persona que acapara objetos. Los factores con conforman este hábito son complejos. Hoy en día aún en la literatura psiquiátrica no existe un consenso sobre lo que el Trastorno de Acumulación es, por lo mismo existe una dificultad importante al momento de realizar estudios epidemiológicos. No se puede medir lo que no se tiene bien delimitado. Por otra parte, en el caso de la consultante, dicho acaparamiento puede ser explicado por diversos frentes: existe la costumbre familiar de guardar en exceso, de reaprovechar las cosas por tanto es imposible inferir si hay heredabilidad biológica o si se replica por crianza; en diversos grados los 12 hijos atesoran. A nivel individual es observable la presencia de rasgos de carácter obsesivos, la ambivalencia, el conflicto entre el querer y no querer, la proyección del yo en los objetos, la regresión, la defensa frente al Edipo que le lleva a interiorizar al padre y que le da forma a su falso self. Para defenderse del mundo se convierte en el padre y al mismo tiempo omnipotentemente lo posee y lo lleva dentro, inclusive en el ámbito sexual ya que renuncia a la vivencia genital con otros hombres.
- Al tener una mirada amplia y observar los múltiples factores implicados en la presentación del caso y la evolución del tratamiento se logra el objetivo general pues se estudia a profundidad los elementos que atraviesan la conformación de la personalidad de una consultante de 59 años y al mismo tiempo nos recuerda que no se puede reducir a las personas a su enfermedad, los terapeutas atendemos personas no trastornos, por tanto la revisión caso por caso de afecciones etiquetadas como alteraciones de salud mental permite darle respuestas individuales que tengan significado para los consultantes y que devengan en la promoción de un estado de bienestar como lo menciona la OMS.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association., P. (1988). *DSM-III-R : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1 ed., 4 reimp.). Barcelona: Masson, S.A. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/dsm-iii-r-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales/oclc/851274226&referer=brief_results
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2016). Actualización del DSM-5® septiembre 2016. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.*, 15–21. Retrieved from http://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Ávila Espada, A. (2009). Pensando sobre el cambio. Comentario al trabajo de Joan Coderch Neurociencia y modelo relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 3(1), 54–57.
- Bacchetta, C. (2011, July). Neurosis Obsesiva y Clínica Psicoanalítica. *Revista Institución Clínica y Psicoanálisis*. Retrieved from www.societadipsicoanaliticacritica.it/wp-content/uploads/2013/04/14-Bacchetta-Problemi-clinici.pdf%0D
- Beatson, A. W. (1960). Imaginary Poverty. *British Medical Journal*, 6, 448.
- Bernardi, R. (1978). Representación de palabra y representación de cosa en la concepción freudiana del inconsciente *. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 57.
- Bleichmar, N., Bleichmar, C., & Wikinski, S. (1997). *El psicoanálisis después de Freud : Teoría clínica*. México: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/psicoanalisis-despues-de-freud-teoria-y-clinica/oclc/928312127&referer=brief_results
- Boillos, R. (2014). Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen

- Síndrome de Diógenes en la Provincia de Soria. *Documentos de Trabajo Social*, (51), 317–353.
- Bollas, C., & Etcheverry, J. L. (2009). *La sombra del objeto : Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/sombra-del-objeto-psicoanalisis-de-lo-sabido-no-pensado/oclc/964782180&referer=brief_results
- Bottinelli, N. (2012). *Síndrome de Diógenes Impactos en el sujeto, la comunidad y los abordajes estatales. Serie Investigaciones:Derechos humanos en las Políticas Públicas*.
- Bruno, M., & Pacchioni, M. (2013). Revisión sobre la concepción freudiana de la neurosis obsesiva (1894-1926), (3), 1–21.
- Büscher, T. P., Dyson, J., & Cowdell, F. (2014). The effects of hoarding disorder on families: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 491–498. <https://doi.org/10.1111/jpm.12098>
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis* (2da ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., Ulivi, M., & Nuti, A. (2015). Uncommon and/or bizarre features of dementia. *Acta Neurologica Belgica*, 115(1), 19–25. <https://doi.org/10.1007/s13760-014-0306-y>
- Cohen de Lara, A., Marinov, V., & Ménéchal, J. (2003). *La neurosis obsesiva : compulsiones y límites*. Madrid: Editorial Síntesis. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/neurosis-obsesiva-compulsiones-y-limites/oclc/53937541&referer=brief_results
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65–74. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Escobar, C. E. (2010). El inconsciente freudiano y sus destinos. *Tempo Psicanalítico*, 42(2), 403–424.

- Fenichel, O. (1996). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. Mexico: Paidós.
Retrieved from https://www.worldcat.org/title/teoria-psicoanalitica-de-la-neurosis/oclc/702156134&referer=brief_results
- Fiorini, H. J. (1980). *Teoría y técnica de psicoterapia* (1a ed.). Buenos Aires: Nueva vision. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/teoria-y-tecnica-de-psicoterapia/oclc/729863888&referer=brief_results
- Fontenelle, L. F. (2016). Vallejo-Nágera (1926-1990) and the concept of soteric neurosis: a forgotten sketch of hoarding disorder in the obsessive-compulsive spectrum literature. *Journal of Medical Biography*, 24(1), 85–89.
<https://doi.org/10.1177/0967772014525106>
- Freud, S. (1976). *El yo y el ello y otras obras (1923-1925) (v19)*. Argentina: Amorrortu Editores. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/yo-y-el-elloy-otras-obras-1923-1925-v19/oclc/926406290&referer=brief_results
- Freud, S. (1989). *Más allá del principio de placer ; Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras* (2. ed., 10. reimp.). Argentina: Amorrortu. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/mas-alla-del-principio-de-placer-psicologia-de-las-masas-y-analisis-del-yo-y-otras-obras-1920-1922-v18/oclc/777619047&referer=brief_results
- Freud, S., Rey Ardid, R., & López-Ballesteros y de Torres, L. (2012). *El yo y el ello y otros escritos de metapsicología*. Alianza Editorial. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/yo-y-el-elloy-otros-ensayos-de-metapsicologia/oclc/809613261&referer=brief_results
- Fromm, E. (1955). *Tener y Ser* (Vol. 6). <https://doi.org/10.1007/BF02009100>
- Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 367–381. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8512538>
- Frost, R., & Steketee, G. (2011). *Stuff : compulsive hoarding and the meaning of things*. Boston: Mariner Books : Houghton Mifflin Harcourt.

- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Panamericana. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/psiquiatria-psicodinamica-en-la-practica-clinica/oclc/949143973&referer=brief_results
- García Jerez, M. (2010). FALSO SELF. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 3(7).
- García Muñoz, E. M. A. (2012). *Características fenomenológicas, diagnósticos coexistentes y frecuencia del síndrome de atesoramiento compulsivo en una población clínica de pacientes que acuden a consulta en el Instituto Nacional de Psiquiatría*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gilliam, C. M., & Tolin, D. F. (2010). Compulsive hoarding. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(2), 93–121. <https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.2.93>
- Goffman, E. (2008). *Estigma : la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/estigma-la-identidad-deteriorada/oclc/1050179222&referer=brief_results
- Green, A. (2005). Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo.. Amorrortu.
- Guarner, E. (1984). *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*. (2. ed.). México: Porrúa. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/psicopatologia-clinica-y-tratamiento-analitico/oclc/777052035&referer=brief_results
- Heinze G, C. P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. (M. M.-M. S Berenzon, J Del Bos- que, J Alfaro, Ed.). Mexico.
- Holmes, S., Whomsley, S., & Kellet, S. (2015). *A psychological perspective on hoarding. DCP Good Practice Guidelines*.
- Hornstein, L. (2016). NUEVOS PARADIGMAS PARA EL PSICOANÁLISIS : REDUCCIONISMO O COMPLEJIDAD PARA EL PSICOANÁLISIS. Retrieved August 21, 2018, from <https://www.psyciencia.com/nuevos-paradigmas-para-el-psicoanalisis-reduccionismo-o-complejidad/>

- I. Iruarrizaga, J. Gómez-Segura, T. Criado, M. Z. y E. S. (1999). REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD A TRAVÉS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1). Retrieved from <http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>
- Instituto, N. de, & Mental, S. (2009). Transtornos de Ansiedad. *Instituto Nacional de La Salud Mental, SP 09-3879*(División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión 6001 Executive Boulevard), 1–34. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70931-7](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70931-7)
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2010). Trastorno Obsesivo- Compulsivo Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
- Jaramillo. (1992). El Sentimiento De Culpa , El Super Yo Y La Pulsión De Muerte. *Revista Colombiana de Psicología*, 30–37.
- Jarvis, R. M. (2007a). The Curious Legal Career Of Homer L. Collyer. *Journal of Maritime Law & Commerce*, 38, 571–582.
- Jarvis, R. M. (2007b). The Curious Legal Career Of Homer L. Collyer. *Journal of Maritime Law & Commerce*, 38(4), 571–582.
- Kellerman, H. (2008). *The Psychoanalysis of Symptoms*. New York: Springer.
- Kellett, S. (2006). The treatment of compulsive hoarding with object-affect fusion informed CBT: Initial experimental case evidence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 481–485. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003006>
- Kernberg, O. F., & Guerra Frías, M. (2007). *Controversias contemporáneas de las teorías psicoanalíticas, sus técnicas y sus aplicaciones*. México [etc]: Manual Moderno. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/controversias-contemporaneas-de-las-teoras-psicoanaliticas-sus-tecnicas-y-aplicaciones/oclc/1025381895&referer=brief_results
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2017). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

- Leda, S. (2014). Metodología Para El Desarrollo De Estudio De Caso. *Centro De Innovación En Tecnología Para El Desarrollo Humano*, 35. Retrieved from http://www.itd.upm.es/wp-content/uploads/2014/06/metodologia_estudios_de_caso.pdf
- Lopez-Yarto, L. (2010). Patologización de la Cotidianeidad. In *Trastornos Psicológicos en el Siglo XXI*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- M.T., Bascarán, & Jiménez Treviño, L. (2013). Epidemiología del trastorno de atesoramiento. *Información Clínica*, 24(12), 124–126. Retrieved from <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2739>
- Mena, M. I. (2014). Winnicott, un modo particular de leer psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 101–104.
- Mijolla, alain de., MIJOLLA-MELLOR, S. DE, & LERNER, D. (2003). *Fundamentos del psicoanálisis*. Madrid: Síntesis. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/fundamentos-del-psicoanálisis/oclc/928726242&referer=brief_results
- O'Connor, J. (2014). To hold on or to let go? Loss and substitution in the process of hoarding. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 16(2), 101–113. <https://doi.org/10.1080/13642537.2014.896023>
- Pedrick Cherry, & Bruce, H. (2003). *Guía Práctica del TOC Pistas para su liberación*. *Journal of Experimental Psychology: General*. Sevilla: Desclée De Brouwer.
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Ph, D., Singh, S., Sc, M., Alonso, P., ... Mataix-cols, D. (2009). Acumulación compulsiva: ¿un síntoma del TOC, un síndrome clínico distinto o ambas cosas?, 38–47.
- Prieto, I. G.-F. (2009). Formas clínicas de las conductas acumuladoras. *Psiquiatría Biológica*, 16(3). Retrieved from <https://medes.com/publication/52344>
- Romero Castelán, C. D. (2015). *La Neurosis Obsesiva en Freud y Lacan*.

Universidad Nacional Autónoma de México.

- Sáinz Bermejo, F. (2015). *La Influencia De La Obra De Donald W . Winnicott En Las Bases Conceptuales Del Psicoanálisis Relacional Actual*. Universitat Ramon Llull.
- Sáinz Bermejo, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. HERDER EDITORIAL. <https://doi.org/10.21110/19882939.2017.110114>
- Salamanca, M. (2009). Neurosis Obsesiva: Síntomas. *Revista Extensión de Psicoanálisis (103)*. Retrieved from www.extensionuniversitaria.com/num105/art01.htm
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*, 255–286.
- Sandin Esteban, M. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación Fundamentos y Tradiciones*. Madrid: MacGraw Hill.
- Schmidt, D. R., Pilla, C., Méa, D., Wagner, M. F., & Imed, F. M. (2014). Transtorno da Acumulação : características clínicas e epidemiológicas. *Revista CES Psicologia, 7(2)*, 27–43.
- Sociedad Mexicana de Psicología., L. H., & Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Ciudad de México: Trillas. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/codigo-etico-del-psicologo/oclc/1005082513&referer=brief_results
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2014a). The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199937783.001.0001>
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2014b). *Treatments that work : workbook (Second)*. Oxford university press. Retrieved from <http://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780199340965.001.0001/med-9780199340965>

- Subkowski, P. (2006). On the psychodynamics of collecting¹. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 383–401. <https://doi.org/10.1516/4umf-yf9g-fvfr-jm09>
- Taylor, J. (2017). The role of emotion regulation in compulsive hoarding, (March).
- Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., & Steketee, G. (2011). Hoarding among patients seeking treatment for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.001>
- Tolin, D. F., & Villavicencio, A. (2011). Inattention, but not OCD, predicts the core features of Hoarding Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.002>
- Vallejo-Nágera, J. A. (2000). *Conócete a ti mismo. Los grandes problemas psicológicos de nuestro tiempo*. Madrid: Temas de Hoy. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/conocete-a-ti-mismo-los-grandes-problemas-psicologicos-de-nuestro-tiempo/oclc/664420902&referer=brief_results
- Wilbram, M., Kellett, S., & Beail, N. (2008). Compulsive hoarding: A qualitative investigation of partner and carer perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 59–73. <https://doi.org/10.1348/014466507X240740>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (Third edition.). Retrieved from https://www.worldcat.org/title/introducing-qualitative-research-in-psychology/oclc/829055594&referer=brief_results
- Winnicott, D. W. (Donald W. (1960). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. Retrieved from <http://www.psic analisis.org/winnicott/defego.htm>
- Winnicott, D. W. (Donald W. (1993). *La naturaleza humana*. Buenos Aires ;;México: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/naturaleza-humana/oclc/689552634&referer=brief_results
- Winnicott, D. W. (Donald W. (2006). *Exploraciones Psicoanalíticas*. Buenos Aires:

Paidós.

- Winnicott, D. W. (Donald W., Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (1990). *Deprivación y delincuencia* (7a reimp.). Buenos Aires: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/deprivacion-y-delincuencia/oclc/912486228&referer=brief_results
- Winnicott, D. W. (Donald W., Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (1993). *El hogar, nuestro punto de partida : ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires ;;Barcelona: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/hogar-nuestro-punto-de-partida-ensayos-de-un-psicoanalista/oclc/318402591&referer=brief_results
- Winnicott, D. W., & Piatigorsky, J. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador : estudios para una teoría del desarrollo emocional* (4. reimp.). Buenos Aires: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/procesos-de-maduracion-y-el-ambiente-facilitador-estudios-para-una-teoria-del-desarrollo-emocional/oclc/907415324&referer=brief_results
- Winters, R. M. (2015). *The hoarding impulse : suffocation of the soul*. Routledge.
- Zonis De Zukerfeld, R. (2016). Psicósomática Hoy : Tercera Tópica Y Vulnerabilidad. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 1–25.
- American Psychiatric Association., P. (1988). *DSM-III-R : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1 ed., 4 reimp.). Barcelona: Masson, S.A. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/dsm-iii-r-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales/oclc/851274226&referer=brief_results
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2016). Actualización del DSM-5® septiembre 2016. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.*, 15–21. Retrieved from http://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

- Ávila Espada, A. (2009). Pensando sobre el cambio. Comentario al trabajo de Joan Coderch Neurociencia y modelo relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 3(1), 54–57.
- Bacchetta, C. (2011, July). Neurosis Obsesiva y Clínica Psicoanalítica. *Revista Institución Clínica y Psicoanálisis*. Retrieved from www.societadipsicoanaliticacritica.it/wp-content/uploads/2013/04/14-Bacchetta-Problemi-clinici.pdf%0D
- Beatson, A. W. (1960). Imaginary Poverty. *British Medical Journal*, 6, 448.
- Bernardi, R. (1978). Representación de palabra y representación de cosa en la concepción freudiana del inconsciente *. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 57.
- Bleichmar, N., Bleichmar, C., & Wikinski, S. (1997). *El psicoanálisis después de Freud: Teoría clínica*. México: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/psicoanalisis-despues-de-freud-teoria-y-clinica/oclc/928312127&referer=brief_results
- Boillos, R. (2014). Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la Provincia de Soria. *Documentos de Trabajo Social*, (51), 317–353.
- Bollas, C., & Etcheverry, J. L. (2009). *La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/sombra-del-objeto-psicoanalisis-de-lo-sabido-no-pensado/oclc/964782180&referer=brief_results
- Bottinelli, N. (2012). *Síndrome de Diógenes Impactos en el sujeto, la comunidad y los abordajes estatales. Serie Investigaciones:Derechos humanos en las Políticas Públicas*.
- Bruno, M., & Pacchioni, M. (2013). Revisión sobre la concepción freudiana de la neurosis obsesiva (1894-1926), (3), 1–21.
- Büscher, T. P., Dyson, J., & Cowdell, F. (2014). The effects of hoarding disorder on

- families: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 491–498. <https://doi.org/10.1111/jpm.12098>
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis* (2da ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., Ulivi, M., & Nuti, A. (2015). Uncommon and/or bizarre features of dementia. *Acta Neurologica Belgica*, 115(1), 19–25. <https://doi.org/10.1007/s13760-014-0306-y>
- Cohen de Lara, A., Marinov, V., & Ménéchal, J. (2003). *La neurosis obsesiva : compulsiones y límites*. Madrid: Editorial Síntesis. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/neurosis-obsesiva-compulsiones-y-limites/oclc/53937541&referer=brief_results
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65–74. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Escobar, C. E. (2010). El inconsciente freudiano y sus destinos. *Tempo Psicanalítico*, 42(2), 403–424.
- Fenichel, O. (1996). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. Mexico: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/teoria-psicoanalitica-de-la-neurosis/oclc/702156134&referer=brief_results
- Fiorini, H. J. (1980). *Teoría y técnica de psicoterapia* (1a ed.). Buenos Aires: Nueva vision. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/teoria-y-tecnica-de-psicoterapia/oclc/729863888&referer=brief_results
- Fontenelle, L. F. (2016). Vallejo-Nágera (1926-1990) and the concept of soteric neurosis: a forgotten sketch of hoarding disorder in the obsessive-compulsive spectrum literature. *Journal of Medical Biography*, 24(1), 85–89. <https://doi.org/10.1177/0967772014525106>
- Freud, S. (1976). *El yo y el ello y otras obras (1923-1925)* (v19). Argentina: Amorrortu Editores. Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/yo-y-el-el-lo->

y-otras-obras-1923-1925-v19/oclc/926406290&referer=brief_results

Freud, S. (1989). *Más allá del principio de placer; Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras* (2. ed., 10. reimp.). Argentina: Amorrortu. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/mas-alla-del-principio-de-placer-psicologia-de-las-masas-y-analisis-del-yo-y-otras-obras-1920-1922-v18/oclc/777619047&referer=brief_results

Freud, S., Rey Ardid, R., & López-Ballesteros y de Torres, L. (2012). *El yo y el ello y otros escritos de metapsicología*. Alianza Editorial. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/yo-y-el-el-lo-y-otros-ensayos-de-metapsicologia/oclc/809613261&referer=brief_results

Fromm, E. (1955). *Tener y Ser* (Vol. 6). <https://doi.org/10.1007/BF02009100>

Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 367–381. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8512538>

Frost, R., & Steketee, G. (2011). *Stuff: compulsive hoarding and the meaning of things*. Boston: Mariner Books : Houghton Mifflin Harcourt.

Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Panamericana. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/psiquiatria-psicodinamica-en-la-practica-clinica/oclc/949143973&referer=brief_results

García Jerez, M. (2010). FALSO SELF. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 3(7).

García Muñoz, E. M. A. (2012). *Características fenomenológicas, diagnósticos coexistentes y frecuencia del síndrome de atesoramiento compulsivo en una población clínica de pacientes que acuden a consulta en el Instituto Nacional de Psiquiatría*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gilliam, C. M., & Tolin, D. F. (2010). Compulsive hoarding. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(2), 93–121. <https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.2.93>

- Goffman, E. (2008). *Estigma : la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
Retrieved from https://www.worldcat.org/title/estigma-la-identidad-deteriorada/oclc/1050179222&referer=brief_results
- Green, A. (2005). Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo.. Amorrortu.
- Guarner, E. (1984). *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*. (2. ed.). México: Porrúa. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/psicopatologia-clinica-y-tratamiento-analitico/oclc/777052035&referer=brief_results
- Heinze G, C. P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. (M. M.-M. S Berenzon, J Del Bos- que, J Alfaro, Ed.). Mexico.
- Holmes, S., Whomsley, S., & Kellet, S. (2015). *A psychological perspective on hoarding. DCP Good Practice Guidelines*.
- Hornstein, L. (2016). NUEVOS PARADIGMAS PARA EL PSICOANÁLISIS : REDUCCIONISMO O COMPLEJIDAD PARA EL PSICOANÁLISIS. Retrieved August 21, 2018, from <https://www.psyciencia.com/nuevos-paradigmas-para-el-psicoanalisis-reduccionismo-o-complejidad/>
- I. Iruarrizaga, J. Gómez-Segura, T. Criado, M. Z. y E. S. (1999). REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD A TRAVÉS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1). Retrieved from <http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>
- Instituto, N. de, & Mental, S. (2009). Transtornos de Ansiedad. *Instituto Nacional de La Salud Mental, SP 09-3879*(División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión 6001 Executive Boulevard), 1–34. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70931-7](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70931-7)
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2010). Trastorno Obsesivo- Compulsivo Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
- Jaramillo. (1992). El Sentimiento De Culpa , El Super Yo Y La Pulsion De Muerte. *Revista Colombiana de Psicología*, 30–37.

- Jarvis, R. M. (2007a). The Curious Legal Career Of Homer L. Collyer. *Journal of Maritime Law & Commerce*, 38, 571–582.
- Jarvis, R. M. (2007b). The Curious Legal Career Of Homer L. Collyer. *Journal of Maritime Law & Commerce*, 38(4), 571–582.
- Kellerman, H. (2008). *The Psychoanalysis of Symptoms*. New York: Springer.
- Kellett, S. (2006). The treatment of compulsive hoarding with object-affect fusion informed CBT: Initial experimental case evidence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 481–485. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003006>
- Kernberg, O. F., & Guerra Frías, M. (2007). *Controversias contemporáneas de las teorías psicoanalíticas, sus técnicas y sus aplicaciones*. México [etc]: Manual Moderno. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/controversias-contemporneas-de-las-teoras-psicoanaliticas-sus-tnicas-y-aplicaciones/oclc/1025381895&referer=brief_results
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2017). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Leda, S. (2014). Metodología Para El Desarrollo De Estudio De Caso. *Centro De Innovación En Tecnología Para El Desarrollo Humano*, 35. Retrieved from http://www.itd.upm.es/wp-content/uploads/2014/06/metodologia_estudios_de_caso.pdf
- Lopez-Yarto, L. (2010). Patologización de la Cotidianeidad. In *Trastornos Psicológicos en el Siglo XXI*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- M.T., Basarán, & Jiménez Treviño, L. (2013). Epidemiología del trastorno de aterosamiento. *Información Clínica*, 24(12), 124–126. Retrieved from <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2739>
- Mena, M. I. (2014). Winnicott, un modo particular de leer psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 101–104.

- Mijolla, alain de., MIJOLLA-MELLOR, S. DE, & LERNER, D. (2003). *Fundamentos del psicoanálisis*. Madrid: Síntesis. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/fundamentos-del-psicoanalisis/oclc/928726242&referer=brief_results
- O'Connor, J. (2014). To hold on or to let go? Loss and substitution in the process of hoarding. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 16(2), 101–113. <https://doi.org/10.1080/13642537.2014.896023>
- Pedrick Cherry, & Bruce, H. (2003). *Guía Práctica del TOC Pistas para su liberación. Journal of Experimental Psychology: General*. Sevilla: Desclée De Brouwer.
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Ph, D., Singh, S., Sc, M., Alonso, P., ... Mataix-cols, D. (2009). Acumulación compulsiva: ¿un síntoma del TOC, un síndrome clínico distinto o ambas cosas?, 38–47.
- Prieto, I. G.-F. (2009). Formas clínicas de las conductas acumuladoras. *Psiquiatría Biológica*, 16(3). Retrieved from <https://medes.com/publication/52344>
- Romero Castelán, C. D. (2015). *La Neurosis Obsesiva en Freud y Lacan*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sáinz Bermejo, F. (2015). *La Influencia De La Obra De Donald W . Winnicott En Las Bases Conceptuales Del Psicoanálisis Relacional Actual*. Universitat Ramon Llull.
- Sáinz Bermejo, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. HERDER EDITORIAL. <https://doi.org/10.21110/19882939.2017.110114>
- Salamanca, M. (2009). Neurosis Obsesiva: Síntomas. *Revista Extensión de Psicoanálisis (103)*. Retrieved from www.extensionuniversitaria.com/num105/art01.htm
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255–286.

- Sandin Esteban, M. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación Fundamentos y Tradiciones*. Madrid: MacGraw Hill.
- Schmidt, D. R., Pilla, C., Méa, D., Wagner, M. F., & Imed, F. M. (2014). Transtorno da Acumulação : características clínicas e epidemiológicas. *Revista CES Psicologia*, 7(2), 27–43.
- Sociedad Mexicana de Psicología., L. H., & Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Ciudad de México: Trillas. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/codigo-etico-del-psicologo/oclc/1005082513&referer=brief_results
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2014a). The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199937783.001.0001>
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2014b). *Treatments that work : workbook* (Second). Oxford university press. Retrieved from <http://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780199340965.001.0001/med-9780199340965>
- Subkowski, P. (2006). On the psychodynamics of collecting¹. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 383–401. <https://doi.org/10.1516/4umf-yf9g-fvfr-jm09>
- Taylor, J. (2017). The role of emotion regulation in compulsive hoarding, (March).
- Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., & Steketee, G. (2011). Hoarding among patients seeking treatment for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.001>
- Tolin, D. F., & Villavicencio, A. (2011). Inattention, but not OCD, predicts the core features of Hoarding Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.002>
- Vallejo-Nágera, J. A. (2000). *Conócete a ti mismo. Los grandes problemas psicológicos de nuestro tiempo*. Madrid: Temas de Hoy. Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/conocete-a-ti-mismo-los-grandes-problemas->

psicologicos-de-nuestro-tiempo/oclc/664420902&referer=brief_results

- Wilbram, M., Kellett, S., & Beail, N. (2008). Compulsive hoarding: A qualitative investigation of partner and carer perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 59–73. <https://doi.org/10.1348/014466507X240740>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (Third edition.). Retrieved from https://www.worldcat.org/title/introducing-qualitative-research-in-psychology/oclc/829055594&referer=brief_results
- Winnicott, D. W. (Donald W. (1960). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. Retrieved from <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/defego.htm>
- Winnicott, D. W. (Donald W. (1993). *La naturaleza humana*. Buenos Aires ;;México: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/naturaleza-humana/oclc/689552634&referer=brief_results
- Winnicott, D. W. (Donald W. (2006). *Exploraciones Psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (Donald W., Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (1990). *Deprivación y delincuencia* (7a reimp.). Buenos Aires: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/deprivacion-y-delincuencia/oclc/912486228&referer=brief_results
- Winnicott, D. W. (Donald W., Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (1993). *El hogar, nuestro punto de partida : ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires ;;Barcelona: Paidós. Retrieved from https://www.worldcat.org/title/hogar-nuestro-punto-de-partida-ensayos-de-un-psicoanalista/oclc/318402591&referer=brief_results
- Winnicott, D. W., & Piatigorsky, J. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador : estudios para una teoría del desarrollo emocional* (4. reimp.). Buenos Aires: Paidós. Retrieved from

https://www.worldcat.org/title/procesos-de-maduracion-y-el-ambiente-facilitador-estudios-para-una-teoria-del-desarrollo-emocional/oclc/907415324&referer=brief_results

Winters, R. M. (2015). *The hoarding impulse : suffocation of the soul*. Routledge.

Zonis De Zukerfeld, R. (2016). Psicósomática Hoy : Tercera Tópica Y Vulnerabilidad. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 1–25.