



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

Caso L

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

Brenda Concepción Morales Chambert

DIRECTORA DEL REPORTE
DRA. MA. LUISA RODRÍGUEZ HURTADO

COMITÉ TUTORIAL
**MTRO. MANUEL GONZÁLEZ OSCOY
DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DRA. SUSANA ORTEGA PIERRES
DR. JAIME WINKLER PITOWSKI**

MÉXICO, D.F.

Junio 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México
por recibirme como mi segunda casa y haberse convertido en la primera.

Al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACyT)
por su apoyo para la realización de este reporte.

A la Dra. Ma. Luisa Rodríguez Hurtado, por su paciencia y tiempo.

Al Mtro. Manuel González Oscoy por darme la bienvenida.

Al Dr. Jaime Winkler P. por su ejemplo de congruencia y ética,
por los sombreros y la amistad.

A la Dra. Susana Ortega Pierres
por la paciencia y el cariño.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
por sus puntuales y atinadas observaciones.

A mis amigos de la maestría: Adolfo, Salvador, Andrés y Carlos.

A Helí y a Daniel.

Y muy especialmente a la Dra. Lucy María Reidl Martínez,
maestra, jefa y amiga.

DEDICATORIAS

A mi primer motorcito... mi mamá.

A mi papá y a mis hermanos.

A tí que siempre estás, aún sin estar.

A mi familia: mi esposo Arturo y mi amor chiquito.

A todos ustedes a quienes quiero y quienes
siempre me acompañaron por una parte del camino.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. JUSTIFICACIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Neurosis obsesiva	11
2.2 Sexualidad cifrada como síntoma	18
2.3 Neurosis y perversión	19
2.4 Sexualidad infantil	21
2.5 Constituciones sexuales	25
2.6 Elección de neurosis	30
2.7 Exteriorizaciones	33
3. METODOLOGÍA	41
3.1 Objetivo general	41
3.2 Objetivos específicos	41
3.3 Sujeto	41
3.4 Método	42
3.5 Procedimiento	42
4. PRESENTACIÓN	43
4.1 Caso L	43
4.2 Antecedentes	43
4.3 Tratamiento	46
5. ANÁLISIS DEL CASO L	57
6. CONCLUSIONES	72
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

Introducción

Este reporte tiene como objetivo presentar el caso de L, un adolescente de 13 años, llevado al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología por sus padres, cuando observaron que su hijo comenzó a bajar de calificaciones, tardaba mucho tiempo en llevar a cabo actividades cotidianas como lavarse las manos e ir al baño y pedía que no lo presionaran para crecer, pues decía que aún era niño.

El tratamiento inicia una vez que el personal de dicho Centro realiza una preconsulta, recabando datos proporcionados por la madre, posteriormente es canalizado con una terapeuta de adolescentes de la Facultad, quien trabaja con L durante 46 sesiones de 45 minutos de duración, una vez por semana.

La intervención de la terapeuta tiene como marco referencial la teoría psicoanalítica, por lo que a partir del material llevado por L a las sesiones psicoterapéuticas, es posible efectuar un análisis clínico a la luz de los aportes freudianos, en torno a lo que se denomina Neurosis Obsesiva.

Así, la sintomatología de L se presenta como una expresión desfigurada de su sexualidad, cifrada en formaciones de compromiso entre un irrefrenable deseo sexual, percibido como amenazante y una exagerada inhibición para su adecuada tramitación.

En L se observa por un lado, una inhibición del desarrollo psicosexual; por otro, una clara fijación en la etapa anal, misma que constituye el punto central de su sintomatología y por ende, del contenido de este reporte.

Para el abordaje y análisis de este caso se realiza un breve recorrido de los textos psicoanalíticos relacionados con el tema de la Neurosis Obsesiva, resaltando las variaciones que las puntualizaciones freudianas sufrieron a lo largo de la creación y evolución del psicoanálisis para finalmente hacer un especial énfasis en la sexualidad como nodo principal del conflicto neurótico.

La presentación del caso se efectúa mediante viñetas de algunas de las sesiones más significativas en relación con el tema propuesto. No se presentan datos específicos ni reproducciones totales de las sesiones, con el objetivo de mantener en el anonimato la identidad del paciente.

1. Justificación

La concepción clásica de la adolescencia, descrita por autores como Mauricio Knobel, Arminda Aberasturi¹ y Anna Freud², entre otros, consiste en referirse a una etapa del desarrollo caracterizada por desequilibrio e inestabilidad, considerando ambos como necesarios para que el adolescente consolide su identidad y se inserte en el mundo adulto satisfactoriamente.

Esta etapa ha sido por muchos años un punto de gran interés teórico y clínico, buscando aprehender y describir sus características y singularidades de la manera más precisa posible. Así, se han realizado numerosos intentos por diferenciar lo normal de lo patológico durante la adolescencia, debido a la gran cantidad de cambios propios de esta fase en que los adolescentes en ocasiones, parecen más alterados que funcionales.

Esta situación es abordada por la psicología o la psiquiatría, elaborando categorías y criterios que permitan dar cuenta de la conducta adolescente, estableciendo así parámetros que dibujen una línea objetiva, a partir de la cual cada adolescente pueda ser ubicado y diagnosticado, de modo que se pueda intervenir clínicamente de acuerdo con las características observadas que, en muchos casos, pueden confundirse fácilmente con cualquiera de los trastornos psiquiátricos existentes.

Tanto los cambios físicos como los psíquicos tienen una especial importancia en la vida de todo ser humano, sus efectos resultan innegables y su rastro imborrable. La dificultad del trabajo con adolescentes es también evidente, dada la inestabilidad y vulnerabilidad psíquica y social a la que se enfrentan y no sólo ellos, sino también sus familias y los adultos que los acompañan en esta travesía.

No obstante, este reporte tiene el objetivo de describir el trabajo psicoterapéutico psicoanalítico, llevado a cabo con un adolescente, a partir de su discurso. Si bien no pretende negar ni tampoco restar importancia a las características descritas y al momento cronológico en que se sitúa el paciente, pues se trata de hechos que se

¹ A. Aberastury y M. Knobel, (1989) La adolescencia normal. Buenos Aires: Paidós.

² A. Freud, (1974) el Yo y los mecanismos de defensa. Barcelona: Paidós.

cuelan por el discurso y se materializan en la palabra, sí puntualiza y descansa sobre construcciones hechas al interior del consultorio.

Para el psicoanálisis, es durante la adolescencia que la sexualidad infantil se resignifica y se lleva a su conformación definitiva. La pulsión sexual que era autoerótica, encuentra su objeto sexual. Las pulsiones y zonas erógenas que operaban de manera independiente y buscaban placer de manera no unificada, encuentran una nueva meta sexual y para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan y las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital. A partir de este momento, la meta sexual de cada género asigna funciones muy diferentes, por lo que el desarrollo sexual se separa de manera tajante entre ambos. La normalidad de la vida sexual sólo es expresada por la exacta coincidencia de las corrientes dirigidas al objeto y la meta sexuales: la tierna y la sensual³.

En el caso del varón, la nueva meta sexual consistirá en la descarga de los productos genésicos, unida al máximo monto de placer. La pulsión sexual se pone ahora al servicio de la función de reproducción. Para que esa transmutación se logre con éxito, es preciso contar con las disposiciones originarias y todas las peculiaridades de las pulsiones; no obstante, pueden sobrevenir perturbaciones patológicas por interrupción de esos reordenamientos, mismas que han de considerarse como inhibiciones del desarrollo.

En el caso que se presenta, se observa con claridad una detención del desarrollo, cuyas características, remiten a lo que Freud denominara Neurosis Obsesiva.

Se ha dicho con acierto que el complejo de Edipo es el complejo nuclear de las neurosis, la pieza esencial del contenido de éstas. En él culmina la sexualidad infantil, que, por sus consecuencias, influye decisivamente sobre la sexualidad del adulto. "A todo ser humano que nace se le plantea la tarea de dominar el complejo de Edipo; el que no puede resolverla, cae en la neurosis"⁴.

³ S. Freud, (1905) Tres ensayos de teoría sexual. En Obras Completas. Tomo VII. Argentina: Amorrortu. Pág. 189.

⁴ *Ibíd.* Pág. 206, n 28.

Es en este tránsito de la infancia a la adultez, en el que se sitúa la adolescencia, fase en la que ha de enfrentarse la metamorfosis más compleja, dolorosa y delicada: el desasimiento respecto de los progenitores y el encuentro con el objeto sexual definitivo, no obstante, en el caso de los psiconeuróticos, una gran parte de la actividad psicosexual para el hallazgo de objeto, o toda ella, permanece en el inconsciente”⁵, lo que demanda una escucha y una intervención dirigida a tal instancia.

⁵ *Ibíd.* Pág. 207.

2. Marco Teórico

Freud inicia sus problematizaciones sobre la neurosis, a partir de las observaciones del tratamiento de sus pacientes histéricas y el trabajo realizado al lado de Breuer, a finales del siglo XIX.

Los discursos de las pacientes permitieron que el psicoanalista vienés dirigiera su atención a las experiencias sexuales tempranas que sus enfermas le comunicaban, así, la etiología de la histeria y posteriormente de la neurosis, se centra en la falta de tramitación de una vivencia sexual ocurrida en la infancia más temprana del sujeto. Al indagar sobre las características y condiciones de tal vivencia, Freud descubre que el relato es en sí mismo terapéutico, situación que introduce la abreacción como técnica y maniobra central de las intervenciones de aquel momento.

Poco después, se plantea una diferencia entre la manera en que se causan histeria y neurosis, de acuerdo a la posición ocupada por el sujeto en el momento de la seducción. En el caso de la histeria se trataría pues de una posición pasiva, mientras que los neuróticos habrían tenido una participación activa en similar circunstancia. Más tarde, la atención se centró en el período de la vida en que el sujeto tiene la experiencia traumática, así como el tiempo en que se inicia la acción defensiva contra el avivamiento de dicha experiencia

Las conceptualizaciones de la neurosis evolucionaron al ritmo que lo hicieron las observaciones freudianas; los descubrimientos y las elaboraciones teóricas fueron construyéndose y completándose a partir de la práctica clínica.

Freud habla de representaciones obsesivas, ligadas al trauma, cuyos efectos y afectos, el sujeto se esfuerza por olvidar; sin embargo, lo único que consigue es una escisión entre la representación y el afecto. En el caso de la primera, es perdurable a lo largo del tiempo, mientras que el segundo, era depositado en el inconsciente y reactivado a posteriori, adhiriéndolo a una representación que en poco correspondería al monto y tipo de afecto en cuestión.

Años más tarde, Freud modifica su concepción sobre la etiología de las psiconeurosis (histeria y neurosis obsesiva) y la dirige a la sexualidad infantil. Ello no implica que antes no hubiera dado a este punto una importancia capital, no obstante, es a partir de sus *Tres Ensayos de Teoría Sexual*, en 1905, que replantea su postura y desarrolla una de las elaboraciones teóricas más importantes del psicoanálisis.

Esta revisión teórica tiene el propósito de hacer un breve recorrido por algunos de los textos freudianos relacionados con la neurosis obsesiva, realizando especiales puntualizaciones que faciliten el posterior análisis de la sintomatología de un adolescente neurótico de 13 años.

2.1 Neurosis Obsesiva

En 1893, Sigmund Freud se refiere a la Histeria como la consecuencia de la no tramitación de un trauma, descrito éste como una experiencia con intensidad y efectos tales en la vida psíquica, que permanece y produce síntomas que lo simbolizan.

Se trata del momento en que el psicoanálisis se gestaba, tiempo en el que, para Freud, el intento de averiguar el origen de un síntoma, resultaba a la vez terapéutico; ello debido a que, todo individuo que experimenta una impresión psíquica, experimenta también un aumento desestabilizante de excitación, misma que se busca reducir y devolver a los niveles habituales por vías motrices como la palabra. Así pues, surge la abreacción como maniobra terapéutica inicial⁶.

Una de las primeras referencias que Freud hace a las “representaciones obsesivas” data de 1894 y se refiere a éstas como consecuencia de una vivencia, representación o sensación, de la vida sexual del enfermo, causante de un afecto tan penoso para el Yo, que la persona se empeña conscientemente en olvidar al no ser capaz de tramitarla. Sin embargo, tal representación es imposible de extirpar, una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación se hacen

⁶ Cf. S. Freud, (1893) Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En Obras Completas. Tomo III. Argentina: Amorrortu. Págs. 29-40.

presentes. Ante el intento por separar ambos elementos, la representación queda debilitada e inaccesible a toda asociación consciente, no obstante, su afecto se adhiere a otras representaciones mediante un falso enlace, creando así, representaciones cuyo monto y cualidad afectiva resultan desproporcionados. En suma, el afecto permanece intacto y sólo la representación es omitida del recordar, es decir, es reprimida⁷.

Tales representaciones obsesivas, suelen ser mantenidas en secreto por los pacientes, debido a que su origen sexual resulta consciente y expresan un claro extrañamiento por el afecto experimentado ligado a éstas. Así, se tiene por ejemplo, el caso de las fobias del ser humano a algunos animales, una tormenta, la oscuridad, etc., o sobre temas asociados a lo sexual como el orinar, la defecación y el ensuciarse o contagiarse.

Al respecto, en 1895, Freud diferencia las obsesiones de las fobias en tanto estas últimas siempre llevan como estado emotivo la ansiedad o angustia, además de ser monótonas y típicas. En éstas no predomina la sustitución y lo que el enfermo teme es un ataque previamente experimentado, en condiciones de las que cree no poder escapar, además de que la angustia del estado emotivo no deriva de cualquier recuerdo sino de las condiciones especiales que el paciente evita cuidadosamente.

En el caso de las obsesiones, éstas se presentan más especializadas y en ellas se impone al paciente, una idea y un estado emotivo asociado, tal como la ansiedad, la duda, el remordimiento, la cólera o cualquier otro. De ello, el estado emotivo es lo central, ya que éste persiste sin alteraciones, mientras que la idea asociada varía. El afecto puede parecer justificado, sin embargo, el rasgo que sobresale es que el estado emotivo se eterniza y la idea asociada ya no es la inicial. En general, la obsesión es un sustituto de ideas que corresponden a sucesos penosos de la vida sexual del enfermo, quien las ha tratado de olvidar, logrando sólo sustituir la idea indeseada por otra inapropiada para asociarla al estado emotivo que ha permanecido idéntico, siendo este falso enlace lo que explica el carácter absurdo de las obsesiones. La idea original también puede ser remplazada por actos que en su

⁷ Cf. S. Freud, (1894) Las neuropsicosis de defensa. Tomo III. Argentina: Amorrortu. Págs. 41-68.

origen sirvieron como alivio y protección y que ahora se asocian de manera grotesca con un estado emotivo que no concuerda con ellos pero que ha permanecido igual. No obstante, una fobia y una obsesión frecuentemente pueden combinarse⁸.

Un año más tarde, la etiología de las neurosis es atribuida por Freud a la modalidad de relación con el afecto que produce, además de incluir la influencia de la herencia como un factor que incide; sin embargo, hace especial énfasis en la vida sexual del sujeto como fuente de la enfermedad, sea un desorden de la vida actual o pasada del individuo. Por otro lado, el origen de la neurosis, al igual que de la histeria, es también relacionado con un acontecimiento que produjo una emoción penosa en la vida sexual del sujeto, además de una excitación genital que en su momento tuvo un efecto nulo o escaso pero que deja una huella psíquica indeleble, que es removida en el período de la pubertad, operando así el recuerdo como si se tratara de un acontecimiento actual.

Las causas de ambos padecimientos se ligan a la seducción por parte de un adulto, es decir, a una experiencia sexual en edades tempranas. En el caso específico de las representaciones obsesivas, la vivencia sexual infantil se distingue de aquella de la histeria, por la participación sexual activa del niño en la seducción, por lo que estas representaciones constituyen reproches que retornan desde la represión y están siempre referidos a una acción sexual de la infancia realizada con placer. Estos reproches se presentan en el momento actual desfigurados, a causa del trabajo psíquico inconsciente de transformación y sustitución⁹.

Ante tal trauma, el intento por reprimir la representación de manera defensiva, en razón de la pena experimentada por el Yo del sujeto, constituye una clara evidencia que para Freud justifica el centrar toda la atención en la defensa, considerada en 1896 como el punto nuclear del mecanismo psíquico de las entonces llamadas neurosis de defensa, dentro de las que ubica la histeria, las representaciones obsesivas y la confusión alucinatoria aguda y aclara que no son las vivencias mismas las que poseen el efecto traumático, sino su reanimación como recuerdo,

⁸ S. Freud, (1895 [1894]) Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. Tomo III. Argentina: Amorrortu. Pág. 75-76.

⁹ S. Freud, (1896) La herencia y la etiología de las neurosis. Tomo III. Argentina: Amorrortu. Págs. 139-156.

una vez que el individuo ha ingresado a la madurez sexual, produciendo así los traumas infantiles, efectos retardados, como vivencias frescas inconscientes (*nachträglich*)¹⁰.

Dichos recuerdos reanimados y los reproches creados a partir de ellos, nunca regresan sin alteración en la conciencia, sino como formaciones de compromiso entre las representaciones reprimidas y las represoras. Regresan desfigurados respecto su representación en la infancia: algo actual reemplaza lo pasado y lo sexual está sustituido por un análogo no sexual, por obra de la acción represiva que aún burlada, continúa vigente y es atribuible al Yo; sin embargo, el contenido de la representación obsesiva sigue siendo fragmentariamente idéntico a lo reprimido o se deriva de éste. Toda vez que una obsesión neurótica aparece en lo psíquico, ella proviene de una represión.

Una segunda plasmación de la neurosis obsesiva se produce si lo que se conquista una subrogación en la vida psíquica consciente no es el contenido mnémico reprimido, sino el reproche, reprimido igualmente. El afecto de reproche puede mudarse, en virtud de un agregado psíquico, en un afecto displacentero de cualquier otra índole; acontecido esto, el devenir-consciente del afecto sustituyente ya no encuentra obstáculos en su camino. Entonces el reproche (por haber llevado a cabo en la infancia la acción sexual) se muda fácilmente en vergüenza (de que otro se llegue a enterar), en angustia hipocondríaca (por las consecuencias corporalmente nocivas de aquella acción-reproche), en angustia social (por la pena que impondría la sociedad a aquel desaguisado), en angustia religiosa, en delirio de ser notado (miedo de denunciar a otros aquella acción), en angustia de tentación (justificada desconfianza en la propia capacidad de resistencia moral), etc. A todo esto, el contenido mnémico de la acción-reproche puede estar subrogado también en la conciencia o ser relegado por completo, lo cual dificulta en sumo grado el discernimiento diagnóstico¹¹.

¹⁰ Cf. S. Freud, (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En Obras Completas. Tomo III. Argentina: Amorrortu. Págs. 165.

¹¹ *Ibid.* Pág. 172.

Junto a estos síntomas, que significan el retorno de lo reprimido y con él, un fracaso de la defensa originariamente lograda, la neurosis obsesiva forma una serie de otros síntomas de origen totalmente diverso, debido a que el Yo procura defenderse de aquellos retoños del recuerdo inicialmente reprimido y en esta lucha defensiva crea unos síntomas que se podrían agrupar bajo el título de “defensa secundaria”.

Todos estos síntomas constituyen “medidas protectoras” que han prestado muy buenos servicios para combatir las representaciones y afectos obsesivos. Si estos auxilios para la lucha defensiva consiguen efectivamente volver a reprimir los síntomas del retorno (de lo reprimido) impuestos al Yo, la compulsión se transfiere sobre las medidas protectoras mismas y así crea una tercera plasmación de la neurosis obsesiva: las acciones obsesivas. Estas nunca son primarias, nunca contienen algo diverso de una defensa, nunca una agresión; acerca de ellas, el análisis psíquico demuestra que en todos los casos se esclarecen plenamente al reconducirlas al recuerdo obsesivo que combaten.

La defensa secundaria frente a las representaciones obsesivas puede tener éxito mediante un violento desvío hacia otros pensamientos, cuyo contenido sea el más contrario posible. Las representaciones reprimidas se ocupan siempre de lo sensual. El enfermo intenta apoderarse de cada idea obsesiva singular mediante un trabajo lógico y una invocación a sus recuerdos conscientes; esto lleva a la compulsión de pensar y examinar, así como a la manía de duda. La defensa secundaria frente a los afectos obsesivos da por resultado una serie todavía mayor de medidas protectoras que son susceptibles de mudarse en acciones obsesivas. Es posible agruparlas de acuerdo a su tendencia: expiatorias, preventivas, miedo a traicionarse, aturdimiento. Entre estas acciones e impulsos obsesivos, las fobias desempeñan el máximo papel como limitaciones existenciales del enfermo.

Hay casos en los que se puede observar cómo la compulsión se transfiere de la representación o el afecto a la medida de defensa; otros en que la compulsión oscila periódicamente entre el síntoma de retorno (de lo reprimido) y el síntoma de la defensa secundaria; pero, junto a estos, otros casos en que no se forma representación obsesiva alguna, sino que el recuerdo reprimido está subrogado de manera inmediata por la medida de defensa aparentemente primaria.

Aquí se alcanza de un salto aquel estadio que, de lo contrario, cierra la trayectoria de la neurosis obsesiva sólo tras la lucha de la defensa. Los casos graves de esta afección culminan en la fijación de las acciones ceremoniales, en una manía de duda universal, o en una existencia estrafalaria, condicionada por fobias.

Que la representación obsesiva y todo cuanto de ella deriva no halle creencia en el sujeto, se debe a que, a raíz de la represión primaria se formó el síntoma defensivo de la escrupulosidad de la conciencia moral y la vergüenza, que de igual modo cobró vigencia obsesiva. La certidumbre de haber vivido con arreglo a la moral durante todo el período de la defensa lograda impide creer en el reproche que está envuelto en la representación obsesiva. Los síntomas patológicos del retorno reciben también creencia sólo pasajera, a raíz de la emergencia de una representación obsesiva nueva tanto aquí como allí, en estados de agotamiento melancólico del Yo.

La “compulsión” de las formaciones psíquicas descritas no tiene relación con su reconocimiento por la creencia y tampoco se debe confundir con aquel factor que se designa como “fortaleza” o “intensidad” de una representación. Su carácter esencial es que no puede ser resuelta por la actividad psíquica susceptible de conciencia y este carácter no experimenta cambio alguno porque la representación a que la obsesión se adhiere sea más fuerte o más débil, esté más o menos intensamente “iluminada”, “investida con energía”, etc.¹²

Hasta este momento, Freud sostiene la existencia de traumas sexuales infantiles, reavivados a posteriori, mismos que son la causa de los síntomas obsesivos. No obstante, en 1897, a partir de su autoanálisis, se encuentra con nuevos y centrales hallazgos para el psicoanálisis, como el complejo de Edipo, la sexualidad infantil como un hecho normal y universal, además de los avances en la comprensión de los sueños y el abandono de la teoría sobre la etiología traumática de las neurosis.

Un año más tarde publica el texto titulado *La sexualidad en la etiología de las neurosis*, donde afirma que en las neurosis hay una etiología sexual de naturaleza infantil y continúa refiriéndose a las psiconeurosis y su apareamiento bajo dos

¹² S. Freud, (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En Obras Completas. Tomo III. Argentina: Amorrortu. Págs. 157-184.

clases de condiciones: de manera autónoma o a la zaga de las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia). El segundo caso se relaciona con un tipo nuevo y frecuente de neurosis mixta. La etiología de la neurosis actual se convierte en etiología auxiliar de las psiconeurosis de angustia, conteniendo también rasgos de la neurastenia, la histeria y la neurosis obsesiva.

En este punto, Freud destaca la importancia de la vida sexual de los niños pues los considera capaces de todas las operaciones sexuales psíquicas y muchas somáticas ya desde este período y no hasta la pubertad. Aún así, sus efectos no son tan notorios durante la infancia, sino de manera retardada, en períodos posteriores de la maduración. No obstante, el efecto retardado parte de las huellas psíquicas que las vivencias sexuales infantiles dejan como secuela.

En el intervalo entre estas vivencias sexuales infantiles y su reproducción, el aparato sexual somático y el aparato psíquico han experimentado una sustantiva plasmación y de ahí que a las vivencias sexuales tempranas, siga una reacción psíquica anormal, expresada en formaciones psicopatológicas.¹³

Pero no es sino hasta 1905, en *Tres ensayos de una teoría sexual*, que Freud revoluciona toda su problematización sobre la etiología de la histeria y la neurosis obsesiva, a partir del importante viraje que también realiza a su conceptualización de la sexualidad infantil. Entonces propone que las psiconeurosis descansan en fuerzas pulsionales de carácter sexual y la energía de la pulsión es la única fuente energética constante de las neurosis y la más importante, de modo que la vida sexual de los enfermos se exterioriza de manera exclusiva, predominante o sólo parcial, en estos síntomas; es decir, “los síntomas son la práctica sexual de los enfermos”¹⁴ y es por medio del psicoanálisis que se averigua que los síntomas son un sustituto de aspiraciones que toman su fuerza de la fuente de la pulsión sexual.

Así, la etiología de las neurosis es descentrada de la teoría del trauma, para reconducirla a una innegable sexualidad, presente ya desde la lactancia y aduce que

¹³ S. Freud, (1898) La sexualidad en la etiología de las neurosis. En Obras Completas. Tomo III. Argentina: Amorrortu. Págs. 251-276.

¹⁴ S. Freud, (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. Pág. 100, citado en S. Freud, (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En Obras Completas. Tomo VII. Argentina: Amorrortu. Pág. 148.

las vivencias sexuales traumáticas, narradas por las histéricas, son fantasías y recuerdos desfigurados que, en su mayoría, están dirigidos a ocultar sus prácticas onanistas más tempranas.

2.2 Sexualidad cifrada como síntoma

Partiendo entonces de que la vida sexual de los neuróticos es expresada mediante sus síntomas; cabe considerar a estos últimos como la transcripción de procesos anímicos investidos de afectos, deseos y aspiraciones que han sido reprimidos, razón por la que no pueden ser tramitados de manera normal. De esta manera, son mantenidos en el estado de lo inconsciente y son expresados mediante una descarga sintomática.

Tomando la histeria como paradigma de las psiconeurosis, es posible observar, mediante el psicoanálisis, que el carácter histérico permite señalar la presencia de una cuota de represión sexual que rebasa significativamente la medida normal; se observa también un aumento de las resistencias a la pulsión sexual, tales como la vergüenza, el asco y la moral; además de la huida frente a toda intelección sobre el problema sexual.

Como segundo factor constitucional de la histeria, está presente un despliegue hiperpotente de la pulsión sexual, expresado de manera contradictoria entre una necesidad sexual excesiva y una exagerada desautorización de lo sexual. Entre ambas se sitúa la enfermedad como el intento por escapar al conflicto, transformando las aspiraciones libidinosas en síntomas.

De tal suerte que el psicoanálisis demuestra que el componente sexual del conflicto es el que posibilita la contracción de la enfermedad, sustrayendo los procesos anímicos de la tramitación normal.

2.3 Neurosis y perversión

Para dar cuenta de la etiología y sintomatología neuróticas, Freud parte de las observaciones realizadas en torno a la pulsión sexual normal y a la perversión, señalando que los síntomas neuróticos no nacen exclusivamente de la pulsión sexual normal, sino que son la expresión convertida de pulsiones que se calificarían como perversas si se exteriorizaran de manera directa. Así, los síntomas se forman, en parte, a expensas de una sexualidad anormal, siendo la neurosis, el negativo de la perversión¹⁵.

Las fantasías que los perversos tienen con conciencia clara (y que en circunstancias favorables pueden trasponerse en acciones), los temores delirantes de los paranoicos (que ellos proyectan sobre otros con intención hostil) y las fantasías inconscientes de los histéricos (que es posible descubrir tras sus síntomas mediante psicoanálisis), coinciden hasta en los detalles en cuanto a su contenido¹⁶.

En este estado de cosas, resulta necesario hacer una puntuación sobre la pulsión. Se debe entender, la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir. Se trata de un concepto de deslinde de lo anímico respecto de lo corporal. Su fuente es un proceso excitador en el interior de un órgano y su meta, la cancelación de ese estímulo de órgano¹⁷.

En la pulsión sexual de los psiconeuróticos se observan todas las aberraciones, estudiadas como variaciones de la vida sexual normal y como manifestaciones de la patológica, tales como mociones inconscientes de inversión; todas las inclinaciones a la transgresión anatómica, principalmente las que sustituyen el papel de los genitales por los orificios bucal y anal; y las pulsiones parciales presentadas en pares de opuestos, como promotoras de nuevas metas sexuales.

En cuanto a la pulsión de crueldad, configurada pasiva o activamente, su contribución es indispensable para la comprensión de la naturaleza penosa de los

¹⁵ S. Freud, (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En Obras Completas. Tomo VII. Argentina: Amorrortu. Pág. 150.

¹⁶ *Ibíd.* Pág. 151, n. 44.

¹⁷ *Ibíd.* Pág. 153.

síntomas, además de que gobierna una parte de la conducta social de los neuróticos. Es mediante este enlace de la libido con la crueldad que se produce la mudanza de amor en odio y de mociiones tiernas en hostiles, característica de la neurosis.

En la neurosis obsesiva, lo más llamativo resulta ser la importancia de los impulsos, que crean nuevas metas sexuales y parecen independientes de las zonas erógenas.

Siempre que en el inconsciente se descubre cualquiera de estas pulsiones, es susceptible de ir apareada por su contraparte, misma que también produce efectos y una de las dos desempeña regularmente el papel principal.

En un caso de psiconeurosis más grave, es raro que se presente una sola de estas pulsiones perversas, por lo general se encuentra un gran número de ellas y siempre, huellas de todas. De ello deriva que el análisis de las perversiones “positivas” proporcione la intelección de su contrapartida.

Freud propone dos hipótesis para explicar la aparente preponderancia de la sexualidad perversa en las psiconeurosis:

Por un lado, señala la existencia de una inclinación particularmente marcada a las perversiones, donde se debiera distinguir la preponderancia innata de una u otra zona erógena y de una u otra pulsión parcial.

La segunda sostiene que en la mayoría de los psiconeuróticos, la enfermedad se contrae después de la pubertad y bajo los reclamos de la vida sexual normal, en contra de la cual opera la represión. O bien, se contrae más tarde, al frustrarse las vías normales de satisfacción de la libido. Por ende, sería preciso alinear la represión sexual, en calidad de factor interno, junto con los factores externos que generan perversiones en individuos que habrían seguido siendo normales¹⁸.

De estas puntualizaciones, Freud considera que la continuidad existente entre la salud y la enfermedad, implica un problema para el establecimiento de la etiología,

¹⁸ Cf. *Ibíd.* Pág. 155.

ya sea de la neurosis o de las perversiones, lo mismo para la explicación de la sexualidad normal. Pone también en consideración el hecho de que “en la base de las perversiones hay en todos los casos algo innato, pero algo que es innato en todos los hombres... se trata de unas raíces innatas de la pulsión sexual, dadas en la constitución misma”¹⁹.

En el caso de las perversiones, dichas raíces se desarrollan hasta ser las portadoras de la actividad sexual; en la neurosis experimentan una represión insuficiente, trayendo hacia sí mediante un rodeo, en calidad de síntomas patológicos, una parte considerable de la energía sexual; mientras que en el mejor de los casos, situado entre ambos extremos, gracias a una restricción eficaz y a algún otro procesamiento, permiten la génesis de la vida sexual llamada normal.

Pero una observación de la constitución portadora de todos los gérmenes de las perversiones, sólo podría realizarse en el niño. De ahí, la formula freudiana: “los neuróticos han conservado el estado infantil de su sexualidad o han sido remitidos a él. De este modo, nuestro interés se dirige a la vida sexual del niño; estudiaremos el juego de influencias en virtud del cual el proceso de desarrollo de la sexualidad infantil desemboca en la perversión, en la neurosis o en la vida sexual normal”²⁰.

2.4 Sexualidad infantil

Para Freud resulta sorprendente, aunque justificado, el hecho de que la sexualidad infantil sea ignorada y denegada. Atribuye tal omisión a la amnesia infantil, fruto de la represión de las expresiones sexuales infantiles cuyo principal objetivo es ocultar al sujeto mismo, los inicios de su propia vida sexual a causa de la vergüenza y la moral.

De acuerdo con el creador del psicoanálisis, parece seguro que el neonato trae consigo gérmenes de mociones sexuales que se desarrollan durante cierto tiempo, hasta sufrir una progresiva sofocación ocasionada por la represión, acaecida durante

¹⁹ *Ibíd.* Pág. 156.

²⁰ *Ibíd.*

la latencia. Es en esta época que se establecen los diques psíquicos del asco, el sentimiento de culpa y los reclamos ideales en lo estético y lo moral, mismos que inhiben la expresión sexual en aquel momento de la infancia y que continuarán haciéndolo a lo largo de la vida del ser humano, en proporciones diferentes, determinadas por las condiciones particulares en cada caso.

Aún durante la latencia, el flujo de mociones sexuales no es detenido ni permanece “dormido”, ocurre únicamente que la energía sexual es total o parcialmente desviada de sus metas y de su uso sexual para entonces ser aplicada a otros fines, es decir, es sublimada; lo que se efectúa con ayuda del hecho de que las funciones de reproducción están diferidas, así como de la introducción de los diques antes mencionados.

Sin embargo, si se habla de una sofocación temporal de la energía sexual infantil, se presume su existencia previa al período de latencia. Sus exteriorizaciones son observables ya desde la más remota infancia, es decir, desde que el niño nace y es amamantado. Es justamente por intermedio de esta función básica de supervivencia que son despertadas mociones sexuales que, apuntaladas en la alimentación, constituyen el inicio del desarrollo sexual.

Derivado de la acción de mamar la leche materna (o cualquier sustituto), el chupeteo aparece ya en el lactante y consiste en la succión repetida rítmicamente y cuyo fin es ajeno a la nutrición. Constituye un acto autoerótico, pues la pulsión no está dirigida a otra persona, se satisface en el propio cuerpo y se trata de la búsqueda de un placer previamente vivenciado al ser alimentado; placer ahora recordado y buscado. El chupeteo como quehacer sexual se apuntala primero en una función preservadora de la vida y sólo más tarde se independiza de ella.

En el chupeteo se observan los tres caracteres esenciales de una exteriorización sexual infantil, mismos que serán válidos posteriormente, para el resto de las prácticas del mismo tipo: “nace apuntalándose en una de las funciones corporales

importantes para la vida, todavía no conoce objeto sexual pues es autoerótica y su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una zona erógena”²¹.

Así, se puede afirmar que la meta sexual infantil consiste en obtener una satisfacción por medio de la estimulación de la zona erógena elegida “accidentalmente”, ya sea por la activación de los cuidados y la limpieza o por su hallazgo al intentar satisfacer una necesidad. La búsqueda de repetir una satisfacción previamente experimentada se debe al sentimiento de tensión, vivido más bien como displacer y a una sensación de estímulo o picazón condicionada de manera central y proyectada a la zona erógena periférica, o bien, por su real estimulación; buscando entonces sustituir la sensación de estímulo, por otro que la cancela al mismo tiempo que le procura una satisfacción.

La zona anal, a semejanza de la zona de los labios, es también una zona erógena conformada por el apuntalamiento de una función corporal no sexual. Las frecuentes perturbaciones del intestino, observadas en la infancia proporcionan excitaciones intensas de la zona e incluso en individuos neuróticos, esto cobra una importante relevancia sintomática. Es común que los niños tiendan a acumular heces fecales dentro del intestino, lo que provoca contracciones musculares y un poderoso estímulo sobre la mucosa anal al atravesarla, “De esta manera tienen que producirse sensaciones voluptuosas junto a las dolorosas”²².

En otros casos, los niños se niegan a vaciar el intestino cuando se les demanda y se reservan la función para cuando lo deciden ellos mismos, buscando no perder la ganancia colateral que implica la defecación.

La materia fecal, es tratada por el lactante como una parte de su propio cuerpo y representa el primer “regalo” mediante el que expresa su obediencia ante la demanda externa o su desafío si se reusa. Dicho significado, tendrá importantes implicaciones en el futuro pues cobrará el carácter de “hijo”, adquirido por el alimento y parido por el intestino. O bien, será significado como una parte desprendible de su cuerpo, lo que guardará una importante relación con la angustia de castración.

²¹ *Ibíd.* Págs. 165-166.

²² *Ibíd.* Pág. 169.

De esta manera, se tiene que la retención de las heces posee una estimulación autoerótica, además de evidenciar que es empleada por los niños para relacionarse con sus cuidadores. En niños mayores no es rara una estimulación masturbatoria con ayuda del dedo, provocada por una picazón central o periférica, mientras que en el caso de adolescentes o adultos neuróticos, la intervención analítica descubre que los enfermos tienen ceremoniales y usos escatológicos que mantienen en escrupuloso secreto.

Lou Andreas-Salomé (1916), consigna que “la historia de la primera prohibición que recibe el niño, la prohibición de ganar placer con la actividad anal y sus productos, es decisiva para todo su desarrollo, a raíz de ella, el pequeño vislumbraría por primera vez la existencia de un medio hostil a sus mociones pulsionales, aprendería a separar su propio ser de ese otro, extraño, y consumiría después la primera “represión” de sus posibilidades de placer. Lo “anal” permanecería desde entonces como el símbolo de todo lo que hay que desechar (verwerfen), segregar de la vida. El tajante divorcio que más tarde se le exige entre procesos anales y genitales es contradicho por las estrechas analogías y vínculos anatómicos y funcionales entre ambas clases de procesos. El aparato genital sigue vecino de la cloaca y más aún en el caso de la mujer no hace sino tomarle terreno en arriendo”²³.

La zona erógena por excelencia es la genital. Aunque en la infancia no posee la relevancia que en la adultez será característica esencial de la actividad sexual normal, en los niños es estimulada de manera periférica por medio de la micción. Tanto las secreciones como el cuidado y la limpieza dirigidos a esta zona (glande y clítoris), son capaces de activarla y propiciarle excitación sexual, provocando así, la necesidad de repetirla.

De esta manera, se presenta desde edades tempranas un onanismo evidente, ejercido por la mano o apretando los músculos. Al respecto, Freud indica que existen tres fases en la masturbación infantil: “La primera corresponde al período de lactancia, la segunda al breve florecimiento de la práctica sexual hacia el cuarto año

²³ Salomé L. A. (1916). Citada por Freud en *Ibíd.* Pág. 170, n.25.

de vida y sólo la tercera responde al onanismo de la pubertad, el único que suele tenerse en cuenta”²⁴.

Las fases masturbatorias suscitadas en la infancia duran hasta ser sofocadas por el período de latencia, dejando huellas inconscientes que determinarán el desarrollo del carácter del sujeto si permanece sano y la sintomatología de su neurosis si enferma después de la pubertad, en cuyo caso, este período sexual se ha olvidado y los recuerdos conscientes han sido desplazados.

2.5 Constituciones sexuales

Intentar aclarar el mecanismo por el cual en el sujeto se constituye una sexualidad normal o no, fue una de las metas principales del análisis de las perversiones y la neurosis obsesiva.

A modo de resumen, Freud señala la posibilidad de basar las constituciones sexuales innatas, en la diferente determinación de las zonas erógenas y propone ensayar este hecho, englobando las fuentes de la excitación sexual. De ahí la suposición de que dichas fuentes brindan el mismo aporte a todos los sujetos, aunque con diferente intensidad, lo que hace evidente que la plasmación privilegiada de cada fuente de excitación sexual contribuye a diferenciar las constituciones sexuales.

Por tanto, es preciso atribuir a todo sujeto un erotismo oral, anal y uretral, así como el hecho de que la comprobación de los complejos anímicos que les corresponden no implica juicio alguno sobre anormalidad o neurosis. Lo que separa lo normal de lo anormal, sólo puede estar determinado por las intensidades relativas, singulares de la pulsión sexual y por el uso que reciben a lo largo del desarrollo.

Ahora bien, en el texto freudiano de 1912²⁵, se observa una nueva problematización sobre la predisposición neurótica en el desarrollo de la libido y se reconducen sus

²⁴ *Ibíd.* Pág. 171.

factores a ciertas variables congénitas de la constitución sexual y su relación con los efectos del mundo exterior que rodean al sujeto en la infancia temprana.

Dicho texto señala cuatro tipos de contracción de neurosis:

Freud se refiere en primer término, a la frustración (*Versagung* “denegación”) y explica que existen sujetos sanos cuyo requerimiento amoroso es satisfecho por un objeto real y adecuado del mundo exterior, en quienes la enfermedad deviene en el momento en que dicho objeto les es sustraído sin hallar un sustituto del mismo. En tales casos, la cura está centrada en la obtención de un objeto sustituto que provea la satisfacción perdida. De este tipo de contracción de enfermedad participan la mayoría de los seres humanos pues la posibilidad de enfermar se abre tan sólo con la abstinencia. La frustración produce su efecto patógeno al estancar la libido.

Dada una frustración real duradera de la satisfacción, sólo hay dos posibilidades para mantenerse sano: trasponer la tensión psíquica en energía activa y vigorosa dirigida al mundo exterior y lograr arrancarle una satisfacción real para la libido; o renunciar a la satisfacción libidinosa, sublimar la libido estancada, aplicándola al logro de metas no eróticas y por lo tanto, a salvo de la frustración.

Esta situación prueba que la frustración no es lo único que decide sobre la salud o la enfermedad de los afectados; su efecto radica en otorgar vigencia a los factores predisponentes, hasta ese momento ineficientes.

Siempre que estos factores preexistan con intensidad suficiente, existe peligro de que la libido sea introvertida. Ella se extraña de la realidad, se vuelve hacia la fantasía, crea nuevas formaciones de deseo y reanima las huellas de deseos anteriores. La libido incluso puede retroceder aún más, debido al nexo del fantaseo con el material infantil reprimido y por lo tanto inconsciente, de modo que se produce una regresión y se aspira a metas infantiles. Así, se suscita un conflicto entre las nuevas aspiraciones y el sector del Yo que se había mantenido en contacto con la realidad, produciendo síntomas y la contracción de una enfermedad manifiesta y

²⁵ S. Freud, (1912) Sobre los tipos de contracción de neurosis. En Obras Completas. Tomo XII. Argentina: Amorrortu. Págs. 233-245.

dado que todo el proceso partió de la frustración real, tales síntomas son un intento por recuperar terreno de la realidad, por lo que se trata entonces de satisfacciones sustitutivas.

En este primer tipo de contracción de neurosis resalta la alteración del mundo exterior, es decir, se enferma a causa de una vivencia de donde surge la idea de renunciar a la satisfacción. El conflicto aparece una vez que la libido estancada ha intentado lograr la satisfacción por medio de otras posibilidades, inconciliables. En este caso, es posible que las fijaciones inviables se establezcan sólo a consecuencia de la frustración exterior.

El segundo tipo está relacionado con un empeño interior por encontrar una satisfacción acorde con la realidad. En este caso, el sujeto enferma mientras intenta adaptarse a la realidad y cumplir sus exigencias, lo que le ocasiona dificultades interiores que no puede superar. De manera que el énfasis recae en una alteración interior, el sujeto enferma por un proceso de desarrollo. La tarea es intercambiar una vía de satisfacción por otra y el sujeto fracasa debido a su rigidez. Así, el conflicto entre permanecer como se es y el afán de modificarse de acuerdo a los nuevos propósitos y exigencias de la realidad está dado de antemano.

El papel del conflicto y de la fijación previa de la libido son en esta circunstancia, más llamativos que en el primero. En estos sujetos, el conflicto que sobreviene de manera instantánea, propicia que ambas metas queden inhibidas, tanto la habitual como a la que se aspira y se ocasiona un estancamiento libidinal con los efectos que ello acarrea, como en el primer caso. También en este tipo de contracción de enfermedad, los procesos psíquicos formadores de síntomas son más visibles, pues las fijaciones patógenas de la libido tenían vigencia desde que se era sano y no hasta el momento actual, es decir, ya existía cierto grado de introversión de la libido, además de que la regresión a lo infantil transita un camino más corto, dado que el desarrollo no había recorrido todo el camino.

Ambos casos coinciden en la incapacidad por adaptarse a la realidad que frustra la satisfacción de la libido, sólo que en el segundo no se trata de cualquier satisfacción,

sino de la que el individuo declara como la única posible y dicha frustración no parte del exterior, sino del Yo mismo.

Como una exageración del segundo tipo, en el que el sujeto enferma por la exigencia de la realidad, aparece una tercera forma, descrita como el enfermarse a causa de una inhibición del desarrollo. Se trata de personas que enferman apenas superada la infancia, por lo que nunca han alcanzado una fase de salud traducida en capacidad de goce no restringida. En estos casos, resalta lo esencial del proceso predisponente. La libido nunca ha abandonado las fijaciones infantiles; la exigencia de la realidad no se le presenta al sujeto de pronto, sino que viene dada en el hecho mismo de crecer, varía de manera continua con la edad. El analista dirigirá entonces sus intervenciones a que el sujeto supere las fijaciones de la infancia, de lo contrario, el desenlace no será la neurosis, sino un infantilismo estacionario.

Existe un cuarto tipo, presente en individuos sanos que enferman sin que se haya presentado alguna vivencia nueva y cuya relación con el mundo exterior no ha experimentado modificaciones relevantes. Sin embargo, también en estos casos se ha consumado una alteración sustantiva para la causación patológica en general. En estos sujetos, por situaciones particulares de su vida y a raíz de procesos biológicos que obedecen a una ley, la cantidad de la libido en su economía anímica sufre un acrecentamiento que basta por sí solo para romper el equilibrio de la salud y establecer las condiciones de la neurosis.

Tal acrecentamiento libidinal repentino, se conecta de una manera regular con la pubertad y la menopausia. El estancamiento de libido es en este caso el factor primario pues se vuelve patógeno a consecuencia de la frustración infligida por el mundo exterior, mismo que habría permitido satisfacer una exigencia libidinal menor. Entonces la libido insatisfecha y estancada puede abrir los caminos de la regresión y desatar los mismos conflictos observados en el caso de la frustración exterior absoluta. Esto deja ver que nunca se puede omitir el factor cuantitativo.

Todos los otros factores como la frustración, la fijación y la inhibición del desarrollo, permanecen ineficientes mientras no afecten una cierta medida de la libido ni provoquen su estancamiento. Es necesario señalar que no se trata de una cantidad

absoluta, sino de la proporción entre el monto libidinal eficiente y la cantidad de libido que el Yo puede dominar, es decir, mantener en tensión, sublimar o descargar directamente. Por ello, un acrecentamiento relativo de la cantidad de libido puede tener los mismos efectos que uno absoluto. Un debilitamiento del Yo por enfermedad orgánica o por una particular demanda de su energía podría desencadenar una neurosis que, en otras circunstancias habría permanecido latente, aún existiendo predisposición.

La relevancia de la cantidad libidinal en la causación de la enfermedad lleva a dos tesis básicas de la teoría de la neurosis. Por un lado, la afirmación de que las neurosis surgen del conflicto entre el Yo y la libido. Por otro, la intelección de que no existe ninguna diversidad cualitativa entre las condiciones de la salud y de la neurosis ya que los sanos enfrentan la misma lucha para dominar la libido, sólo que tienen mayor éxito.

Freud señala que ninguno de los cuatro tipos de la contracción de enfermedad se realiza puro. En todos ellos se observa frustración junto a una incapacidad para adecuarse a la exigencia de la realidad. En el caso de la inhibición del desarrollo, que coincide con la rigidez de las fijaciones, cuenta para todos y en ningún caso se debe desdeñar la importancia de la cantidad libidinal. Se observa también que en varios de ellos, la enfermedad se manifiesta de manera intermitente, con intervalos de salud y que cada manifestación puede ser reconducida a un diverso tipo de contracción.

Es necesario mencionar que, aunque la descripción de estos cuatro tipos no posee un valor teórico elevado, se trata de diversos caminos por los que se establece una cierta constelación patógena en la economía anímica: la estasis libidinal, de la cual el Yo no puede defenderse con sus recursos sin daño. Sin embargo es necesario considerar que aún esta situación se volverá patógena, sólo a consecuencia de un factor cuantitativo pues no se trata de una novedad para la vida anímica, ni tampoco es creada por la injerencia de una llamada "causa patológica".

En suma, el primer tipo señala el influjo en extremo poderoso del mundo exterior; el segundo, aquel no menos sustantivo de la especificidad del sujeto que contraría ese

influjo. El psicoanálisis muestra que la contracción de la neurosis no puede establecer oposiciones entre factores externos e internos o entre destino y constitución, sino mostrar que la causación de la neurosis se halla por regla general en una determinada situación que puede producirse por diversos caminos²⁶.

2.6 Elección de neurosis

Continuando con el problema de la elección de neurosis, Freud da a conocer otro texto en 1913, en el que señala como causas ligadas a la elección de neurosis, aquellas que el ser humano trae consigo y aquellas que la vida le trae, traducidas en causas constitucionales y accidentales, respectivamente. Propone como regla que sólo la conjugación de ambas produce una configuración patológica²⁷.

Las causas constitucionales, también llamadas predisposiciones, ejercen el papel decisivo en la elección de la neurosis y su origen se remonta a las funciones psíquicas que intervienen, como la función sexual y las yoicas, mismas que tienen que recorrer un complejo desarrollo hasta alcanzar el estado de la normalidad. No obstante, dichos desarrollos no siempre se llevan a cabo de manera tan adecuada que el conjunto de la función sufra una progresiva alteración, así, cuando un fragmento de ésta permanece en el estadio anterior, se habla de “lugares de fijación” a los que la función puede regresar en caso de que la enfermedad se contraiga por una perturbación externa. De tal modo, se tiene que las predisposiciones son inhibiciones del desarrollo.

Retomando las puntualizaciones realizadas en trabajos previos relacionados con la neurosis obsesiva, Freud señala que el orden en que suelen presentarse las formas principales de las psiconeurosis corresponde, aunque no de manera exacta, a la secuencia temporal con que estas afecciones se presentan en la vida.

²⁶ S. Freud, (1912) Sobre los tipos de contracción de neurosis. En Obras Completas. Tomo XII. Argentina: Amorrortu. Págs. 233-245.

²⁷ S. Freud, (1913) La predisposición a la neurosis obsesiva, contribución al problema de la elección de neurosis. En Obras Completas. Tomo XII. Argentina: Amorrortu. Pág. 338.

La histeria puede observarse ya en la primera infancia, mientras que los primeros síntomas de la neurosis obsesiva se manifiestan, por lo general, en el segundo período de la infancia, de los seis a los ocho años. La predisposición en ambos casos, se situaría entonces en las fases posteriores del desarrollo libidinal.

A partir de las observaciones clínicas y retomando las impresiones realizadas durante años, respecto de la neurosis obsesiva, Freud señala que inicialmente sólo había distinguido la fase del autoerotismo, en la que las pulsiones parciales singulares, cada una por sí, buscaban su satisfacción de placer en el cuerpo propio y después, la síntesis de todas las pulsiones parciales en la elección de objeto bajo el primado de los genitales y al servicio de la reproducción.

Posteriormente fue necesario introducir el estadio del narcisismo, en el que la elección de objeto se ha consumado, pero el objeto coincide aún con el Yo propio. Freud introduce en este texto un estadio previo a la plasmación final en el que las pulsiones parciales ya se han reunido en la elección de objeto, el objeto ya se contrapone a la persona propia como objeto ajeno, pero aún no se instituye el primado de las zonas genitales. Las pulsiones parciales que gobiernan esta organización pregenital de la vida sexual son, las anal-eróticas y las sádicas.

En este desarrollo sexual pregenital, resalta la importancia que desempeñan el odio y el erotismo anal en la sintomatología de la neurosis obsesiva. Esto se deduce del hecho de que sean estas pulsiones parciales las que asuman en la neurosis, la subrogación de las pulsiones genitales, cuyas predecesoras fueron en el desarrollo. En los casos más comunes de neurosis obsesiva, se observa un inicio a edades tempranas, en los que la organización sexual que contiene la predisposición a la patología nunca vuelve a ser superada del todo una vez que se estableció. En otros, la organización sexual es relevada por el estadio de desarrollo más alto y luego, mediante regresión, es activada nuevamente.

Si se parte del entronque con nexos biológicos, no se debe olvidar que la oposición entre masculino y femenino, introducida por la función de reproducción, no puede estar presente aún en el estadio de la elección pregenital del objeto. En su lugar, se encuentra la oposición entre aspiraciones de meta activa y pasiva, que más tarde se

anuda con la oposición entre los sexos. La actividad es favorecida por la pulsión de apoderamiento, llamada "sadismo", al hallarla al servicio de la función sexual. La parte pasiva es alimentada por el erotismo anal, cuya zona erógena corresponde a la antigua cloaca indiferenciada. En los varones, un énfasis especial de este tipo de erotismo deja una importante predisposición a la homosexualidad.

La neurosis se caracteriza por el fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido. En el caso de la formación del carácter, la represión no entra en acción o bien, alcanza fácilmente el objetivo de sustituir lo reprimido por unas formaciones reactivas y unas sublimaciones. Una mudanza del carácter corresponde a la regresión de la vida sexual al estadio pregenital en la que se encuentra la predisposición a la neurosis obsesiva. De modo que dicha mudanza no sería únicamente la precursora de la fase genital sino también su sucesora y su relevo, una vez que los genitales cumplen su función. Tanto en la neurosis obsesiva como en la mudanza de carácter se observa una regresión; no obstante, en el caso de la segunda, hay una regresión plena tras una represión bien lograda, mientras que en el caso de la neurosis hay conflicto, empeño por no permitir la regresión, formaciones reactivas contra ésta y formaciones de síntoma como compromisos entre ambas partes, escisión de las actividades psíquicas en susceptibles de conciencia e inconscientes.

Respecto de la pulsión de saber, se observa frecuentemente que podría sustituir al sadismo en la neurosis obsesiva, dado que se trata de una sublimación de la pulsión de apoderamiento y su rechazo en forma de duda conquista un ancho espacio en esta patología.

Para lograr una completa comprensión de la predisposición histórico-genética a una neurosis, se debe tomar en cuenta la fase del desarrollo yoico en que sobreviene la fijación, al mismo tiempo que la fase del desarrollo libidinal. Al respecto Freud supone que un apresuramiento en el tiempo del desarrollo yoico respecto del libidinal, ha de anotarse en la predisposición a la neurosis obsesiva. Tal apresuramiento exigiría una elección de objeto desde las pulsiones yoicas, mientras la pulsión sexual aún no alcanza su plasmación definitiva lo que deja como secuela una fijación en el estadio del orden sexual pregenital.

Si se toma en cuenta que los neuróticos obsesivos se ven forzados a desarrollar una hipermoral para defender su amor de objeto contra la hostilidad que tras ese amor acecha, sería de suponer cierto grado de esta anticipación del desarrollo yoico como típico de la naturaleza humana, y se hallaría fundada la aptitud para la génesis de la moral en la circunstancia de ser el odio, en la serie del desarrollo, el precursor del amor.²⁸

2.7 Exteriorizaciones

A partir de tales elucidaciones y centrando la atención en la regresión y la fijación de la libido en fases pregenitales, resulta relevante llevar a cabo una revisión de la sintomatología neurótica que describa el cuadro patológico, a la luz de los aportes psicoanalíticos.

Primeramente, Freud se refiere en 1907²⁹, a las prácticas religiosas y su relación con la sintomatología neurótica, efectuando una interesante comparación entre los rituales y ceremoniales de ambas prácticas.

En el caso del ceremonial neurótico, se observan prácticas, agregados, restricciones y ordenamientos para acciones cotidianas, en apariencia carentes de significado (incluso para el enfermo) y que se cumplen de acuerdo a leyes. Tales prácticas resultan imposibles de abandonar para el enfermo, debido a la angustia que deviene al no realizarlas, en cuyo caso, el sujeto quedaría obligado a reparar la grave omisión.

En casos leves, el ceremonial sólo parece la exageración de un orden habitual y justificado, sin embargo, la escrupulosidad de la ejecución y la angustia, singularizan al ceremonial como una “acción sagrada”. Las situaciones que los perturban se soportan mal y casi siempre están excluidas la publicidad y la presencia de otras personas mientras se los consuma.

²⁸ S. Freud, (1913) La predisposición a la neurosis obsesiva, contribución al problema de la elección de neurosis. En Obras Completas. Tomo XII. Argentina: Amorrortu. Pág. 345.

²⁹ Cf. S. Freud, (1907). Acciones obsesivas y prácticas religiosas. En Obras Completas. Tomo IX. Argentina: Amorrortu. Pág. 106.

De los ceremoniales se derivan las acciones obsesivas. Una acción obsesiva puede ser cualquier actividad adornada con agregados o ritmada con pausas o repeticiones.

En la neurosis obsesiva se observan además de los ceremoniales y las acciones obsesivas, prohibiciones e impedimentos, mismos que guardan una importante relación con los primeros, ya que se presentan en el enfermo como acciones que no puede realizar o únicamente bajo la obediencia de estrictas leyes.

Sólo mediante el análisis clínico es posible otorgar un significado a tales prácticas, en apariencia ociosas y carentes de sentido. Se trata de la expresión del vivenciar más íntimo del paciente, a menudo, el sexual: desconocido para él pero interpretable para el psicoanálisis.

Mediante el análisis de las prácticas obsesivas se tiene noticia de una “conciencia inconsciente de culpa” en el enfermo, cuyo origen se remonta a procesos anímicos tempranos que encuentran su actualización en la tentación y generan una angustia de expectativa de desgracia que, ligada al concepto de castigo, se anuda a la percepción interna de la tentación. El ceremonial inicia entonces como una medida protectora³⁰.

En todos los casos de neurosis obsesiva se aprecia una moción pulsional sexual que estaba contenida en la constitución de la persona y que tuvo permitido exteriorizarse durante algún tiempo en la infancia pero que luego fue sofocada. A raíz de esta represión, deviene una escrupulosidad dirigida a la meta de la pulsión y que no es más que una formación reactiva, constantemente amenazada por la pulsión que acecha en lo inconsciente y que es sentida como tentación.

Ante el conflicto entre el sentimiento de tentación y la represión, deviene la angustia que, al invadir el futuro, es experimentada como angustia de expectativa. Así, el proceso represivo de la neurosis obsesiva es un proceso imperfecto, amenazado siempre por el fracaso.

³⁰ S. Freud, (1907). Acciones obsesivas y prácticas religiosas. En Obras Completas. Tomo IX. Argentina: Amorrortu. Pág. 106.

Como defensa ante la tentación y como protección frente a la desgracia esperada, nacen las acciones obsesivas; sin embargo, al ser insuficientes, aparecen las prohibiciones con el objetivo de mantener alejada la tentación y los ceremoniales como condicionantes para realizar acciones que aún no han sido totalmente prohibidas.

De estos síntomas, en tanto formaciones de compromiso entre las fuerzas en pugna, el sujeto siempre recibe algo del placer que están destinados a prevenir; e incluso cada vez se aproximan más a las acciones prohibidas, mediante las cuales la pulsión tuvo permitido exteriorizarse en la infancia³¹.

Otro tipo de exteriorizaciones sintomáticas son explicadas por Freud en 1908, al referirse a las personas que se caracterizan por tres cualidades que se copertenecen: orden, ahorratividad y pertinacia³².

El orden se expresa en ser metódico, honrado y decente, tanto en relación con el aseo corporal, como con la escrupulosidad, formalidad y el cumplimiento de pequeñas obligaciones. Por su parte, la pertinacia, ligada frecuentemente a la ira y la venganza, puede terminar en el desafío; mientras que lo ahorrativo puede llegar a la avaricia.

En las personas con estas características se obtiene conocimiento de que durante su infancia se presentó incontinencia fecal y negativa para defecar a causa de una ganancia colateral de placer. De ello se infiere un énfasis erógeno hipernítido de la zona anal cuyo significado erógeno es perdido durante el desarrollo, no obstante, las manifestaciones de la tríada de cualidades de su carácter, guarda íntima relación con el erotismo anal.

Dado que el erotismo anal es un componente pulsional que se vuelve inaplicable para metas sexuales, los tres rasgos de carácter en cuestión, pueden ser considerados como una sublimación del erotismo anal, sobresaliente en la infancia de estos enfermos.

³¹ *Ibíd.* Pág. 107.

³² *Cf.* S. Freud, (1908). Carácter y erotismo anal. En Obras Completas. Tomo IX. Argentina: Amorrortu. Págs. 153.

Sin embargo, Freud también se refiere al aseo, el orden y la formalidad, como una formación reactiva contra el interés por lo sucio, lo perturbador, lo que no debe pertenecer al cuerpo.

En el caso de la pertinacia y su relación con la defecación, Freud remite a la conducta porfiada del lactante ante la expulsión de las heces, así como a la estimulación dolorosa sobre las nalgas, empleada por la educación para quebrantar la pertinacia del niño y volverlo obediente, además de hacer referencia al desnudamiento del trasero como expresión del desafío.

Como tercer punto, la relación entre la defecación y el interés por el dinero, explicada por aquella entre oro y caca, en tanto identificación con lo más valioso para el ser humano y lo menos valioso que arroja de sí. O bien, el interés por el dinero como sustitución del arcaico interés erótico por los desechos fecales.

En suma, Freud concluye indicando respecto de la formación del carácter definitivo a partir de las pulsiones constitutivas que “los rasgos de carácter que permanecen son continuaciones inalteradas de las pulsiones originarias, sublimaciones o formaciones reactivas contra ellas”.³³

Una característica más de los neuróticos, es la imposibilidad para efectuar un desasimilamiento de la autoridad parental.

Es sabido que para todo ser humano, neurótico o no, se trata de una tarea difícil y dolorosa, no obstante necesaria para el desarrollo humano e incluso social. Para el niño pequeño sus padres son la única autoridad, la fuente de toda creencia y el modelo a que aspira llegar a parecerse. A medida que el niño se desarrolla intelectualmente, experimenta sucesos que le provocan descontento, le dan ocasión para realizar críticas a sus padres y para valorizar la noticia adquirida de que otros padres son preferibles en muchos aspectos.

Es enteramente característica, tanto de la neurosis, como de todo talento superior, una particular actividad fantaseadora, revelada primero en los juegos infantiles y

³³ *Ibíd.* Pág. 158.

luego en la prepubertad y aún después, en los sueños diurnos, que se apodera del tema de las relaciones familiares. Su observación muestra que sirven al cumplimiento de deseos y a la rectificación de la vida.

Después, hay que agregar la noticia que el infante tiene sobre las condiciones sexuales diversas de sus padres, con la que a menudo nace una actividad fantaseadora sobre situaciones y vínculos eróticos de la madre con otros hombres, como expresión de venganza. Freud señala "... las más de las veces son estos niños neuróticos los que han sido castigados por sus padres a raíz del desarraigo de malas costumbres sexuales, de lo cual se vengán mediante tales fantasías"³⁴.

En particular, los niños con hermanos, suelen fantasear sobre la posibilidad de ser ellos, los únicos hijos legítimos, o bien, para eliminar todo parentesco con una hermana que le atrajo sexualmente.

Sin embargo, todas estas fantasías en apariencia hostiles, ocultan la ternura originaria del niño hacia sus padres, lo que se observa al analizar su contenido y descubrir que las figuras idealizadas con las que el sujeto desearía sustituir a sus padres reales, están apoyadas en rasgos y características de estos últimos, por lo que el niño en verdad no elimina al padre, sino que lo enaltece. Por otro lado, el afán de sustituir al padre verdadero, en realidad sólo se trata de la añoranza del niño por la edad dichosa y perdida en que sus padres le parecían buenos e ideales. Ante la imagen real, el niño se extraña y regresa a aquel en quien creyó durante su primera infancia, de tal modo que la fantasía no es sino la expresión del lamento por la desaparición de aquella edad dichosa.

Otras cualidades de carácter que resaltan en los sujetos neuróticos son la avaricia, la minuciosidad pedante y la terquedad. Freud propone que estas características reciben una poderosa influencia de las fuentes pulsionales del erotismo anal³⁵. Más tarde, concluye que en el desarrollo de la libido humana cabe suponer que antes de

³⁴ S. Freud, (1909 [1908]). La novela familiar de los neuróticos. En Obras Completas. Tomo IX. Argentina: Amorrortu. Págs. 219.

³⁵ S. Freud, (1908). Carácter y erotismo anal. En Obras Completas. Tomo IX. Argentina: Amorrortu. Págs. 149-158.

la fase del primado genital, existe una organización pregenital en la que el sadismo y el erotismo anal desempeñan los principales papeles³⁶.

Se denomina pregenital, dado que se trata de una organización de la vida sexual en que las zonas genitales todavía no han alcanzado su papel hegemónico. En el caso de la fase sádico-anal, existe ya una división en opuestos, aunque aún no pueden ser denominados masculino y femenino, sino activo y pasivo. La actividad es producida por la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo y la mucosa erógena del intestino se constituye como órgano de meta sexual, sin embargo, los objetos de ambas aspiraciones no coinciden. En esta fase, por tanto, ya se observan la polaridad sexual y el objeto ajeno, aunque aún faltan la organización y la subordinación a la función de la reproducción³⁷.

“En las producciones de lo inconsciente (ocurrencias, fantasías y síntomas) los conceptos de caca (dinero, regalo), hijo y pene se distinguen con dificultad y fácilmente son permutados entre sí. Estos elementos a menudo son tratados en lo inconsciente como si fueran equivalentes entre sí y se pudiera sustituir sin reparo unos por otros.”³⁸.

Mediante el análisis se observa que en los casos de mujeres neuróticas, es frecuente encontrar el deseo reprimido de poseer un pene como el varón. Se trata de un deseo infantil denominado “envidia del pene”, acaecido dentro del complejo de castración y es por intermedio de la libido, que se convierte en el principal portador de los síntomas neuróticos.

En otras mujeres no se presenta un deseo del pene, en su lugar, el deseo de un hijo, cuya frustración puede desencadenar una neurosis. En otras más, ambos deseos han estado presentes desde la infancia y se relevan. De forma tal, se concluye que el deseo del pene sería en esencia idéntico al deseo del hijo.

³⁶S. Freud, (1913) La predisposición a la neurosis obsesiva, contribución al problema de la elección de neurosis. En Obras Completas. Tomo XII. Argentina: Amorrortu. Págs. 329-345.

³⁷ S. Freud, (1917). Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. En Obras Completas. Tomo XVII. Argentina: Amorrortu. Pág. 180.

³⁸ S. Freud, (1917). Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. En Obras Completas. Tomo XVII. Argentina: Amorrortu. Págs. 113-123.

En el caso de mujeres sanas, el deseo infantil de poseer un pene se muda en el deseo del varón, quien es aceptado como un apéndice del pene. En el texto de *Introducción al Narcisismo* (1914), se ha dicho que es sólo el hijo el que produce el paso del amor narcisista al amor de objeto. Por consiguiente, también el hijo puede ser reemplazado por el pene.

También un sector del erotismo pregenital resulta adecuado para ser aplicado en la fase genital. El hijo es considerado como "*Lumpf*" (caca), como algo que se desprende del cuerpo por el intestino; en efecto, la caca es el primer regalo, una parte de su cuerpo de la que el lactante sólo se separa a instancias de la persona amada y con la que le testimonia también su ternura sin que se lo pida, pues en general no empuerca a personas ajenas. En torno de la defecación se presenta para el niño una primera decisión entre la actitud narcisista y la del amor de objeto. O entrega obediente la caca por amor, o la retiene para la satisfacción autoerótica, o para afirmar su propia voluntad. Con esta última decisión se constituye el desafío expresado en terquedad que nace, de una pertinacia narcisista en el erotismo anal³⁹.

Posteriormente, el significado que cobra la caca es el de regalo y más tarde, en el interés por el dinero y el deseo del hijo, coinciden una moción anal-erótica y una moción genital (envidia del pene). Pero el pene posee también una significatividad anal-erótica independiente del interés infantil.

"El nexa entre el pene y el tubo de mucosa llenado y excitado por él encuentra su prototipo en la fase pregenital, sádico-anal. El bolo fecal es el primer pene y la mucosa excitada es la del recto. Hay personas cuyo erotismo anal ha permanecido intenso e inmutado hasta la época de la prepubertad en quienes se averigua que ya durante esta fase pregenital habían desarrollado, en fantasías y juguetes perversos, una organización análoga a la genital en que pene y vagina estaban subrogados por el palo de caca y el intestino. En otros (neuróticos obsesivos) se puede tener noticia del resultado de una degradación regresiva de la organización genital. Se exterioriza en que toda clase de fantasías originariamente de concepción

³⁹ *Ibid.* Pág. 120.

genital se trasladan a lo anal, el pene es sustituido por el palo de caca, la vagina por el intestino”⁴⁰.

Los nexos de la serie caca-pene-hijo son explicados mediante un esquema en el que se demuestra que del erotismo anal surge (en un empleo narcisista), el desafío como una reacción sustantiva del Yo contra reclamos de los otros; el interés en la caca es desplazado al interés por el regalo y luego por el dinero. Con la incorporación del pene, nace en la niña la envidia de éste, que luego se convierte en deseo del varón en tanto su portador. Antes, el deseo del pene se ha mudado en deseo del hijo, o este reemplaza a aquel. Luego, del deseo del hijo se traza un nuevo camino que conduce al deseo del varón.

Cuando el niño pequeño toma noticia sobre la falta de pene en la mujer, el pene es discernido como algo separable del cuerpo y se crea una analogía con la caca, primer trozo de lo corporal al que se renunció; de tal modo que el viejo desafío anal entra en la constitución del complejo de castración. La analogía del contenido del intestino como precursor del pene, en la fase pregenital, halla un sustituto psíquico mediante la investigación sexual.

“Cuando aparece el hijo, la investigación sexual lo discierne como “*Lumpf*” (caca) y lo inviste con un potente interés, anal-erótico. El deseo del hijo recibe un segundo complemento de la misma fuente cuando la experiencia social enseña que el hijo puede concebirse como prueba de amor, como regalo”⁴¹.

Caca, pene e hijo, son cuerpos sólidos que al penetrar o salir excitan un tubo de mucosa, ya sea el recto o la vagina. Así, la investigación sexual infantil sólo llega a saber que el hijo transita por el mismo camino que la caca y no llega a descubrir la función del pene.

⁴⁰ *Ibíd.* Pág. 121.

⁴¹ *Ibíd.* Pág. 123.

3. METODOLOGÍA

3.1 Objetivo General

Este reporte tiene la finalidad de presentar un caso clínico y su análisis a partir de la teoría psicoanalítica, planteando así el anudamiento de ciertos conceptos teóricos con la psicoterapia psicoanalítica empleada en el tratamiento de un adolescente.

3.2 Objetivos específicos

Presentar clínicamente el caso de un adolescente, cuyos padres solicitan intervención psicológica para su hijo, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Realizar una breve revisión teórica de la neurosis obsesiva, a partir de los textos psicoanalíticos freudianos.

Describir la sintomatología de un paciente adolescente mediante viñetas retomadas de las sesiones clínicas y analizarlas a partir de la teoría psicoanalítica sobre la neurosis obsesiva.

3.3 Sujeto

El paciente es un adolescente de 13 años, quien es llevado por sus padres a psicoterapia debido a que sus calificaciones han disminuido, se tarda mucho tiempo en “ir al baño” y lavarse las manos, además de que se niega a ser adolescente, pues dice ser un niño todavía y pide que lo dejen vivir su infancia ya que él no quiere ser adolescente.

3.4 Método

El caso clínico se presenta y se desarrolla de manera cualitativa, mediante viñetas retomadas del discurso del paciente durante algunas de las 46 sesiones que duró el tratamiento y se analiza a partir del marco teórico psicoanalítico, relacionado con la neurosis obsesiva.

3.5 Procedimiento

Preconsulta

El paciente (y en ocasiones los familiares) tienen un primer acercamiento con practicantes del Centro de Servicios, con el objetivo de recabar datos generales, motivo de consulta y descripción de la sintomatología, así como la elaboración de un diagnóstico tentativo que permite canalizarlo con el terapeuta adecuado.

Entrevista inicial

Se trata de la primera sesión del paciente con la terapeuta, con el objetivo de establecer el encuadre (número de sesiones, duración de las mismas, horarios, fechas, etc.) y modalidad de tratamiento.

Tratamiento

Se trabajó mediante psicoterapia psicoanalítica, una sesión por semana de 45 minutos de duración, por aproximadamente 19 meses (46 sesiones), con interrupciones en periodos vacacionales.

Análisis de sesiones

Este reporte se presenta mediante la reproducción de algunas sesiones del inicio, mitad y final del tratamiento, así como de viñetas que muestran tanto la sintomatología como la evolución del paciente, todo este material, analizado partir de la teoría psicoanalítica freudiana.

4. Presentación

4.1 Caso L

L de 13 años se presenta a la primera sesión en compañía de su padre. Es un adolescente alto, delgado, con apariencia extraña, encorbado, con los brazos flexionados, las manos a la altura del pecho y los dedos entrelazados. Camina muy despacio, mirando hacia el suelo y evitando todo contacto visual con la terapeuta.

Su voz parece de un niño pequeño, habla muy despacio y con entonación infantil. Al preguntarle porqué está ahí, tarda mucho en contestar, mira al piso, al techo y responde con un discurso cortado, diciendo que sus papás lo traen porque parece que les preocupa que ha bajado de calificaciones y que últimamente se tarda mucho en lavarse las manos e ir al baño; además que insisten en que él es ya un adolescente, lo que L niega pues dice que aún es un niño y pide que lo dejen vivir su infancia ya que él no quiere ser adolescente.

4.2 Antecedentes

Al inicio del tratamiento se entrevistó a ambos padres por separado, con la finalidad de recabar información sobre del embarazo, nacimiento y desarrollo de L.

Los padres de L se conocieron en un curso para profesores. Su madre tenía 28 años y su padre 44. Cuando los padres se conocieron comenzaron a salir y sostuvieron un noviazgo de un año, posteriormente se casaron y un año y nueve meses después nació L. Fue un hijo planeado y esperado. El embarazo se desarrolló sin problemas aunque el parto tuvo que ser cesárea debido a que el paciente tenía la cabeza muy grande.

Los padres recuerdan que el desarrollo inicial de su hijo fue normal, sin eventos importantes que mencionar y comentan que le dedicaban el mayor tiempo posible aún cuando ambos trabajaban. El único detalle que la madre recuerda que llamó su

atención, es que L no quiso tomar la leche materna, lo cual le causaba a ella mucha tristeza. Uno o dos años después también se negaba a comer y sólo lograban alimentarlo mientras uno de los padres jugaba con él y el otro le daba la comida en la boca.

Aproximadamente dos años más tarde nace su hermano Lex, con quien siempre ha tenido una buena relación hasta hace pocos meses, pues comienza a escuchar música, encerrarse en su cuarto y ha dejado de jugar con L. El paciente comenta con cierta tristeza *“lo que pasa es que a él le está afectando la adolescencia más que a mí”*.

El padre de L, tiene 60 años en el momento de la entrevista, es artista plástico y se dedica a dar clases en la escuela a la que asisten L y su hermano. Antes del matrimonio con la madre del paciente, estuvo casado y tiene una hija de 20 años a quien no frecuenta debido a que ella no recibió con agrado la noticia de su nueva familia. Por ello, prefiere que sus hijos no sepan de la existencia de su media hermana. La madre de L es química de alimentos y es maestra de licenciatura en la UNAM.

Cuando L tenía seis años comenzó a presentar problemas de conducta en la escuela ya que se mostraba irritable, se negaba a realizar las actividades que las maestras le pedían, hacía berrinches frecuentemente, lloraba, gritaba y “no toleraba la frustración”; razones por las que la psicóloga del colegio comenzó a citar a su mamá. En una ocasión la directora de la escuela le exigió que llevara a L al neurópsiquiatra debido a que continuaba mostrando problemas de conducta en las clases. Los padres lo llevaron y tras realizar numerosos estudios lo diagnostican con Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad, lo medican con Tofranil por 3 meses para disminuir la ansiedad y recibe un tratamiento (aprendizaje divertido), para niños con este trastorno, durante 8 meses.

Su comportamiento escolar mejoró aunque seguía presentando dificultades para relacionarse con los demás. Meses después volvió a comportarse de manera agresiva e incluso en una ocasión agredió a uno de sus compañeros con un lápiz ya que éste lo llamó “calaca”. A raíz de este problema, las maestras y la directora

sugieren que el niño sea llevado a una escuela Montessori, con el objetivo de que el paciente aprendiera a respetar límites. Esta sugerencia molesta mucho a su madre, pues asocia este tipo de escuelas a niños con problemas severos y argumenta que lo que le pasaba a su hijo, no requería un cambio de colegio ya que por otro lado “a L siempre le habían afectado mucho los cambios”. El padre de L pide a la directora que permita que su hijo permanezca en este colegio y se compromete a tenerlo vigilado de cerca, pues él es maestro de la misma institución, a lo que profesoras y directora acceden.

L es llevado nuevamente al neuropsiquiatra quien lo refiere a un psicólogo que lo trata con 90 sesiones de neurofeedback (seis meses), mejorando su atención y concentración. Sin embargo la dificultad para relacionarse con sus compañeros persiste. L nunca ha tenido un amigo y su madre comenta que en las clases se burlan de él constantemente.

Cuando el paciente tenía ocho años, su abuela materna muere, la familia lo vive como un cambio drástico y su madre cae en una depresión profunda con ansiedad importante. Debido a esto, la mamá de L consulta a una psiquiatra que le diagnostica un desequilibrio hormonal y le receta Altruline para controlar la ansiedad y la depresión. En el momento de la entrevista, la madre del paciente continúa tomando medicamentos para controlar la ansiedad y la alteración hormonal. También recibe apoyo terapéutico ocasional por parte de la misma psiquiatra -que además es su amiga- y con quien se queja continuamente de su esposo ya que se siente “desatendida” por éste. Comenta que es “un hijo más”, ya que no resuelve problemas y siempre recurre a ella esperando que los solucione. Esta situación le causa tristeza y rabia, sin embargo trata de remediarlo platicando con él y dándole mayores responsabilidades.

La señora comenta también que su esposo suele quejarse constantemente de su salud. Ha tenido síntomas relacionados con el corazón y la respiración, lo cual le preocupa mucho y ha tenido que ir en varias ocasiones al médico. Éste lo ha revisado minuciosamente y no ha encontrado alguna alteración que justifique los malestares.

Al ingresar a la secundaria los problemas de L continuaron y se hicieron más evidentes pues las actividades en equipo aumentaron y comenzó a bajar de calificaciones debido a que no podía trabajar con sus compañeros. Por otro lado, comenzó a tardarse mucho en actividades como ir al baño, lavarse las manos y bañarse. Por estas razones, los padres de L solicitan apoyo psicológico una vez más.

4.3 Tratamiento

En este apartado se presenta una descripción parcial de ocho sesiones, correspondientes a tres momentos del tratamiento (inicio, mitad y final), con el objetivo de mostrar la evolución del mismo, a través del discurso del paciente y de algunas intervenciones de la terapeuta.

Es importante señalar que el paciente muestra una clara detención en el desarrollo, cuya sintomatología apunta a un cuadro de neurosis obsesiva, por lo que el objetivo del tratamiento y por ende, de las intervenciones es provocar una movilización que permita a L descolocarse de la posición de niño para replantearse como adolescente.

Sesión 2

La terapeuta pide a L que haga un dibujo de su elección. L dibuja una caricatura llamada "Kira" quien es el personaje central de una historia que él quiere escribir. La terapeuta pide entonces que escriba una historia acerca del personaje, L lo hace con cierto entusiasmo, sin embargo la narración se interrumpe debido a que se acaba el tiempo de la sesión, L se muestra inconforme por no poder terminarla. La historia habla de una niña que pasea por un bosque hasta que repentinamente encuentra un castillo en el que aparece una hada que le dice que ha estado esperándola por mucho tiempo y concluye diciéndole "*que bueno que hayas llegado porque la elegida eres tú*".

Esta última afirmación puede ser considerada como el inicio de una relación terapéutica, lo que la terapeuta deberá emplear para el establecimiento de la relación transferencial dentro del tratamiento.

Sesión 3

La terapeuta inicia la sesión preguntando con respecto a la escuela, el paciente comenta que acaba de iniciar un curso de francés y que ha aprendido a decir cómo se llama. Se le pide que lo diga y al intentarlo lo olvida, la terapeuta realiza una intervención dirigida a establecer una relación terapéutica preguntándole en francés cómo se llama, ante lo que L reacciona sorprendido, establece por primera vez un contacto visual prolongado con ella y logra responder. Es a partir de este momento que L mira a la terapeuta durante más tiempo y establece una comunicación más fluida con ella, colocándola, transferencialmente en el lugar de la madre, a quien L admira por su formación académica, lo que queda claramente manifiesto cuando el paciente dice a su terapeuta que no sabía que ella hablaba francés y agrega posteriormente que era de esperarse pues se trata de una profesionalista, con formación universitaria y a quien seguramente se le exige que domine algún idioma.

Sesión 22

Esta sesión se llevó a cabo en un consultorio donde se encuentra una báscula, el paciente se queda mirándola, se le pregunta en qué piensa y éste expresa su deseo de pesarse y medirse. Al ayudarlo y estirar el metro para medir su estatura, él se queda sorprendido mirando la altura y exclama *“eso es muy alto... como para alguien que tuviera gigantismo”*, la terapeuta agrega que también puede tratarse de la altura de alguien que ya no es un niño. Al subirse a la báscula sólo hace falta disminuir uno o dos centímetros, por lo que L agrega *“no... bueno, pero yo no tengo gigantismo.”* El paciente se nota sorprendido y un tanto resignado por su peso y talla (75 Kg. y 1.76 cm.) al preguntarle qué opina de sus medidas, responde que sabe que es alto debido a la herencia, y comienza a hablar acerca de su familia materna, en la que todos padecen diabetes, agrega que no está tan preocupado, ya que, afortunadamente, él no consume grandes cantidades de azúcar. La sesión continúa con el tema de su estatura y se percibe cierto desconcierto que, al señalárselo, lo niega, explicando que piensa que es normal, porque sabe que ha comenzado a

dejar de ser niño, se le pregunta qué es ahora y responde que sabe que comienza a ser *“un jovencito”*.

Sesión 23

L inicia la sesión comentando que le resulta muy difícil tener que decidir dónde sentarse o de qué hablar pues preferiría que se le planteara un tema concreto a desarrollar ya que de esa manera evitaría equivocarse. La terapeuta interviene señalando que parece esperar que ella se comporte como lo hace su mamá, L responde que no sabe a qué se refiere y se le aclara que él espera que la terapeuta le indique qué hacer y cómo hacerlo, L repite que preferiría que fuera así para evitar equivocaciones. La terapeuta agrega que durante el tratamiento, L ha expresado en varias ocasiones que las equivocaciones son muy graves, a lo que L responde de manera afirmativa; la terapeuta pregunta a qué se debe y el paciente contesta que no está bien que pierda la compostura, de lo contrario, no sería tomado en serio por nadie. La terapeuta pregunta por quién ha dejado de ser *“tomado en serio”* a causa de alguna equivocación pero L responde sonriendo que afortunadamente no le ha ocurrido pues él siempre es muy serio y nunca se equivoca.

Durante la sesión, la terapeuta realiza una especie de asociación libre, retomando algunos fragmentos del discurso que L ha llevado a las sesiones anteriores. L interviene ocasionalmente manifestando su acuerdo o desacuerdo ante lo que la terapeuta afirma.

Hacia el final de la sesión L comete un lapsus en el que sustituye *“mano derecha”* por *“mano izquierda”*. Esta equivocación le produce mucha ansiedad y trata de explicar que a toda la gente le pasa cuando ha estado hablando de algo y luego quiere decir otra cosa. La terapeuta le señala su reacción, misma que él niega, ella señala también que acaba de decir que *“nunca se equivoca”*, L se ríe ansioso y sólo insiste en que no le gusta equivocarse debido a que no le agrada perder la compostura y la seriedad, no le gusta reírse y reitera la gravedad de equivocarse, la terapeuta indica que a pesar de que se ha equivocado, nada ha pasado; L parece no escuchar y continúa explicando que la razón por la que prefiere tener un tema fijo de qué hablar es que se reduce la posibilidad de equivocarse y también debido a que busca siempre tener un tema en mente, dice que no le gusta tener la mente libre y

habla acerca de sus ratos libres que ocupa de inmediato leyendo algún libro, dibujando o pensando en la historia que quiere escribir y publicar. Continúa diciendo que prefiere mantener su mente ocupada, la terapeuta interrumpe preguntando “*para no pensar ¿en qué?*” y él responde que no se trata de no pensar en algo, simplemente no le gusta que su mente divague sin sentido, ya que prefiere ocuparla en ideas y pensamientos útiles y específicos.

Sesión 24

L entra al consultorio y al percibir la poca iluminación de éste, reacciona de manera ansiosa, busca de inmediato el interruptor mientras pregunta de dónde se enciende la luz y comenta que no le agradan los lugares poco iluminados; la terapeuta enciende la luz, L se muestra más tranquilo. La terapeuta pregunta si ello tiene alguna relación con estar a solas con una mujer, en un espacio aislado, L responde que no, se sienta y comienza a recorrer con la vista, detalladamente el nuevo espacio. Permanece unos minutos en silencio y finalmente dice que le agrada el lugar, hace algunas preguntas acerca de los objetos que se encuentran a su alrededor. Pregunta si lo que se encuentra en la mesa son velas, comenta su gusto por éstas y retoma el tema de la oscuridad diciendo que prefiere los lugares bien iluminados porque la luz le permite percibir más colores que con poca luz. Vuelve al tema de su gusto por las velas y por el calor y aclara que el fuego le agrada pero a cierta distancia pues puede llegar a ser peligroso si se tiene muy cerca. Continúa hablando acerca del sol y de los beneficios que de éste tiene la Tierra y termina su discurso diciendo que le gusta el lugar.

L permanece en silencio unos minutos y después agrega que ha terminado “su punto”, continúa unos momentos más en silencio y pide que se le pregunte algo, a lo que la terapeuta responde preguntando qué es lo que espera que se le pregunte y él responde que no sabe pero que prefiere responder preguntas a tener que elegir un tema para hablar. Se queda nuevamente callado, se muestra ansioso, sonrío, mira a la terapeuta y exclama ¡*Ya!*, ésta se queda callada y él comenta una vez más que no tiene algo que decir. Tras unos minutos más en silencio, L comenta que faltan pocos días para que cumpla 14 años y que tiene planeado hacer una fiesta; continúa diciendo que él hará el pastel pues ya ha ayudado anteriormente a su mamá a preparar uno y que además va a poder decorarlo ya que su tía le regalaría un juego

de instrumentos para hacer galletas por lo que tendrá una duya para hacerlo. Agrega que el pastel que había preparado con su mamá era un imposible, la terapeuta interrumpe diciendo que parece que así percibe en ocasiones la relación con su mamá, “imposible”, L lo niega y continúa diciendo que en esta ocasión sólo hará el pan, por lo que será entonces un pastel de chocolate. La terapeuta agrega “*mejor incompleto que imposible*”; L prosigue con su discurso y afirma que también sabe preparar algunas otras cosas como pasta y tortillas de huevo pero sólo de manera teórica pues en realidad nunca las ha preparado debido a que le da miedo la lumbre de la estufa y retoma el tema del fuego diciendo que en poca cantidad y a cierta distancia es bueno pero que puede dejar de serlo y causar incendios cuando no se tiene cuidado en su manejo. La terapeuta termina la sesión afirmando que parece que hay varias cosas que L sólo conoce de manera “teórica” pues ello lo mantiene a distancia y a salvo de ¿qué?

Sesión 44

L inicia la sesión diciendo “*creo que yo quiero entrar a la prepa 1, pero no sé bien, es que, esa sería la más conveniente para mi área pero si no me quedo ahí, tendría que ser una particular... la de la Salle es buena, pero no para mi área, esa es buena en humanidades*”, la terapeuta pregunta a qué área se refiere y él responde que desea estudiar química, bioquímica o física y debido a que se trata de carreras dentro del área de ciencias, a ello se debe que lo más conveniente sea ingresar a una prepa de la UNAM. Dice que quiere una carrera de ciencias pues él quería estudiar ingeniería genómica pero que como eso no será posible, ha decidido alguna de las mencionadas. La terapeuta pregunta porqué no será posible y pregunta también si se debe al temor que sus padres tienen de que él deje la estufa prendida, L responde que posiblemente, pero que en realidad también se debe a que esa escuela (Cuernavaca) es mejor para el posgrado por lo que ha pensado en estudiar en la UNAM, química o bioquímica e ir a estudiar a Cuernavaca un posgrado. La terapeuta pregunta cómo es que sabe esto y L responde con dificultad que alguien le ha dicho a su mamá. La terapeuta señala que es curioso que quiera estudiar lo mismo que su mamá (química), a lo que L responde que no, porque la bioquímica es distinta, se le indica que había mencionado química como una opción y responde que sí pero que su mamá es química de alimentos y es diferente. Finalmente la terapeuta agrega que le llama la atención que no sea él mismo quien investigue la

conveniencia de estudiar en Cuernavaca la licenciatura o el posgrado pues pareciera que se trata de un niño pequeño a quien los padres buscan escuela.

La preocupación acerca del tiempo que se tardará en responder el examen ha disminuido pues le pidió a su mamá que haga para él una serie de ejercicios que simulen los que deberá responder, de modo que pueda medir su tiempo. Ahora la principal preocupación ha comenzado a ser el ingreso a la preparatoria en sí: “... *no sé si vaya a ser un cambio muy fuerte el entrar a una escuela pública*”, la terapeuta responde que seguramente lo será, pues el sólo hecho de cambiar de secundaria a preparatoria implica un cambio. L continúa: “... *pero además, no sé cómo vayan a ser mis compañeros, creo que en las públicas hay más molestos y no quiero que me molesten*”. La terapeuta pregunta qué es lo que teme exactamente y L responde que en la escuela lo molestaban, comenta que este año ha disminuido porque los “molestos” están en otro grupo, pero que en años anteriores le hacían burla, le rompieron un trabajo, le rayaron otro, le cantaban una canción de burla (acerca de que L era homosexual) y lo amenazaban con que se iba a maldecir si entraba al salón de clases.

Dice que al ingresar a la preparatoria tendrá que ser muy cuidadoso en lo que hace y dice, la terapeuta interrumpe preguntando *¿más?*, L continúa como si no escuchara y dice que debe ser cuidadoso para que no lo molesten ni le hagan burla, pues generalmente expresa todo lo que piensa y ya una vez tuvo un problema por decir que no está de acuerdo con la homosexualidad pues piensa que no es normal ya que incluso en la iglesia está catalogada como pecado. La terapeuta señala que dentro del consultorio parece hacer lo mismo pues cuida mucho lo que dice y le pregunta qué es lo que teme ahí, L dice no tener temores sobre lo que le dice a su terapeuta, sin embargo, reitera que prefiere que le asignen un tema para hablar.

Sesión 45

El padre de L platica con la terapeuta brevemente al despedirse y le comenta que su esposa y él están preocupados por el próximo ingreso de L a la preparatoria, pide hablar con la terapeuta al respecto la siguiente sesión y dice que su esposa también vendrá con él. La siguiente vez, sólo asiste el señor, debido a que el hermano de L está muy enfermo y la señora tuvo que quedarse a cuidarlo. Al pasar al consultorio,

el señor dice estar muy preocupado, han pensado en la opción de inscribir a su hijo en la Preparatoria 1 de la UNAM, sin embargo, están a punto de decidir que se quedará en la escuela que está porque temen que el cambio le afecte mucho. La terapeuta explica que ha podido observar que L presenta una detención en el desarrollo, da un ejemplo de la separación que desde pequeños, los hijos intentan y comenta que en el caso de L, dicha separación ha sido retrasada, evitada y negada. La terapeuta explica también que este cambio en el grado escolar es parte de la vida misma y que, posiblemente sea la última oportunidad para efectuar tal separación de manera “natural”. El padre se queda pensativo y comenta que él entiende lo que la terapeuta dice y que, sin embargo, resulta difícil “soltar” a su hijo, debido a las características de éste, además de que teme que le vaya muy mal en una escuela pública que no conoce y da como ejemplos hechos como que L espera a que todos sus compañeros entren a la escuela para entonces hacerlo él; durante el receso, L espera a que todos entren a los salones y él comienza a recoger la basura del patio. Ambas situaciones provocan que llegue tarde a las clases y ya ha tenido problemas por ello, sin embargo, aunque el padre va por él y le pide que entre a su salón, el paciente continúa repitiendo estas conductas. La terapeuta dice que se trata de una situación de cambio que, por sí misma, traerá crisis; pide al señor que piense en que es factible cambiar a L, de la preparatoria al bachillerato particular, en caso necesario, pero resulta imposible un cambio a la inversa y ofrece el espacio terapéutico como respaldo para ir trabajando las situaciones que pueden o no, presentarse.

Sesión 46

Sesión con los padres

Llegan muy puntuales, pasan al consultorio y L dice que irá al baño. Los padres comienzan hablando de los cambios “positivos” que L ha tenido. Ahora ya habla con más gente, ya expresa un poco más sus afectos y comentan que una semana antes (sesión cancelada), fue a los 15 años de una de sus compañeras, decidió ir de traje y pidió que pasaran por él a la 1 de la mañana. Los padres comentan que se sintieron satisfechos aunque preocupados, no saben qué fue lo que L hizo o con quién estuvo, pero comentan que saben que es necesario que salga, al menos para estar con la gente. Casi están seguros de que se quedó sentado, sólo observando, sin embargo están satisfechos de que lo hayan invitado y de que él quisiera ir. Más

adelante, mencionan que algo ocurrió y que es necesario que la terapeuta lo sepa, comenta la mamá, que su computadora comenzó a tener problemas y la llevó a la Facultad de Química para que la revisaran. Quien la revisó y la restauró, le comentó que la computadora estaba fallando a causa de virus que habían descargado de internet y que las páginas de donde provenían, eran de pornografía. La señora primero pensó que había sido su esposo quien había estado descargando pornografía de internet, sin embargo al comentarlo con él, lo negó. Después, ambos pensaron que había sido su hijo, el más pequeño pues comentan “*es tremendo*”, pero al preguntarle lo negó. Finalmente le preguntaron a L y él aceptó haberlo hecho. La madre continúa el relato sorprendida, la terapeuta pregunta a qué se debe exactamente la sorpresa y la madre responde: “*pues sé que es normal que los adolescentes sientan curiosidad sobre el sexo, pero creí que había sido mi otro hijo, nunca me imaginé que fuera L, porque él siempre rechaza esas cosas y nosotros no somos espantados pero fue raro*”. Continúan ambos padres comentando sobre la sorpresa que esto les causó, dijeron que el padre había hablado con L, la terapeuta preguntó de qué habló exactamente con él y la madre responde que sólo le pidió que no descargara pornografía con esa computadora ya que podía descomponerse definitivamente. La terapeuta pregunta a los padres si se le ofreció alguna alternativa al paciente, los padres responden desconcertados que no habían pensado en ello; la terapeuta pregunta si recuerdan el motivo que los había llevado a consultarla, a lo que la madre responde que sí, que L antes decía que no quería ser adolescente y que quería pasar a la madurez sin tener que atravesar la adolescencia. La terapeuta les recuerda que L decía que lo dejaran vivir su niñez y que ahora que comenzaba a hacer cosas de adolescentes, ellos se sorprendían. Los padres sonrían ansiosos e insisten en que saben que son “*cosas de adolescentes pero fue raro que las hiciera L*”.

En otro momento, la madre pregunta si el diagnóstico de TOC, atribuido por la psiquiatra que L ve cada mes, es correcto. La terapeuta responde que ella no trabaja elaborando diagnósticos sino únicamente sobre lo que L dice en cada ocasión. La señora describe cómo fue que la psiquiatra lo diagnosticó mediante preguntas que L respondía, comenta que se sorprendió mucho al enterarse de que L llegaba a sangrar cuando se limpiaba, al ir al baño. Por otro lado, la señora menciona que además del diagnóstico de TOC, L también fue diagnosticado con Asperger, sin

embargo, este diagnóstico él lo ignora ya que los padres decidieron no decírselo porque cuando él supo que “*tenía TOC*”, les contó a todos sus compañeros, así que ellos querían evitar que dijera que también “*tenía Asperger*”. Luego siguieron hablando sobre el ingreso de L a la preparatoria, dijeron estar muy preocupados, primero por el examen de admisión, debido a que L se tarda mucho en contestar las preguntas, no dudan de su capacidad y sus conocimientos, pero sí de su rapidez. Intentaron que asistiera a un curso de preparación pero desistieron al saber que tendría que ir de lunes a domingo, ya que todos los días pasa la tarde haciendo tarea hasta agotarse pues invierte demasiado tiempo en cada actividad, argumentando que “*no hará un trabajo mediocre*”.

Sesión 46 (última sesión)

Después de los padres, L entra al consultorio, esta vez sin pedir permiso para hacerlo o para encender la luz, se sienta y parece molesto. No menciona el tema de la pornografía y tampoco la fiesta a la que fue. La terapeuta señala que parece molesto y pregunta si tiene relación con el hecho de que sus padres hablaran con ella, L responde que no está enojado y que tampoco le incomoda que sus padres pregunten por su tratamiento; la terapeuta responde que aún cuando ello le molestara, sería muy normal, ya que todas las personas requieren de cierta privacidad y reitera el punto sobre la confidencialidad, tratado en el encuadre establecido durante las primeras sesiones.

L habla sobre un documental que vio sobre insectos, hace una descripción científica de los arácnidos, a los que dice tenerles miedo. Habla de arañas y menciona que los hijos se comen a la madre. Después se refiere a los alacranes y explica que la hembra se come al macho después de aparearse. Ambas situaciones le parecen muy desagradables. La terapeuta pregunta con qué relaciona lo que observó en el documental, L responde con una sonrisa ansiosa que no se le ocurre nada y tras un breve silencio, continúa diciendo que en el caso de los humanos ello no sucede pues los hijos no se comen jamás a la madre y tampoco las mujeres a los hombres y continúa diciendo que estas conductas se presentan en los insectos porque actúan por instinto, mientras que en el caso de los humanos, las conductas están basadas en la razón. La terapeuta pregunta entonces qué es lo que le parece tan desagradable y L responde que se trata de algún tipo de canibalismo, lo que le

resulta impensable y le da “cosa”, la terapeuta pregunta qué significa “cosa” en esta ocasión, L insiste en que le parece desagradable, la terapeuta pregunta si pudiera tratarse de miedo, L responde que no exactamente y después de pensar unos segundos afirma que es asco, la terapeuta afirma que parece frecuente que prefiera sentir vergüenza y asco que deseo, L no responde y tras unos minutos en silencio, habla de sus temores al ingresar a una preparatoria pública debido al “tipo de personas” que asisten a estas escuelas, se pregunta si será correcto que explique a la terapeuta a qué se refiere pues se trata de personas que pueden tener poca educación y malas mañas, como los emo, los dark, etc., gente que se droga y puede molestarlo. La terapeuta señala que es curioso que niegue sentir miedo a partir del documental y que sin embargo, termine la sesión hablando del miedo que le provoca el ingreso al bachillerato, así como del temor a ser agredido, probablemente como los insectos devorados o bien, tal vez el temor sea a lo que él desea hacer con los demás, L permanece en silencio y la sesión se da por concluida.

La siguiente sesión es cancelada vía telefónica por el padre, se programa otra cita, misma que es nuevamente cancelada, además de que el padre de L, comunica a la terapeuta que su esposa y él han decidido que L no irá más a su tratamiento y que “probarán” otras alternativas como el yoga. La terapeuta explica que es importante tener una sesión más para efectuar un cierre, el padre del paciente se niega y se despide.

La interrupción del tratamiento puede ser atribuida al movimiento que L comenzó a presentar después de casi dos años de tratamiento: por un lado, sus conductas infantiles se tornaron en acciones propias de un adolescente como ir a una fiesta con chicos de su edad, descargar pornografía o entrar por primera vez al consultorio con actitud molesta y sin pedir permiso para sentarse o encender la luz. Por otro lado, en esta última sesión, se observa una mayor libertad en L para hablar sobre temas que reflejan una agresión reprimida, ya sea del lado del agresor, como fantasía de destrucción hacia los padres; o como temor de aniquilamiento por parte de estos, principalmente en relación con la madre, castradora y dominante, de quien teme ser devorado pero al mismo tiempo a quien desea devorar. Dichos movimientos son difícilmente soportados por los padres, quienes a pesar de acudir a

solicitar la intervención terapéutica para su hijo, se ven amenazados en cuanto a su funcionamiento familiar habitual.

5. Análisis del caso L

De acuerdo con Freud, los síntomas neuróticos son la expresión de la vida sexual de los pacientes. En el caso de L, se observa un despliegue sintomático que muestra un infantilismo sexual, centrado en el área anal como principal zona erógena, evidenciando así, una fijación en la correspondiente etapa pregenital.

Más que un proceso de regresión movilizado por la incapacidad de responder y tramitar adecuadamente la demanda cotidiana de la realidad, en L se infiere, a partir del material analizado, una inhibición del desarrollo que pone de manifiesto que existe una fijación pregenital que moviliza las constantes regresiones ocurridas como respuesta no sólo a las demandas de la realidad sino a las exigencias internas.

Para Freud, la neurosis obsesiva se caracteriza por una represión sexual que rebasa la medida normal, un aumento de las resistencias a la pulsión sexual (vergüenza, asco, moral) y una huida ante el tema sexual.

En el caso de L, resultan claras tales características, manifiestas en un visible rechazo a todo lo relacionado con el tema sexual y sus exteriorizaciones, apuntalado en sentimientos de vergüenza, asco y moral, hiperpotentes, expresados reiteradamente mediante juicios morales principalmente referidos a la conducta sexual de sus compañeros:

“... me molestó mucho que un niño de mi salón dijera que se había torcido la muñeca por estarse tocando la parte con la que se hace pipí... no está bien que haga eso”.

Así como en una importante resistencia a convertirse en un adolescente, más precisamente, a crecer, debido al inminente influjo sexual que ello implica y que L percibe con claridad:

“La adolescencia es un período desagradable... preferiría no pasar por ella y sólo cambiar de ser niño a adulto”.

“La mayoría de los adolescentes que conozco son rebeldes y bromean con cosas que a mí no me gustan... es culpa de las hormonas pero no sé cómo no pueden

controlarlas como yo que lo he logrado aunque ya me han pasado esas cosas que pasan en la parte con la que se hace pipí”.

El miedo, temor y rechazo a la adolescencia expresan una huida de la sexualidad, del desarrollo genital y de la consolidación de una sexualidad adulta. Los motivos son asociados al temor por devenir adulto, lo que en el discurso del paciente es ligado a la independencia y autonomía, no obstante, de manera latente, su discurso apunta al temor de saberse capaz de consumir el incesto, pues de lograrse éste, el Yo sería amenazado en su nivel más inmediato con la pérdida del amor de los padres, mientras que en un plano inconsciente, la amenaza es la aniquilación completa del Yo, expresada en fantasías de ser devorado por la madre, lo que queda explícitamente referido por el material llevado por L a la última sesión.

Por otro lado, no sólo es temor de consumir el incesto, sino que L es constantemente amenazado con la pérdida del amor materno si su mirada es dirigida a otra mujer. La madre ofrece dos opciones por demás imposibles: crecer, consumir el incesto y ser castrado como consecuencia; otra, la pérdida del amor materno si elige como objeto a otra mujer:

“... mi mamá dice que no debo descuidar los estudios, debo tener novia tal vez hasta la prepa, pero sin descuidar la escuela”

Pareciera que la madre no le permite crecer; L se siente amenazado y opta por permanecer siendo niño, dependiente y obediente. No obstante, de acuerdo con Freud, en los neuróticos, a la par que un monto alto de represión, se encuentra una necesidad sexual hiperpotente, misma que no encuentra ni salida, ni tramitación adecuadas, por lo que al estancarse produce los síntomas que no son más que la expresión cifrada de la sexualidad neurótica.

Así, en el caso de L, la sintomatología expresa una represión insuficiente pues la energía sexual amenaza de manera constante con arrollar al Yo, lo que causa una ansiedad importante y un continuo esfuerzo por mantener a raya los impulsos sexuales calificados como penosos e inmorales.

Freud también señala a la neurosis como el negativo de la perversión, pues los síntomas nacen de la expresión convertida de pulsiones perversas que en este tipo de enfermos se expresan en fantasías perversas inconscientes. Por otro lado, en la pulsión sexual de los neuróticos se observan variaciones de la vida sexual normal, lo que en el caso de L se muestra como una pulsión perversa predominante de transgresión anatómica, sustituyendo los genitales por el orificio anal, jugando éste, el papel de zona erógena.

En cuanto a las pulsiones parciales presentadas en pares de opuestos, en L, se observa una mudanza de amor en odio y de mociones tiernas en hostiles, características de la neurosis obsesiva y acaecida en el período anal; de ahí que la caca, de regalo devenga en objeto agresivo, objeto que ensucia a los demás y del que busca mantener a salvo a sus objetos de amor. Ello justifica la insistencia en la limpieza de manos y uñas, así como una expiación ante la culpa por la masturbación anal.

Para Freud, es mediante el apuntalamiento en la función básica de la alimentación, que en el niño se constituye el inicio del desarrollo sexual, al aparecer el chupeteo deslindado de la alimentación y como quehacer sexual. En el caso de L, se tiene noticia de un aparente rechazo a ser amamantado, reportado por la madre:

“... el único detalle es que L no quiso tomar de mi leche y eso me daba mucha tristeza”.

Aunque la función del seno materno puede ser dada por algún sustituto como la mamila, se trata de un aspecto relevante en el desarrollo sexual de L. Situación que lleva a suponer una actitud negativa de la madre hacia su hijo. Lamentablemente la duración del tratamiento no proporcionó los elementos necesarios para efectuar una construcción satisfactoria al respecto, sin embargo, es lícito inferir, a partir de la relación transferencial del paciente con la terapeuta, que la figura materna es percibida como amenazante, distante y enjuiciadora, lo que es claramente visible en el intenso temor a equivocarse, a perder la compostura, a caminar con los pies chuecos, etc.

“... mi mamá me regaña y dice que si me siento o camino con los pies chuecos, se me quedarán así para siempre... a ver, yo camino y usted me dice si lo hago bien...”

“... no está bien que pierda la compostura... la gente que lo hace no es tomada en serio...”

El rechazo de la leche materna también permite centrar la atención en la etapa oral, misma que posteriormente hallará expresión en las fantasías de devorar y ser devorado por la madre, así como su nexa con la relación sexual.

Al aceptar L la sustitución del seno materno por el biberón, fue posible la continuidad, aunque no normal, de su desarrollo psicosexual: retomando el texto freudiano de 1905, se observa la puesta en juego de los tres caracteres esenciales de la exteriorización sexual infantil “nace apuntalándose en una de las funciones corporales importantes para la vida, todavía no conoce objeto sexual pues es autoerótica y su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una zona erógena”⁴². Caracteres que permitieron que L encontrara una segunda zona erógena que, a pesar de formar parte del desarrollo normal, es en la zona anal en la que se centra el análisis de este paciente, debido a la visible fijación de la libido, situación de la que parte la sintomatología actual.

Si se toma en cuenta que la meta sexual infantil consiste en cancelar un primer estímulo displacentero centrado en la zona erógena elegida, por intermedio de un segundo estímulo aplicado a la misma zona, mismo que le procura una satisfacción y que este mecanismo se apuntala inicialmente en la alimentación y después se comporta de la misma manera, esta vez centrándose en la defecación, se tiene noticia de que la zona anal, a semejanza de los labios, es también una zona erógena conformada por el apuntalamiento de una función corporal no sexual.

Freud afirma que en la infancia es común que se presenten perturbaciones del intestino, mismas que proporcionan excitaciones intensas de la zona. Menciona también la frecuencia con la que los niños tienden a acumular heces fecales dentro del intestino, lo que provoca contracciones musculares y un poderoso estímulo sobre

⁴² S. Freud, (1917). Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. En Obras Completas. Tomo XVII. Argentina: Amorrortu. Págs. 165-166.

la mucosa anal al atravesarla, lo que provoca sensaciones voluptuosas, simultáneas a las dolorosas”⁴³.

En el caso de L, se observa una gran relevancia de la zona anal como fuente de satisfacción sexual, misma que es remontada a su infancia, durante la etapa del control de esfínteres y a la que su madre se refiere:

“... L controló los esfínteres sin problema, de hecho lo difícil era que quisiera defecar en el escusado”.

Ello evidencia que en L se presentaron sensaciones importantes en la zona anal ya desde la infancia. La sintomatología actual muestra que esta zona constituye para él una fuente de sensaciones evocadas, mismas que intenta repetir insistentemente mediante la retención de heces fecales buscando no perder ninguna ganancia colateral o mediante la masturbación anal, expresada en una limpieza excesiva y un frecuente toqueteo:

“... el problema es que uso mucho papel para limpiarme, a veces llego a sangrar...”

“... me tardo mucho porque tengo que limpiar bien mis uñas... es que a veces se ensucian con popó... eso pasa porque me tallo muy bien”.

Y un temor manifiesto a perder la estimulación al atravesar las heces por el ano:

“... no quiero tomar los medicamentos que me recetó la psiquiatra porque no estoy loco y porque tengo miedo de tener diarreas...”

En las tres afirmaciones, la terapeuta señaló la insistencia de L por estimularse la zona anal. Todas las intervenciones fueron rechazadas o ignoradas por el paciente.

Otra explicación de la negativa del niño a defecar, está ligada al simbolismo de las heces fecales como el “primer regalo” que el infante da a su cuidador, pues al tratarse de una parte de su propio cuerpo, es tratada como ofrenda al objeto amado o negada como manifestación de desafío. En el caso de L, se repite un rechazo a

⁴³ *Ibíd.* Pág. 169.

complacer a la madre. Primeramente “rechaza” la leche materna y luego se rehúsa a complacerla regalando una parte tan valiosa de sí, lo que más tarde, tendrá que ver con la angustia de castración, pues la posibilidad de perder algo valioso de su cuerpo, por demanda de la madre, se consolida posteriormente. Este hecho se observa en la relación transferencial de L con su terapeuta:

L lleva un juguete a la sesión, es un hada que no tiene pies, después corrige, no tiene zapatos porque estaba parada sobre un caballo muy grande. L no quiso llevar el caballo al consultorio porque podría perderlo, lo que implicaría una pérdida importante, debido a que el caballo estaba armado con muchas piezas. La terapeuta señala que pareciera que L teme que ella le quite algo, L dice no entender. Finalmente L sale del consultorio olvidando llevar consigo el hada, en la sala de espera se percató, mira a la terapeuta y exclama angustiada “¡el hada!”.

Lo anterior constituye un acto fallido en el que él mismo olvida lo que durante la sesión fue tratado, de manera simbólica, como una parte de sí. Por otro lado y a partir de un juego de palabras en la exclamación “¡el hada!”, expresión dirigida de forma manifiesta a la terapeuta, puede estar refiriéndose a ella como *¡helada!*, lo que resulta una evidencia transferencial, si se pone especial atención a que el contenido latente de toda la sesión estuvo relacionado con el miedo de perder algo valioso para sí, tal como ocurre en la relación con su madre.

Siguiendo con las tesis freudianas, la retención o expulsión de la materia fecal tiene dos funciones, por un lado, las sensaciones corporales que excitan la mucosa y el tracto anal, vividas como satisfactorias; por otro, el establecimiento de las primeras relaciones del niño con el otro, obedeciendo o retando.

En cuanto a la primera, se observa una gran excitabilidad de la zona: reteniendo las heces y estimulando el ano mediante la limpieza y la introducción de los dedos en el mismo. De esta manera resulta claro que las formas masturbatorias de la infancia, dejan huellas inconscientes que determinan la sintomatología de la neurosis adquirida después de la pubertad, expresada en el caso de L en una visible demora al defecar y expresada como segundo motivo de consulta.

La segunda función: muestra una actitud originaria de desafío y desobediencia, repetida en el momento actual por medio del tiempo excesivo que tarda en realizar tal actividad, actitud opuesta a las demandas de la madre, quien reiteradamente pide a L ser más rápido al ir al baño. Por otro lado, en otras áreas de la vida, L se muestra sumiso y obediente en extremo, lo que puede ser una formación reactiva derivada de las fantasías de agresión y desafío hacia la madre e incluso posiblemente compensando la actitud retadora y desobediente en cuanto al tema de la defecación.

Freud menciona que la manera en que el niño se relaciona con el otro, mediante el ofrecimiento o la negativa a entregar sus heces, determina en gran parte el comportamiento social que el sujeto tendrá en su vida, lo que muestra un nexo entre la actitud hostil expresada en la negativa por defecar de la época de la infancia y la actitud hostil y retraída mostrada en sus relaciones sociales actuales, a las que se hace referencia al inicio del tratamiento, por ser ésta una imposibilidad para el trabajo escolar en equipo con sus compañeros, situación que provocó una baja en las calificaciones y cuyos efectos constituían la demanda manifiesta de tratamiento por parte de los padres de L.

Así, se tiene una práctica masturbatoria de la zona anal, ya sea por la introducción de los dedos en el ano, o por la ganancia local de la defecación en sí misma; dicha práctica ha intentado ser sublimada, más bien, justificada por la búsqueda de la pulcritud y la limpieza. Ello explica el largo tiempo que L invierte en la defecación y en la limpieza posterior, pero no sólo del ano hasta sangrarlo, sino también de las uñas, lo que muestra la clara transmudación de mociones tiernas en hostiles, reflejada en una importante preocupación por “ensuciar a los demás”, es decir, por manifestar expresamente su agresión que, no sin importancia, está asociada a las uñas, mismas que simbólicamente son frecuentemente ligadas a mociones hostiles y agresivas:

“... debo limpiarlas bien (las uñas) para no ensuciar a los demás”.

“... la plastilina me da cosa pero no tiene que ver con la popó porque la plastilina no ensucia, la popó sí”.

Esto también fue expresado de manera transferencial durante una sesión en la que L pide permiso para tomar un pañuelo desechable, sonarse la nariz y mostrarse sumamente ansioso por no encontrar un bote de basura donde depositarlo. Al indicarle su preocupación excesiva responde sonriendo:

L: "Es que no quiero ensuciar su mesita..."

Terapeuta: "Parece que más bien, no me quieres ensuciar a mí"

L: "Pues no, no esta bien"

Freud propone cuatro caminos por los que se contrae la neurosis y si bien, no se trata de mecanismos absolutos y tampoco se observan de manera aislada sino mezclados entre sí, ofrecen aportes interesantes al respecto.

En el caso de L, el padecimiento puede ser atribuido a las exigencias de la realidad, enferma a causa de una inhibición en el desarrollo. De acuerdo con Freud, la neurosis se presenta apenas superada la infancia, lo que en el caso de L es visible si se remite al hecho de que los síntomas reportados comenzaron a presentarse alrededor de los 12 años de edad. La importancia de este punto es que L nunca ha alcanzado una fase de salud que se traduzca en capacidad de goce. Por otro lado, la libido nunca ha abandonado las fijaciones infantiles (anales). De ahí que la neurosis sea un conflicto entre el Yo y la libido y se resume en frustración junto a la incapacidad por adaptarse a la realidad y el estancamiento libidinal que rebasa la medida particular del sujeto y de la cual éste no puede defenderse, factores a los que se agrega el constitucional y cuya combinación da como resultado la sintomatología descrita en el caso de L.

Se puede hablar entonces de una fijación de la energía libidinal en la fase anal del desarrollo psicosexual de L. Tal fijación provoca constantes regresiones defensivas a esta etapa (organización) pregenital, gobernada por pulsiones parciales anal-eróticas y sádicas; manifestadas de dos maneras, por un lado erotizando la zona anal (meta pasiva) y por otro, presentando dificultades en sus relaciones con los demás, actuando recta, obediente y servilmente, ello como una formación reactiva cuyo objetivo es mantener a raya las fantasías sádicas de agresión hacia quienes le rodean. Todo lo que apunta a una inhibición en el desarrollo.

Así, odio y erotismo anal tienen una especial relevancia en el desarrollo del sujeto, debido a que se trata de subrogaciones de las pulsiones genitales y en donde, corroborando la literatura, se observa que la contracción de la neurosis se da en edades tempranas y se aprecia que la organización sexual que contiene la predisposición a la patología, nunca es superada, una vez que se estableció.

Aunque el paciente no dio muestras claras de poseer ceremoniales neuróticos propiamente dichos, L hablaba continuamente de la forma en que realizaba sus tareas escolares y respondía los exámenes. Tales comunicaciones se vieron movilizadas por el hecho de que estaba a punto de presentar la evaluación de ingreso a la preparatoria:

“No me preocupan los conocimientos, sé que los tengo, el problema es el tiempo que tardo en responder los ejercicios... me tardo porque aunque sé que la respuesta es correcta, la compruebo por otros mecanismos... al menos dos más”

Freud afirma que del ceremonial neurótico se derivan las acciones obsesivas, caracterizadas por adornar cualquier actividad con agregados, pausas o repeticiones. En L se percibe, además de una notoria escrupulosidad en la realización de tareas escolares, una clara angustia que deviene si la acción no es llevada a cabo de la manera completa, es decir, después de comprobarla al menos dos veces.

Otra acción obsesiva descrita por el paciente es el orden en que se lava las manos, así como lo importante de la acción en relación con la limpieza. En esta acción, destacan las repeticiones, el orden y la necesidad de quedar convencido de que las manos y uñas están limpias.

Esta acción obsesiva es reconducida hasta su origen inconsciente en el que, siguiendo a Freud, se observa que mediante la represión, deviene una escrupulosidad dirigida a la meta de la pulsión, misma que se trata de una formación reactiva amenazada por la tentación. En el caso de L, se observa un importante rechazo a la suciedad que, al ser tratado como una formación reactiva, hace

evidente el interés y el gusto de L por lo sucio, lo perturbador, lo que no debe pertenecer al cuerpo, más específicamente, por las heces fecales. Su conducta e interés por la limpieza funcionan como una forma de asegurarse contra la exteriorización de fantasías y deseos asociados.

Otra característica del erotismo anal es la asociación entre la defecación y el interés por el dinero. Se tiene noticia de varias ocasiones en que L se refiere al dinero:

“... el dinero me da cosa... no es asco, sólo me da pena comprar algo o pedir algo... no sé porque pase eso...”.

“... yo no compro cosas, no uso dinero. No me gusta porque el dinero es para adultos, para gente que es independiente... yo no quiero ser independiente, lo seré hasta la universidad”.

En L es evidente una negativa a manejar dinero, aparentemente debido a que se trata de un tema que le interesa poco y al que se resiste por estar asociado con la madurez, punto que es repetido por L en diversas ocasiones; no obstante, se trata de una formación reactiva contra el gran interés por los desechos fecales, la zona anal erotizada y la masturbación anal ejercida en privado. Tal mecanismo es puesto en juego por L con el objetivo de mantener alejada la pulsión sexual anal que de continuo amenaza con salir a la luz, situación que pondría en peligro el amor de sus objetos. También resulta interesante pensar en la asociación que L hace entre dinero y madurez, principalmente si a esta última se le imputa una sexualidad activa y manifiesta.

Retomando las afirmaciones de L sobre su negativa a “crecer”, expresada en el rechazo al manejo del dinero, así como en la crítica de adolescentes independientes:

“... conozco varios adolescentes que tienen una actitud rebelde y quieren ser independientes... yo no quiero, no sé porqué ellos sí... yo no sigo las modas de la televisión, yo prefiero ser dependiente de mis papás hasta que entre a la universidad, antes no, no sé para qué...”

“... yo no quiero ser un adolescente, quiero que me dejen vivir mi infancia y preferiría pasar de ser niño a adulto... no quiero pasar por esa etapa.”

Para L, ser un adolescente representa una tarea desagradable que implica ser rebelde e independiente. Por otro lado, se observa una clara negativa a cuestionar a sus padres. Para un niño pequeño, las figuras parentales representan la única autoridad y la fuente de toda creencia, en L se observa un rechazo a separarse de éstas, aunque valdría la pena cuestionar si se trata de rechazo o temor, debido a las consecuencias que traería un desasimiento de la madre devoradora, quien tampoco promueve el crecimiento ni la separación de su hijo, sino que por el contrario, de algún modo ha sostenido el temor a la pérdida de objeto en L, lo que puede estar relacionado con su miedo a la oscuridad.

Siguiendo con los aportes teóricos iniciales del psicoanálisis, es notorio que L presenta dos fobias; por un lado a la oscuridad:

L entra al consultorio y al percibir la poca iluminación de éste, reacciona de manera ansiosa, busca de inmediato el interruptor mientras pregunta de dónde se enciende la luz y comenta que no le agradan los lugares poco iluminados; la terapeuta enciende la luz, L se muestra más tranquilo. Más tarde retoma el tema de la oscuridad diciendo que prefiere los lugares bien iluminados porque la luz le permite percibir más colores que con poca luz.

Por otro, a los insectos:

... L entra al consultorio y tras encender la luz y sentarse, nota que en el centro del consultorio vuela en círculos un mosquito, L no le quita la mirada de encima mientras intenta concentrarse en su discurso. El mosquito se acerca a L, quien trata de ahuyentarlo con movimientos agitados de sus manos, al no lograrlo, se muestra claramente ansioso, se levanta del sillón de un salto y mientras se dirige con prisa hacia la puerta, pide a la terapeuta cambiar de sillón o salir del consultorio.

En ambos casos se observa un alto monto de ansiedad en L quien incluso logra hablar sobre la incomodidad que le causan ambas situaciones. Mediante asociaciones, se trabajó por esclarecer el nexos inconsciente con la representación temida y a pesar de que L solía racionalizar más que asociar, el análisis de los objetos temidos apunta a un miedo al abandono materno y a la sexualidad.

En cuanto al miedo a la oscuridad, se observó de manera retardada la relación de esta fobia con el tema de la sexualidad, negado y evitado por L. En el caso concreto de la poca luz del consultorio, pudo observarse, de manera transferencial, una franca ansiedad relacionada con el hecho de permanecer en un lugar con poca luz, a oscuras, con una mujer. Ello moviliza sus fantasías relacionadas con la consumación de una relación sexual incestuosa con la terapeuta, quien transferencialmente podría estar representando a la madre erotizada. Otra posibilidad es que la negativa a permanecer en el consultorio poco iluminado movilice el temor a perder de vista a la madre infantil, de perderla en medio de la oscuridad.

En el caso de los insectos, L habla reiteradamente de lo “desagradables” que le parecen, pero no es sino hasta la última sesión en que centra su temor en dos tipos de insectos, los arácnidos y los alacranes; explicando que lo más desagradable del documental del que parten sus comunicaciones, está relacionado con el hecho de que los primeros (arácnidos) se comen a la madre; mientras que los alacranes hembra, devoran a los machos después de la copulación, lo que pone al descubierto un claro temor de castración.

En estas asociaciones resultan claras las fantasías orales en las que resaltan algunos puntos: la relación sexual es percibida como amenazante, principalmente si ésta se consume con la madre (incesto), situación que sería pagada con la vida misma, es decir, se observa una fantasía de aniquilamiento ante la posibilidad de poseer sexualmente a la madre. Por otro lado, también se observan fantasías destructivas hacia ésta, así como un franco deseo de eliminarla, al mismo tiempo que de incorporar al objeto.

Es importante resaltar que estas asociaciones se presentaron al final del tratamiento, una vez que la madre de L, comunica a la terapeuta que L ha estado viendo pornografía, lo cual permite establecer la hipótesis de que L se siente atrapado entre dos opciones. Por un lado, la demanda de una sexualidad apabullante, a la que no puede replegar más, que por medio de sus síntomas, no obstante, sigue tocando a la puerta y amenaza de continuo con manifestarse. Al asumirse L como sujeto sexualmente maduro, las fantasías incestuosas parecen más cercanas y el temor

radica en sentirse capaz de consumarlas, lo que cobra mayor fuerza al no existir una clara prohibición paterna que realice un corte definitivo entre madre e hijo para impedir la consumación del incesto. Ello es descrito por Freud, al introducir el complejo de Edipo, línea conductora del caso Hans, cuyas lecturas posteriores dejan ver que el pequeño manifestaba una sintomatología neurótica al percibir a su padre como figura débil, al no promover un corte definitivo entre Hans y su madre. En el caso de L, el padre existe, sin embargo, no parece poseer la suficiente fuerza para realizar el corte entre el paciente y su madre.

Ante tal opción, desestructurante en extremo, L opta por una serie de intentos de “enamoramamiento” que por sus características, se manifiestan como un amor infantil, ligado a la madre como único objeto libidinal. Este estado de cosas, hace retornar la hipótesis a la primera, en la que el acto sexual incestuoso representa la única posibilidad para el ejercicio de su sexualidad pero que, por otro lado, posee un precio demasiado alto: la aniquilación completa de sí mismo.

Aunado a ello, se observa también que ante el mínimo intento por libidinizar un objeto que no sea la madre, deviene una reacción prohibitiva y culpabilizadora por parte de ésta, manifiesta en la prohibición materna de tener novia, debido a que “debe centrar su atención en los estudios” y a que “aún es muy pequeño”.

L: “... cenamos con mis tíos, mi primo y su novia... ella no es mexicana y no habla español pero me pude comunicar con ella en inglés... fue muy agradable porque así pude practicarlo ya que no lo hablo con nadie... yo creo que mi primo y ella se van a casar porque no está bien que viajen juntos sin estar casados... ella es... b... agradable...”

Terapeuta: “Ibas a decir bonita”

L: (riéndose apenado) “Sí, es bonita pero no está bien... ella es mucho más grande que yo, ella tiene 28 años, yo debo fijarme en niñas de mi edad ¡pero no ahora claro! hasta que sea más grande, mi mamá me lo ha dicho”.

En el caso de la atracción hacia una mujer mayor también se observa la prohibición moral de lo inadecuado que sería estar enamorado de una mujer de 28 años, situación que abre de nuevo la posibilidad de pensar las relaciones libidinales de L con figuras sustitutivas de la madre y por ende, incestuosas.

Al respecto, aparece la pornografía, situación denunciada por la madre y que lamentablemente no pudo analizarse debido al repentino fin del tratamiento, no obstante, la presencia de mujeres adultas colocadas en una situación sexual, por demás evidente, apunta nuevamente a las fantasías incestuosas y al intento por libidinizar objetos “más seguros” en tanto son imposibles de acceder, lo que podría mantenerlo a salvo de la madre que se muestra amenazante en cuanto L mira a otras mujeres.

Otra lectura de este hecho recae en la consideración de que probablemente no era la primera vez que L veía pornografía, es decir, no podría ser atribuida tal conducta al tratamiento, sin embargo, lo que sí se deriva de éste, es que se trata de la primera vez que lo hace evidente ante los ojos de la madre, es decir, L se muestra como un sujeto deseante y con interés por lo sexual, descolocándose del lugar de niño puro en el que la madre lo ha colocado aún desde antes de su nacimiento, ya con la sola elección de su nombre propio, cuyos significados más comunes son “A Dios” “Pertenece a Dios” “Ofrendado a Dios”, y cómo debe ser una ofrenda a Dios, evidentemente pura, casta y sin mancha. Este movimiento posibilita un corte y una separación de la madre, corte que el padre no ha sido capaz de efectuar pero al que el tratamiento comenzaba a apuntar. No es sorprendente entonces, una interrupción repentina del tratamiento.

Considerando ciertas características de la madre de L en tanto fálica y atendiendo a la influencia genética que una neurosis en los padres pudiera tener relación con la manifestación neurótica en el hijo, resulta relevante tomar en cuenta que en las mujeres neuróticas se observa a menudo un deseo infantil de poseer un pene y posteriormente parir un hijo como sustituto.

La madre de L en tanto madre fálica es completada por L como falo y posiblemente no sólo como hijo-falo, sino falo en tanto pene masculino. Ella se refiere a su esposo como “un hijo más” y dice sentirse “desatendida” por él; situación que puede estar colocando a L como su pareja sexual y que, aún de manera inconsciente, L percibe, por lo que ante la posibilidad real de la consumación de las fantasías incestuosas, él opta por identificarse con el padre ocupando una posición pasiva, sometida a la

madre, manteniéndose como niño pequeño, ajeno al tema de la sexualidad y sin caracteres sexuales que posibiliten un coito real con la madre quien además es percibida como devoradora, después de la relación sexual. Al mismo tiempo, L se siente rebasado por la demanda libidinal, de manera que, de tal conflicto y como formaciones de compromiso entre ambas fuerzas, se despliegan los síntomas descritos.

La dirección del tratamiento comenzaba a dibujar para L la posibilidad de llevar a cabo un corte y tomar distancia de la madre, sin embargo, y como es frecuente en el trabajo con adolescentes, los padres optan por interrumpir el proceso, dejando a L atrapado en la eterna pregunta del obsesivo ¿ser o no ser?

6. Conclusiones

A partir del material analizado y a pesar de la abrupta interrupción del tratamiento de L, es claro que la sintomatología del paciente apunta a una estructura neurótica que deja al descubierto una fijación de la libido en un estadio anal cuyas exteriorizaciones han sido descritas y analizadas en el presente trabajo.

Aún cuando el tratamiento no fue concluido, se observa la evolución en la sintomatología del paciente, así como los movimientos que éste realizó, partiendo de una posición inicialmente pasiva, dependiente y por demás infantil, para reubicarse como un sujeto con discurso, acciones y deseo propios; hecho que pareció impactar de manera importante a los padres, quienes decidieron finalizar el tratamiento en una etapa apenas inicial de éste.

Sin embargo, el trecho recorrido y los movimientos logrados como consecuencia del tratamiento, no dejan de tener sus efectos, inmediatos o no, en el paciente descrito.

En cuanto a la terapeuta, es preciso señalar que el abordaje de este caso fue realizado de manera cautelosa y para algunos pasiva, no obstante, la apuesta fue ir siempre un paso detrás del paciente, realizando puntuaciones, silencios y preguntas, entre otras intervenciones, cuyos efectos no eran visibles sino a posteriori. El material de análisis e intervención fue el propio discurso del paciente, descolocando al sujeto de una etapa del desarrollo y de una edad cronológica que, si bien es importante y no deja de tener efectos, no resulta el aspecto central de esta propuesta de tratamiento, en contraste con el decir del sujeto, decir en acto, decir en sueños, decir en lapsus, simplemente el decir de L.

Referencias bibliográficas

Aberasturi, A. y Knobel, M. 1989. La adolescencia normal. Buenos Aires: Paidós

Freud, A. 1974. El Yo y los mecanismos de defensa. Barcelona: Paidós.

Freud, S. 1893. Sobre la psicoterapia de la histeria en Estudios sobre la histeria, en Obras completas, Tomo II. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1894. Las neuropsicosis de defensa, en Obras completas, Tomo II. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1895 (1894). Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología, en Obras completas, Tomo II. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1896. La herencia y la etiología de las neurosis, en Obras completas, Tomo III. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1896. Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa, en Obras completas, Tomo III. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1898. La sexualidad en la etiología de las neurosis, en Obras completas, Tomo III. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1905. Tres ensayos sobre una teoría sexual, en Obras completas, Tomo VII. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1907. Acciones obsesivas y prácticas religiosas, en Obras completas, Tomo IX. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1908. Carácter y erotismo anal, en Obras completas, Tomo IX. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1909 (1908). La novela familiar de los neuróticos, en Obras completas, Tomo IX. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1912. Sobre los tipos de contracción de neurosis, en Obras completas, Tomo XII. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1913. La predisposición a la neurosis obsesiva, contribución al problema de la elección de neurosis, en Obras completas, Tomo XII. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. 1917. Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal, en Obras completas, Tomo XVII. Argentina: Amorrortu.

Salomé, L. A. (1916). Citada en Tres ensayos sobre una Teoría Sexual, en Obras completas, Tomo VII. Argentina: Amorrortu.