



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

UNA TRISTEZA MORTÍFERA

AUTOR:

SOJOS MENENDEZ JOSÉ FRANCISCO

**Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

PSIC. CL. MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE

Guayaquil, Ecuador

10 DE MARZO, 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **SOJOS MENENDEZ JOSÉ FRANCISCO**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**.

TUTORA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Galarza Colamarco, Alexandra Patricia, Mgs

Guayaquil, 10 de MARZO del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **SOJOS MENENDEZ JOSÉ FRANCISCO**

DECLARO QUE:

El **componente práctico del examen complejo, Una tristeza mortífera** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 10 de MARZO del año 2021

EL AUTOR

f.

SOJOS MENENDEZ JOSÉ FRANCISCO



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **SOJOS MENENDEZ JOSÉ FRANCISCO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución el **componente práctico del examen complejo Una tristeza mortífera**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 10 de MARZO del año 2021

EL AUTOR:

f. _____

SOJOS MENENDEZ JOSÉ FRANCISCO

INFORME URKUND

Inicio - URKUND		D96302546
URKUND		
Documento	Una tristeza mortífera.doc (D96302546)	
Presentado	2021-02-22 23:45 (-05:00)	
Presentado por	Mariana de Lourdes Estacio Campoverde (mariana.estacio@cu.ucsg.edu.ec)	
Recibido	mariana.estacio.ucsg@analysis.orkund.com	
	0% de estas 11 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.	

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA:

TÍTULO: Una tristeza mortífera

ESTUDIANTE: José Francisco, Sojos Menendez

Fecha: 23 de febrero del año 2021

ELABORADO POR:



Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes

Docente tutora



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. ALEXANDRA PATRICIA GALARZA COLAMARCO, MGS.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. FRANCISCO MARTINEZ, MGS.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ROSA IRENE GÓMEZ, MGS

DOCENTE REVISOR

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	3
NIVEL DESCRIPTIVO	3
Presentación del caso:.....	3
Motivo de consulta:	3
Demanda:	3
Historia del síntoma:	4
NIVEL DINÁMICO	5
Síntoma:	6
Fantasma:	7
Goce:	8
NIVEL ESTRUCTURAL.....	10
Problemas que el caso le plantea a la teoría:.....	11
Aspectos conceptuales significativos o sobresalientes del caso:	12
CONCLUSIONES	13
Bibliografía	14
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	15

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo esclarecer por medio de un caso clínico la estructura neurótica obsesiva, con lo cual se pondrá en evidencia el uso de conceptos y teorización psicoanalítica. El caso da cuenta de los pensamientos obsesivos, el fantasma del sujeto en dicha estructura, sus síntomas particulares que lo llevan a las puertas de análisis, la manera en la que aparece el goce en el sujeto, y la articulación con este cuadro depresivo que lo atañe e imposibilita a hacer lazo social con los demás. El sujeto aparece fenomenológicamente deprimido, con una tristeza incontrolable, y con la preocupación constante de estar haciendo las cosas bien o mal. Esto lo consume mentalmente, siéndole extraño, ya que siempre sea considerado un buen hijo, padre, y amigo. La preocupación de los demás por dicho estado depresivo y ciertas actitudes agresivas, lo invitan a buscar ayuda y a encontrarse con más cosas en la vertiente de su historia.

Palabras claves: fantasma, goce, síntoma, neurosis obsesiva, pensamientos obsesivos, demanda.

ABSTRACT

The present work aims to clarify the obsessive neurotic structure by means of a clinical case, with which the use of psychoanalytic concepts and theorizing will become evident. The case accounts for the obsessive thoughts, the ghost of the subject in said structure, his particular symptoms that lead him to the doors of analysis, the way in which jouissance appears in the subject, and the articulation with this depressive picture that it concerns and makes it impossible to make a social bond with others. The subject appears phenomenologically depressed, with an uncontrollable sadness, and with the constant concern of doing things right or wrong. This consumes him mentally, being strange to him, since he is always considered a good son, father, and friend. The concern of others for said depressive state and certain aggressive attitudes invite him to seek help and to find more things in the aspect of his story.

Keywords: phantom, enjoyment, symptom, obsessive neurosis, obsessive thoughts, demand.

INTRODUCCIÓN

Se presenta a continuación el caso clínico trabajado desde la óptica psicoanalítica. El paciente, un hombre de edad avanzada, llega a análisis porque sus síntomas se hacen insostenibles para su vida cotidiana. Los síntomas del sujeto se muestran de una manera edosintónica, dejándolo imposibilitado de poder lidiar con los mismos, y realizar cualquier actividad social. El título del caso se presenta como *Una tristeza mortífera*, tomando así el síntoma del sujeto, es decir, la tristeza. Y, articulándolo con lo que atañe al goce en el que se encuentra sumergido y del cual no puede salir, desde lo mortífero. Este último, ha dejado en silencio y vacío al paciente, ya que no ha sabido salir de este sufrir a partir de la palabra.

Él pasa su vida acompañado por un silencio respecto a las muertes familiares, de las cuales no se habían hablado, haciendo que viva dentro de este dolor como si no existiera, pero que haría su aparición en algún punto. Siendo en su infancia un hijo bueno, y siendo siempre correcto con los demás, era inadmisibles que se mostrara en necesidad de hablar sobre su sufrimiento, o teniendo acciones impropias de él, y de la manera en la que se lo conoce por los demás. Es así como se relata el caso, desde una historicidad sumergida en silencios que hace del sujeto alguien atrapado por lo mortífero.

DESARROLLO

NIVEL DESCRIPTIVO

Presentación del caso:

Christopher era el hijo menor de una familia que estaba conformada por sus padres y dos hermanos mayores. De los tres hermanos, Christopher mantenía una relación más íntima o de más apego con los padres, siempre sosteniendo el semblante del niño modelo. En el transcurso de su vida, desde la infancia hasta la adultez tuvo pérdidas significativas de los miembros de su familia; la abuela materna, el padre, y posteriormente la madre

Motivo de consulta:

Christopher llega a análisis a la edad de 50 años, sintiendo que se desconoce y que no encuentra sentido a muchos de sus actos. El primer acto que él considera “aterrador” sucede con un empleado de la construcción a la que él asistía, con el cual se molesta, llegando a tener un ataque de ira incontrolable. Después de aquello, vivió otros ataques de ira frente a los cuales él sentía desconocerse. Se había distanciado de su esposa, de sus amigos y de sus hijos. Christopher salía muy poco de su casa, no encontraba motivación. Todo esto hizo que quisiera ir a análisis, ya que sentía una incomodidad por sus actos violentos, y aquella tristeza profunda que lo atormentaba.

Demanda:

Frente a esta falta de sentido, Christopher acude a análisis, con escepticismo e intentando racionalizarlo todo, pero a pesar de esto, saltaba en su historia, un silencio muy marcado frente a la muerte, tanto de su abuela materna, como la de sus dos padres. De aquellas muertes, él y los demás, no decían nada, eran simplemente sucesos que se dejaban en el vacío. Sus actos daban a notar de manera sobresaltada la profunda tristeza la cual no había elaborado, y que simplemente se habían remitido a

silencios. Por lo cual, su demanda estaba dirigida a poder nombrar mediante la palabra, esta cortina de muerte que lo albergaba, y que lo sumergía en una profunda miseria.

Historia del síntoma:

A manera de síntoma, se toma lo que le causa mayor malestar al paciente, lo cual lo empuja a un pedido de análisis. Los actos violentos, su tristeza profunda, su deterioro social, y demás aspectos fenomenológicos, se los nombra como un cuadro depresivo, sin que con este término hagamos referencia a lo médico-psiquiátrico. Aclarado este aspecto, se determina que el síntoma es latente en el motivo de consulta, ubicando que, en el primer acto violento, Christopher se desconoce a sí mismo.

Como ya se mencionó, Christopher se encontraba lleno de extrañeza respecto a un evento que él consideraba “aterrador”, ya que era algo que no le pertenecía a sí mismo. Su esposa se encontraba remodelando su floristería, y él era quien le estaba haciendo la remodelación. Un día Christopher se da cuenta de una equivocación por parte del maestro de obra, quien había construido una pared divisoria donde no correspondía. Este suceso lo lleno de ira, tomó un mazo y destruyó dicha pared de manera abrupta.

Se menciona dentro del caso dos eventos sociales más, en los cuales también reaccionó de forma violenta, particularmente en una discusión con amigos. Es esto lo que lo lleva pedir ayuda profesional, y acude así a análisis. Se menciona que paulatinamente, él había perdido comunicación con su esposa, con sus hijos y con sus amigos. Ellos sentían preocupación y extrañezas sobre su silencio e inactividad, ya que no eran propios de él. A esto, se le debe añadir la desmotivación que sentía hacia leer, y la falta de comunicación que tenía hacia los demás, ya que según él; “sentía la mente vacía cuando la gente le hablaba”.

Generalmente salía con poca frecuencia de su casa, usualmente por obligación. Lo que hacía constantemente, era sentarse en la silla que era de su difunta madre y adormecerse en ella. Este último aspecto, es considerado un indicador importante para

el caso y para entender el síntoma. Este cuadro depresivo, era mucho más notorio ya que Christopher físicamente aparentaba mucha más edad, caminando encorvado, de manera lenta, lo que evocaba una apariencia de ancianidad. Cabe recalcar que, durante los primeros años de análisis, el paciente se encontraba muy abatido mientras hablaba, teniendo frecuentes quiebres en su tono de voz.

Entendiendo la manera en la que aparece el síntoma, es necesario tener en cuenta la historicidad del paciente, ya que permite dar mayor sentido al cuadro en el que él aparece. Christopher menciona la muerte de su abuelo materno, como un suceso que ocurrió cuando su madre era joven, lo que hizo que ella se hiciera responsable de su familia. También trae a colación la muerte de su abuela, con quien era muy cercano y a quien visitaba frecuentemente junto a sus padres. Cuando Christopher tenía 21 años, su padre murió de repente. Con lo cual la madre entró en depresión, siendo Christopher quien se hiciera cargo de su madre hasta el día de su muerte.

Esta última muerte fue para él un alivio, ya que consideraba que su madre sufría mucho a causa de su enfermedad. Tanto el padre, como la madre no quisieron hacer cara a los acontecimientos dolorosos de la familia. Todas estas muertes fueron vividas en silencio, sin hablar sobre el dolor que los embargaba, evitando el recuerdo de estas personas. Como menciona Christopher recordaba a él y a su madre, juntos, encerrados “metidos, cada uno, en el silencio del otro”.

NIVEL DINÁMICO

Para poder hablar de la subjetividad, previamente se debe tener en cuenta la forma en la que se estructura la misma, y el dinamismo que hace que el despliegue del fantasma sea de una forma tan particular. Es así, como podemos poner en la mesa la relación que el sujeto tiene con el Otro, su goce, su síntoma, y su fantasma, siendo puntos sumamente importantes a leer en el paciente.

Claramente se puede identificar la manera en la que aparece el síntoma; una manera muy intrusiva, que incluso hace que sienta que es algo ajeno a él. Como explica Freud, se trataría de pensamientos rebeldes que hacen sufrir al sujeto:

Un pensamiento rebelde [...] una muy específica densidad y consistencia de las ideas, de tal manera que hay elementos del pensamiento que hacen intrusión, contra los cuales el sujeto siente que debe luchar, o bien esforzarse por producirlos para experimentar obstáculos o inhibiciones en la producción de esos pensamientos que serían necesarios. (Miller J.-A. , 2018, p. 194)

Pensamientos fuera de sí, que Christopher no entiende, y no logra controlar. Por otra parte, es importante destacar la presencia que tiene el Otro para Christopher, y también su relación particular. El paciente ha sido durante toda su vida, un excelente hijo, alguien bueno y notablemente calmado, haciendo de las dificultades de sus padres, las cargas que él tenía que llevar. Es así, que constantemente tiene una serie de acciones aparentemente riesgosas que está dispuesto a hacer para satisfacer al Otro.

Síntoma:

El síntoma del paciente se presenta como una tristeza tortuosa, que no le permite salir, enfrentarse al día a día en su trabajo, que lo ha reducido a estar abatido en su casa, sin relacionarse con sus amigos y familia. “El síntoma solo está constituido cuando el sujeto se percata de él. [...] Es necesario que alguna cosa se destaque en el sujeto, que le sugiere que eso tiene una causa” (Gorog, Miller, & Susini, 1994, p. 146). En el caso, Christopher siente malestar por las situaciones donde no ha podido controlar su temperamento, oscilando entre la ira y la hostilidad, o la tristeza y el abatimiento. Esto lo ha arrojado a desconocerse a sí mismo, es ahí, donde se percata que necesita ayuda, además de la preocupación de las personas que le rodean.

Dentro de lo sintomático que le adviene al sujeto como algo extraño, por fuera de él, se presenta la culpa de su situación actual: *No tenía ninguna tolerancia a su estado, se reprochaba y podía ver cómo una parte de él era cruel e intolerante con su parte deprimida y silenciosa. Sentía igualmente que se había convertido en un mal marido, en un mal padre, en un mal trabajador y hasta en un mal amigo, porque no podía cumplir con las demandas de buen desempeño que había internalizado.* “El síntoma se estructura a partir de un encuentro, verdadero desencuentro traumático

donde lo real va a imponer al sujeto la verdad sobre el deseo que lo ocupa” (Clastres, Cottet, & Leger, 1994, pp. 173-174).

El síntoma depresivo responde a una verdad del sujeto, con la cual se ve confrontado y que le parece insostenible; esta parte violenta que él desconoce de sí mismo. El fantasma sádico en el sujeto se hace presente, lo convoca y la defensa falla, explota en ira sin razón aparente, en un episodio del cual siente culpa. Posteriormente se hace presente el síntoma; él se deja caer en una profunda tristeza. El síntoma le brinda al sujeto una suerte de calma ante aquello que le parece insoportable de sí, y al mismo tiempo comunica algo que está interfiriendo a nivel inconsciente.

El sujeto se anula desde su síntoma, pierde toda relación con los otros, se sumerge en una tristeza ingobernable que tiene relación directa con la tristeza de la cual no se dijo nada frente a la muerte del padre. A pesar de tener a la mano la anulación de sus sentimientos frente a la muerte, viene hacia él la repetición sintomática de su tristeza, es algo que no puede evitar, que aparece y se le impone. Dicha anulación hace emerger su angustia, ya que pone evidencia al objeto del cual está imposibilitado. “El síntoma, en la obsesión, es el retorno de la verdad contra el ideal” (Clastres, Cottet, & Leger, 1994, p. 175).

Fantasma:

“El fantasma tiene una función de consolación, como producción imaginaria que el sujeto dispone” (Miller J.-A. , 1989, p. 18). El fantasma entra como una suerte de consolación frente al surgimiento de lo traumático de la angustia de castración en la etapa infantil, es allí donde sostiene al sujeto y su deseo. Como se menciona en la cita, es a partir de una producción imaginaria que el sujeto se hace un lugar en el mundo, y que recubre a lo real.

Desde este aspecto imaginario, el sujeto se articula y crea una fortaleza narcisista en donde se protege por medio de un Yo extraordinariamente fuerte, anclado en relación a un Ideal del Yo que le permite ser el falo. Se hace hincapié en lo dicho en el caso, donde el sujeto se ubicaba desde muy pequeño como “el niño toda bondad,

toda generosidad, toda amabilidad, toda cordura, toda sumisión. Siempre fue el buen hijo de la familia, el niño apegado a sus padres". "Como la castración se teoriza con la noción freudiana de falo, la posición obsesiva es analizada por Lacan con la expresión "ser el falo" (Idart, 1994, p. 169).

Esta expresión da cuenta de la posición en la que se encuentra el obsesivo; al ser el falo imaginario del Otro, articulándolo así desde su propio narcisismo. En el obsesivo, se trata de un Yo generalizado, y de un falo omnipotente. La inclusión de esa dimensión lógica que es el "todo" en lo imaginario" (Idart, 1994, pp. 169-170). Como explica el caso, el sujeto tiene una relación muy fuerte con el sentimiento de omnipotencia y así mismo la idea de obligación de cumplir una omnidemanda del Otro. Si no se hacía lo previsto, se sentía muy rebajado. Esto quedó muy claro cuando en una reunión en la oficina no pudo decir nada, porque hablaban de un tema que no le competía a la sección donde él trabajaba y tuvo la sensación de omnidemanda y necesidad de responder omnipotentemente a ella y, al no poder hacerlo, se sintió muy incompetente. Es así, que su fantasma, desde lo imaginario del cumplir en "todo" hace que pueda responder al mundo, y al Otro, y sino es así, se siente incompetente, rebajado.

El paciente tenía una relación violenta con el hermano mayor en su infancia y adolescencia, "se evidenció cómo su hermano fue el receptor de toda su maldad, egoísmo, agresión y desesperación y que esto le permitió convertirse en el niño toda bondad". Es este apartado narrativo del caso, el que da cuenta del fantasma sádico del sujeto, el que toma lugar en la vida adulta, teniendo estos arranques de agresividad y violencia con el otro, que no puede controlar. Actos en los cuales la defensa no opera de la manera adecuada. El fantasma que lo acompaña durante toda su vida, este lugar de bondad, encubre su verdad, donde la violencia y la agresividad de sus actos se disponen a encararlo.

Goce:

El sujeto se presenta como alguien que constantemente se criticaba a sí mismo, observando cada falencia que él podía tener. Sentía que no podía quedarse callado en las sesiones, porque entonces no era un buen paciente, insistía en cumplir las normas

a cabalidad. Se mantenía preocupado por el tiempo en análisis, preocupado por su futuro, obviando el presente y su vivencia actual. Era un hombre muy racionalista y escéptico, rechazando las referencias psíquicas que se le podían dar. Todas estas formas en las que se muestra el paciente frente al Otro, dan cuenta de la persistencia del sujeto de querer darle un sentido a su ser.

A pesar de mostrarse como un hombre bueno durante toda su vida, desconocía el por qué algunas veces tenía actos en extremo agresivos, donde se sentía cruel e intolerable. Algo que no le pertenecía, desde su infancia se había convertido en el niño toda bondad, toda generosidad, toda amabilidad, toda cordura y toda sumisión. Se había transformado en un niño pseudo-maduro. Y en su vida adulta, era un hombre ejemplar, digno de admiración, pero que desde la muerte de su madre había aparecido algo en él que lo mortificaba, una agresividad que no era propia de él.

El significante que rodea a este hombre es el ser un todo para los demás; un todo desde las buenas acciones. Y es esta significación, la que le causa conflicto al sujeto, ya que sus actos actuales no representarían a su ser: toda bondad. Trata por todos los medios de conservar aquel semblante de omnipotencia, ya que su Yo solo quiere responder a ser este todo. Pero en su malestar se repite constantemente el caer en un dolor desconocido que le impide articularse como un todo. Además, sus actos violentos, impropios del sujeto consciente, que se repiten en varias ocasiones, no se armonizan con este ser todo bueno y sumiso. Entonces, se podría pensar que el goce aparece se ubica en los actos repetitivos en los cuales él se desconoce por el trasfondo violento y agresivo.

“Es la hipermoralidad y la lucha contra las tendencias perversas lo que caracteriza a la neurosis obsesiva. [...] Es por eso que las obsesiones por sí mismas no caracterizan a la neurosis obsesiva: se necesita el conflicto moral” (Cottet, 2013, p. 22). Es por esto, que los actos de agresión llegan a la vida del sujeto como algo meramente conflictivo, ya que según su moralidad no debería actuar de esta manera, que le incomoda, y contra la cual lucha, hasta encerrarse en sí mismo, anulando aquello que le atañe, que surge desde la crueldad de sus actos.

NIVEL ESTRUCTURAL

Para poder analizar la estructura del sujeto, debemos ubicarla desde el primer momento de su llegada al análisis. Christopher se presenta como un hombre mayor muy angustiado y presa de una gran tristeza. Llega angustiado porque no sabe qué ocurre consigo mismo, se desconoce frente a los últimos sucesos que han conformado su vida. “En la fenomenología de la obsesión la angustia es constante. Todos los síntomas tienen en común la ‘aparente dominancia de la angustia’” (Askman, 2012, p. 34).

Hay algo que angustia a este sujeto en su llegada a análisis, y esta angustia no merma, e incluso se hace más evidente con el pasar del tiempo. El paciente se mantiene lleno de tristeza, como si algo no dicho, no tramitado, lo envolviera y no lo dejara ubicarse en el plano de lo social. A pesar de esto, el sujeto se muestra resistente a trabajar en lo que le atañe, en aquellas muertes que no fueron habladas por los demás, y por sí mismo. Esto hace que cargue la muerte de los demás en su espalda. Posiblemente por esto se hace evidente en su cuerpo este caminar encorvado, despacio, muy envejecido, como si esperara dicha muerte. Se muestra como alguien en extremo cansado, pero escéptico del trabajo analítico, anulando los sucesos y las acciones que lo han acompañado y que han hecho ruido en su cuerpo.

Respecto a esta imagen mortificada del sujeto, la cual llevó a este trabajo a conservar el título *Una tristeza mortífera*, da cuenta de la relación del neurótico obsesivo con la muerte, siempre llevándola de la mano. “El obsesivo eleva la muerte, a rango de significante Amo en el Otro, y a partir de ahí a mortificar su propia vida” (Clastres, Cottet, & Leger, 1994, p. 194). Es así como el paciente llega a análisis porque ya no soporta este significante Amo que lo martiriza y lo lleva a enfermarse de sí mismo. La madre muere, y parece que él ha muerto con ella. Su abatimiento está inmerso en aquello que durante toda su vida ha anulado, las muertes de los demás. Una anulación característica del obsesivo.

Es importante establecer el predominio que tiene la anulación en la estructura obsesiva, en el análisis del sujeto se presenta constantemente -como ya se mencionó- la anulación de los duelos, del dolor, del malestar que representa las diferentes

pérdidas. Pero así mismo, es esta anulación la que deja al sujeto a las puertas del análisis, ya que se evidencia el juego entre repetición y anulación. “La estrategia obsesiva tiene la estructura repetitiva del par anulación-repetición que pone más bien al pequeño *a* en serie” (Cottet, 2013, p. 28).

Uno de los puntos que más enmarcan la estructura del paciente es la rumiación mental, o como Freud lo llamaba; manía de cavilar:

La manía de cavilar nace del afán de ofrecerse la contraprueba de que no se está loco, como la fobia hipocondríaca lo asevera: el vacilar y dudar, y quizá todavía más el repetir, de la *folie du doute* {manía de duda) surgen de la justificada duda en la certidumbre del propio decurso de pensamiento, pues se tiene conciencia de ser muy tenazmente perturbado por la representación compulsiva. (Freud, 1895, p. 98)

Como menciona Freud, este síntoma obsesivo tiene como función desviar hacia otros pensamientos las representaciones reprimidas para no enfrentarse a ellas. En el caso es evidente la compulsión del sujeto por pensar si lo que él hace, o dice es algo adecuado o es bien aceptado por los demás, con lo cual constantemente lo asaltaba la pregunta: “¿estaré haciendo o diciendo lo mejor?”. Esta pregunta, traducida en una duda que lo invadía y que producía que constantemente se estuviera evaluando y criticando, le impedía continuar con el análisis y con sus relaciones con los demás.

La rumiación mental, esa manía de cavilar que apuntaba a una eterna duda, le sirve al sujeto como una defensa frente al insoportable accionar de su goce, aquel suceso de carácter violento que escondía en él una agresividad nunca antes conocida. Esta manera en la que aparece el pensamiento sobre sí mismo, su constante autocrítica, aparece como una manera de anular el goce que emana desde su inconsciente.

Problemas que el caso le plantea a la teoría:

En el caso, existieron varios sueños que el paciente narraba en su análisis, que eran significativos para entender la lógica de la estructura del sujeto, y así mismo, su posición frente a lo sintomático que lo aqueja. “El sueño se lee fuera de cualquier significación, ordenándose a partir de la letra” (Baudini & Naparstek, 2019). Sin

embargo, dado a que actualmente no se conoce a profundidad sobre cómo darle forma e interpretación a los mismos, no se pudieron profundizar de manera interpretativa en el caso. Surgieron varias incógnitas respecto al sentido que podía tener los sueños del paciente, que no se pudieron responder.

Pero, como explica Miller siendo retomado por Baudini y Naparstek, es completamente legítimo decir: “No hay nada que hacer, no hay nada que esperar de contar los sueños ni de intentar darles un sentido”. La posición analizante está más allá de esa legitimidad. (Baudini & Naparstek, 2019). Los sueños permiten situar la cura, desde el lado del analista, permite ubicar un sentido, pero desde el lado teórico que nos corresponde, hacen falta elementos para entender y darle una interpretación correcta a dichos sueños. Sería necesario conocer las respuestas del paciente sobre las puntualizaciones que le hizo la analista respecto a sus sueños, lo que las diferentes asociaciones le evocan y cómo construye a partir de esto, para entender y teorizar sobre la riqueza de los mismos. Pero, dado que se desconoce esto en el material sobre el caso, no se pudo ahondar más.

Aspectos conceptuales significativos o sobresalientes del caso:

El caso nos brinda una imagen clara sobre la anulación retroactiva en el sujeto, la cual se hace evidente en múltiples ocasiones. Uno de los actos de anulación más sobresalientes en la historia del paciente, son las numerosas muertes que atraviesa en su vida, pero de las cuales no dice nada, como si no hubieran existido. Como explica Dor: “A través de este mecanismo, recusa pensamientos o actos e intenta hacer como si no hubieran acaecido. Encontramos aquí el afán constante de minimización, tan del gusto de los obsesivos” (Dor, 2006, p. 146). También es evidente la manera en la que anula ciertos sentimientos hostiles y violentos, hasta que no puede más, falla esta defensa y es allí donde llega a análisis. Es así como Lacan menciona la anulación respecto a la obsesión: “Su forma tan particular de tratar el significante, a saber, de ponerlo en duda, sacarle brillo, borrarlo, triturarlo, hacerlo migas” (Lacan, 1963, p. 74).

CONCLUSIONES

- La articulación del caso con la teoría permitió leer desde la clínica la forma en la que aparece la estructura en cada sujeto, desde la particularidad de la historia, y orientados por los conceptos estudiados a lo largo de la carrera.
- De acuerdo con estas consideraciones finales, el caso trabajado nos esclarece la forma en la que un sujeto sin importar su edad llega a análisis. El caso trabajado da cuenta del sufrir del paciente por lo no tramitado a lo largo de su vida, y es así, que nuevamente desde la óptica psicoanalítica se le brinda la importancia a la tramitación por medio de la palabra y el significante.
- Christopher, un hombre ejemplar, pero que en el fondo lo aquejaba algo más allá de lo que los demás y él mismo -conscientemente- podían saber. En el aspecto fenomenológico se tomaron en cuenta la historia del síntoma, y la manera en la que apareció la molestia sintomática del sujeto.
- En el nivel dinámico se trabajaron los aspectos teóricos fundamentales en la neurosis, desde el síntoma, el fantasma y el goce, todos ellos articulados al caso.
- Por otra parte, en el aspecto estructural, se tomó en cuenta el modo de defensa del sujeto, es decir, la anulación. Así mismo, fue un eje central en el caso la manera en la que la rumiación mental se hacía presente en la estructura obsesiva. Todo esto, fueron los engranajes para dar cuerda a este trabajo, articulándolo con el caso y la parte correspondiente de lo teórico.

Bibliografía

- Askman, G. (2012). Una obsesión femenina. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: UBACyT.
- Baudini, S., & Fabian Naparstek. (2019). El sueño. Su interpretación y su uso en la CURA lacaniana. *Soirée de rêve de la ECF*. Paris: Revista FAPOL Online.
- Clastres, G., Cottet, S., & Leger, C. (1994). Demanda, deseo y goce en la neurosis. Buenos Aires: Manantial.
- Cottet, S. (2013). A propósito de la neurosis obsesiva femenina. En *12 estudios freudianos* (págs. 15-32). Buenos Aires: Unsam.
- Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). Obras completas, Volumen III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gorog, J., Miller, G., & Susini, M. (1994). Buenos Aires: Manantial.
- Idart, J. (1994). Sobre el síntoma y el fantasma en el obsesivo. *Cuarto Encuentro Internacional del Campo Freudiano*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1963). *El Seminario. Libro 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (1989). *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J.-A. (2018). *Introducción a la clínica lacaniana*. Obtenido de Introducción a la clínica lacaniana: www.rbalibros.com

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sojos Menendez José Francisco**, con C.C: # **(0926894809)** autor/a del **componente práctico del examen complejo: Una tristeza mortífera** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **10 de marzo, 2021**



f. _____

Nombre: **Sojos Menendez José Francisco**

C.C: **0926894809**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	“Una tristeza mortífera”		
AUTOR(ES)	José Francisco Sojos Menéndez		
REVISOR/TUTOR	Psic. Cl. Mariana De Lourdes Estacio Campoverde		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Humanidad		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de marzo, 2021	No. DE PÁGINAS:	24 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Método clínico, Psicoanálisis, Psicología Clínica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Palabras claves: fantasma, goce, síntoma, neurosis obsesiva, pensamientos obsesivos, demanda.		
RESUMEN/ABSTRACT: El presente trabajo tiene como objetivo esclarecer por medio de un caso clínico la estructura neurótica obsesiva, con lo cual se pondrá en evidencia el uso de conceptos y teorización psicoanalítica. El caso da cuenta de los pensamientos obsesivos, el fantasma del sujeto en dicha estructura, sus síntomas particulares que lo llevan a las puertas de análisis, la manera en la que aparece el goce en el sujeto, y la articulación con este cuadro depresivo que lo atañe e imposibilita a hacer lazo social con los demás. El sujeto aparece fenomenológicamente deprimido, con una tristeza incontrolable, y con la preocupación constante de estar haciendo las cosas bien o mal. Esto lo consume mentalmente, siéndole extraño, ya que siempre considerado un buen hijo, padre, y amigo. La preocupación de los demás por dicho estado depresivo y ciertas actitudes agresivas, lo invitan a buscar ayuda y a encontrarse con más cosas en la vertiente de su historia.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-986178350	E-mail: josesojos24@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			