

Hacia una Clínica de la escucha: el caso clínico en psicoanálisis

Gustavo Eduardo López Cobo ✉ eduardoeliud@hotmail.com

Artículo de investigación presentado Especialista en Psicología Clínica con Orientación
Psicoanalítica

Asesor: Manuel Alejandro Moreno Camacho Magíster (MSc) en Sociología



Universidad de San Buenaventura Colombia
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica
Santiago de Cali, Colombia
2018

Citar/How to cite	(López, Moreno, 2018)
Referencia/Reference	López, G., Moreno, M. (2018). <i>Hacia una clínica de la escucha: el caso clínico en psicoanálisis. (Trabajo de grado Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica)</i> . Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Medellín.
Estilo/Style: APA 6th ed. (2010)	

Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, Cohorte IX.

Bibliotecas Universidad de San Buenaventura



Biblioteca Digital (Repositorio)
<http://bibliotecadigital.usb.edu.co>

- Biblioteca Fray Alberto Montealegre OFM - Bogotá.
- Biblioteca Fray Arturo Calle Restrepo OFM - Medellín, Bello, Armenia, Ibagué.
- Departamento de Biblioteca - Cali.
- Biblioteca Central Fray Antonio de Marchena – Cartagena.

Universidad de San Buenaventura Colombia

Universidad de San Buenaventura Colombia - <http://www.usb.edu.co/>

Bogotá - <http://www.usbbog.edu.co>

Medellín - <http://www.usbmed.edu.co>

Cali - <http://www.usbcali.edu.co>

Cartagena - <http://www.usbctg.edu.co>

Editorial Bonaventuriana - <http://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/>

Revistas - <http://revistas.usb.edu.co/>

Resumen

El estudio de caso en psicoanálisis, es una construcción, es un recorte sobre un punto, no se trata del caso original realizado descriptivamente en su totalidad, lo que significa que el investigador se debe despegar de las estructuras teóricas entendidas como construcción ya establecidas, puesto que si no es así, se dejará escapar eso que sorprende y que denuncia la falla en el Otro, es necesario no asumir un saber que opera a la manera de un prejuicio que perturbe la autenticidad de la escucha (Gallo H., 2012).

Por tanto el caso clínico es para explicitar sus fundamentos y no para definir un modelo por fuera de la práctica psicoanalítica, es decir, aquí no se puede separar el caso de la experiencia analítica y todo lo que ella implica; el caso se construye con el material producido por el sujeto, permitiendo dar cuenta de la posición del sujeto.

Es así como el presente caso clínico desde el psicoanálisis, permitió comprender que un caso en si testimonia, y lo hace en la incidencia lógica de un decir en el dispositivo de escucha, permitiendo emerger lo que de la singularidad, brota del inconsciente de sujeto.

Cualquier intervención clínica de orientación psicoanalítica, debe dar paso a las manifestaciones del inconsciente, ya que el análisis permite que cada sujeto se haga responsable de aquello con lo que goza, aquello que está relacionado con sus síntomas, sus actos fallidos, con aquello que no “anda”, que se repite, para que así pueda tratar de reinventar su lazo social.

Palabras clave: Caso clínico, Dispositivo de escucha, Psicoanálisis

Abstract

They study of case in psychoanalysis, is a construction, is a cutting about a point, it isn't about the original case descriptively realized in its totality, what means that the investigator must take off the theoretical structures understood like construction already stablished, thought it isn't like that it will let scape that what surprise and advice the mistake in the Other one, it is necessary don't take upon oneself a known that working at the way of a prejudice that upset the authenticity of listening (Gallo H., 2012).

Therefore the clinic case is to explain bases and not to define a model on the outside of psychoanalysis practice, that's to say, here it can't separate the case from the analytic experience and all about it implies, the case is made with the material given by the person, allowing to report about the deposition of the individual.

Is like that the present clinic case from psychoanalysis, allow to understand that a case by itself testifies, and is make it in the logical incidence about a saying in the listening device allowing to emerge that from singularity, to come out from the person unconscious. Any clinic intervention about psychoanalytic orientation, must give a step to manifestations from unconscious, as the analysis allows that each person be responsible of that with his enjoy, that is related with he enjoys, that is related with his symptoms, his failed acts, with that isn't "work", that is repeated, so that he can try reinvent his social tie.

Keywords: clinic case, listening device, psychoanalysis.

Introducción

[Señora Emmy de N]: De este modo me resulta tanto más extraño ver que cada dos minutos se interrumpe de repente, contrae su rostro en una expresión de horror y repugnancia, extiende una mano hacia mí con los dedos abiertos y crispados y exclama con voz cambiada y llena de espanto: «¡Estése quieto! ¡No me hable! ¡No me toque!» se halla, probablemente, bajo la impresión de una terrorífica alucinación periódica y rechaza con tales exclamaciones la intervención de toda persona extraña.

El anterior epígrafe, retoma un fragmento del discurso histérico de la Señora Emmy de N, plasmado en el escrito “*Estudios sobre la histeria*”, allí se describe el historial clínico de lo que refirió la paciente en la consulta de Freud y los síntomas que él mismo describe como: “*La encuentro con expresión malhumorada y contraída, envueltas las manos en un chal y quejándose de frío y dolores. A mis preguntas, responde que los dolores se los ha producido la incomodidad del baño en el que se ha bañado, demasiado corto.*” (Freud. S; 1895 p.24).

Lo importante del discurso anterior manifestado por la señora Emmy, es que el mismo Freud (1895), quien conoció a la paciente, realiza un escrito acerca de sus historiales, escrito que pone en relieve el discurso subjetivo sobre la organización neurótica que padece la paciente.

Freud (1903), sostenía la idea de que estimulado por una observación casual, podía no perder de vista las expresiones de fantasías, alteraciones psíquicas con confusión, prestando atención a algunas murmuraciones que provenían de unos nexos en los que se ocupaba el pensamiento; idea que era legible siempre y cuando se tuviera la llave maestra para descifrar lo que refieren los sujetos en su estado de ausencia. Un estado desconocido para el que no refiere estas vivencias, para una cultura que crea fronteras entre lo que el sujeto describe sobre lo que siente, y entre lo que le impone la cultura, para un modelo médico que aún es vigente.

Es así, como Freud (1903), se ocupa de lo que los sujetos manifiestan en sus discursos, y lo que aporta a su conocimiento ya no tiene nada que ver con la clínica médica de la época. En efecto, los médicos se sentían desprovistos de herramientas ante la singularidad de los fenómenos histéricos, es decir, había una frontera, un obstáculo para su comprensión, y por lo tanto, un punto final para esta práctica médica.

Lo anteriormente postulado sobre las nociones freudianas, respecto a lo que se observa en los estados de alteración psíquica, y lo que el modelo médico de la psiquiatría actual propone,

permite ubicarnos en una sociedad donde prevalece una clínica psiquiátrica que crea fronteras, entre lo que está ocurriendo en la vida psíquica del sujeto neurótico, sobre sus fragilidades y angustias, con un modelo orgánico, donde su propósito es diagnosticar y “corregir” el síntoma mediante los neurolépticos - acallando cada vez más, el discurso del sujeto.

Nos referimos al Departamento del Cauca, donde la ciudad de Popayán, es reconocida culturalmente como “ciudad universitaria”, en la formación de profesionales de las ciencias sociales y humanas y de - la Salud, en áreas como: medicina, fisioterapia, enfermería, entre otras. En el contexto académico, las ciencias de la salud, presentan una mirada a la salud mental desde un acompañamiento y dirección de la psiquiatría en enfermedades como: la esquizofrenia, depresiones, fobias, entre otras; razón por la cual, la intervención clínica es la amparada por el modelo médico de la psiquiatría, que despersonaliza al sujeto, y parte de una mirada anatomo – fisiológica sobre la que Michel Foucault (1966), en su escrito “El nacimiento de la clínica”, se refiere sobre el conocimiento teórico del saber de la medicina en su ejercicio práctico:

“El conocimiento de la enfermedad es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad, la mirada del médico no se dirige inicialmente a ese cuerpo en concreto, a ese conjunto visible, a esta plenitud positiva que está frente a él, el enfermo; sino a intervalos de naturaleza, a lagunas y a distancias donde aparecen como un negativo los signos que diferencian una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda, la maligna de la benigna, reja que oculta al enfermo real”. (p.24)

Las reflexiones de Foucault (1966), permiten entender la enfermedad mental, desde una perspectiva donde se favorezca la participación subjetiva de cada sujeto respecto a lo que en su discurso refiere sobre sí mismo, sobre sus fragilidades que son las que conducen a la hospitalización en la unidad mental. Es una participación que permite del discurso del sujeto comprender su estructura psicológica, no sólo desde el punto de vista del observador, sino desde el interior, desde el punto de vista del sujeto, sea cual sea su manifestación, todo gira alrededor del mismo sujeto y se comprende su singularidad.

Es por esto que, el presente estudio de caso, tiene como búsqueda la aproximación a la construcción de algunas manifestaciones de la subjetividad, que atraviesan la vida psíquica de una paciente diagnosticada con pres - psicosis, al concederle la voz principal, particularmente en lo que concierne a sus significantes, enunciados en el dispositivo clínico, y a la vivencia que tiene

de los mismos; al implicar asumir una perspectiva clínica, que más allá de señalar la presencia de diversos síntomas, busca indagar la posibilidad que tiene el paciente de escucharse sobre aquel malestar psíquico que le perturba.

El presente escrito, parte de un caso clínico sobre las manifestaciones subjetivas en el discurso de una mujer diagnosticada con pre - psicosis. Este caso clínico, interrogó algunos aspectos propios de la realidad psíquica de la paciente a partir de preguntas como *¿Cuál es el sentido del síntoma? ¿Qué la angustia y cómo responde a esa angustia? ¿Qué significaciones aparecen anudadas a su vivencia en tanto ha sido diagnosticada con una pres - psicosis?*, hay que mencionar, además que se observaron manifestaciones clínicas de una estructura neurótica en la paciente, que serán descritas en el caso posteriormente, dando la posibilidad de interrogarse sobre *¿cómo funciona el discurso histérico en la paciente?*

Las anteriores pesquisas, permiten indagar sobre aquellas manifestaciones que emergen en el discurso de la paciente; en esta vía comprensiva sobre lo que expresa en el discurso, resulta interesante destacar las apariciones de la subjetividad en la narración; siendo esta, la que permite descifrar las estructuras de lo inconsciente, dando lugar al reconocimiento del mundo oculto, al mundo de lo inconsciente poco conocido para la misma.

Lo anterior, origina una visión diferente al modelo médico de la psiquiatría, y supone una perspectiva clínica que señala la presencia de síntomas, e indaga la posibilidad del paciente con neurosis de darle un sentido a su experiencia particular.

Al respecto, conviene mencionar que el psicoanálisis, se ha convertido en un referente importante para el análisis que nos ofrece la subjetividad, prácticamente en todas las esferas de las ciencias sociales en tanto posibilita la comprensión del discurso propio del sujeto, al permitir abordar las singularidades que reflejan los sufrimientos psíquicos de las personas. Entre otras cosas, el hecho de brindar información sobre procesos complejos del mundo del sujeto que han sido poco elaborados por la Psicología (Gonzales Rey, 2003).

Esta es una reflexión interesante que posibilita una elección por el Psicoanálisis como un modelo de práctica interventivo. En cierta medida, la Psicología, por el afán de convertirse en ciencia exacta, busca la efectividad terapéutica articulándose a la mirada médica de la Psiquiatría, dejando fuera de su interés, la tesis freudiana que nos invita a una comprensión del discurso de quién sufre y dice su sufrimiento.

El discurso psicoanalítico, no busca desmeritar otros enfoques de la psicología, sino más bien, busca ayudar a que el sujeto se reconozca sobre aquel malestar psíquico que le perturba, reconociendo que toda organización psicológica viene de él mismo, es decir, el sujeto a partir de la relación con el otro, donde su fundamento pertenece al desarrollo psíquico de la primera infancia, en las significaciones con la madre, el padre, el Otro; le garantizan el reconocimiento de sí, permitiendo mejorar su calidad de vida.

Por tal razón, entender la singularidad del sujeto neurótico, permite trazar un distanciamiento con el Modelo clínico comportamental, ya que el Psicoanálisis cambió la concepción del funcionamiento de la “mente”, permitiendo abordar la importancia de lo inconsciente, elaborando una nueva teoría de la “psique” desde un punto de vista dinámico, en términos de conflicto, interacciones, y oposiciones de las fuerzas existentes; por lo tanto, la práctica médica y comportamental se ve reducida por su incapacidad de abordar la singularidad. Al respecto el Psicólogo y Psicoanalista Anthony Sampson (1994) expresa:

“La práctica médica aporta a una praxis ya constituida, perfeccionamientos técnicos, cuya validez será demostrada por el hecho de que la clínica médica puede perfectamente prescindir de ellos, los psicólogos, para lograr los mismos resultados” (p12).

Finalmente, el presente estudio de caso, admite diversas nociones comprensivas sobre aquellos modos de organización psicológica que el sujeto refiere en su discurso. Pues este sujeto lejos de ser libre y amo de su destino, se haya ligado a un sistema sociocultural, que pretende alcanzar ideales de salud mental, que implican el aniquilamiento de todo aquello que genera malestar psíquico, a su vez, lo convierte en un verdugo de sí mismo atado a un sistema social y cultural, que cada vez más, es visto como un sujeto patológico.

En consecuencia, el presente caso clínico en psicoanálisis, simboliza el favorecimiento de una clínica de la escucha, donde la palabra del sujeto, sobre su narración, es la apuesta de interés.

1 Desarrollo del tema

1.1 Psicoanálisis, Historia y Enfermedad Mental

Hay que mencionar, además la importancia del cambio a lo largo de la historia de la psicopatología, permitiendo una ubicación acerca de la enfermedad mental y la pertenencia de la neurosis en este asunto. El concepto mismo, de lo anteriormente mencionado, ha evolucionado en función del momento histórico y de las circunstancias culturales de cada sociedad, razón por la cual, cada época, posee un código fundamental de saberes, percepciones, cambios, valores, técnicas, y jerarquización de las prácticas que fijan previamente para cada hombre las experiencias con los que tendrá algo que ver y dentro de lo que se reconocerá. Esta historicidad, ha evolucionado en apariencia a favor del trato de los pacientes con enfermedad mental, si bien no debe desconocerse que aún se relega el reconocimiento del sujeto a otras aristas, donde la “palabra” dentro de los procesos de institucionalización, es acallada por un sistema de salud que cada vez más cubre la identidad del sí mismo en estos sujetos ante lo que sufren y dicen sobre su sufrimiento; tal como ocurre en las unidades mentales, cuando el personal médico y administrativo, ignora a los sujetos diagnosticados con una enfermedad mental, limitándose solo a formular recetarios médicos para conservar el “estado de consciencia mental”, separándose de toda interacción comunicativa con el otro.

Desde la historia, los comportamientos “anormales” como el modo en que debían ser tratados, se han entendido de distintas formas desde la antigüedad hasta nuestros días. Así, podemos señalar en las primeras concepciones de las antiguas sociedades, la notable influencia de los factores religiosos durante la edad media que impulsaron una visión de la locura como castigo divino ante el pecado; la progresiva tendencia hacia la asunción de posiciones de carácter más orgánico a partir del Siglo XVIII y XIX, que consideraban la enfermedad mental desde un carácter marcadamente religioso, lo que reducía al enfermo mental a una víctima de la acción del diablo, esto como consecuencia de la influencia de la Iglesia sobre la mayor parte de los ámbitos de la vida cotidiana (Foucault, 2006).

Sin embargo, tiempo después, el enfermo mental pasa a considerarse el culpable de su afección, entendiéndola ahora como un castigo divino producto de una vida de pecado. Al mismo tiempo, dos grandes grupos de practicantes de la clínica de esta época (los médicos y clérigos), desarrollan una medicina más práctica junto al lecho del enfermo, y paralelo a ello, el surgimiento de grandes cambios económicos, políticos, culturales, y científicos, que ponen fin a la edad media.

De manera que, en la época del Renacimiento¹, el interés radicaba en el ámbito del hombre, la razón, y la ciencia; por lo que el estudio de la psicopatología abandonó paulatinamente el modelo Demonológico para adoptar una perspectiva organicista, centrándose en el redescubrimiento del cuerpo humano desde el punto de vista de la descripción anatómica y fisiológica, dando como resultado el protagonismo de grandes anatomistas como Leonardo Da Vinci (1452 – 1519); Miguel de Servet (1511 – 1553); Bartolomé Eustachio (1500 – 1574); Andreas Vesalio (1514 – 1564); Gabrielle Fallopio (1523 – 1562), entre otros.

A partir de estas contribuciones organicistas que dieron paso al redescubrimiento del cuerpo, más adelante aparece un gran representante de la Psiquiatría Moderna, Philippe Pinel (1745 – 1826), quien durante el siglo XVIII, brindó aportes al concepto de enfermedad mental, aportes que en plena Revolución Francesa, iban a dar una noción más clara para los enfermos “no alineados” de París.

Las nociones de Pinel, entendían la enfermedad mental como el resultado de alteraciones de tipo anatomopatológico, logrando poner en marcha una serie de medidas como suprimir las cadenas que sujetaban a los internos, así como las purgas y tratamientos inútiles que reducían a los enfermos, en especial las mujeres quienes padecían de síntomas histéricos. De este modo, Pinel propugnaba un trato humanizante a los alienados a través del tratamiento moral.

Estas nociones fueron desarrolladas por algunos de sus discípulos, entre ellos Jean Étienne Dominique Esquirol (1772 – 1840), quien a partir de la Terapia Moral de Pinel, publicó en 1805 su tesis “*Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l’alienation*”

¹ El *Renacimiento* es reconocido como un movimiento cultural durante los Siglos XV y XVI en la Europa Occidental, convirtiéndose en el período entre la Edad Media y las reformulaciones del Mundo Moderno; y trae consigo una gran transformación cultural, no sólo de las artes, sino también de las ciencias, de las letras y de las formas de pensamiento. El Renacimiento se caracteriza por el rechazo de muchos de los principios del conocimiento medieval y por la admiración de antigüedad grecorromana, por ello emprendió la recuperación del saber clásico, en el que busca una nueva escala de valores para el individuo, frente a la sociedad medieval, en la que todo giraba en torno a la idea de Dios. Por ello, durante esta época, el hombre pasa a ser el centro del universo, ya que emplea la razón como fuente del conocimiento y busca la verdad a través de la reflexión personal y la investigación.

mentale”² (<<Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios de curar casos de locura>>), donde los principios Pinelianos, sostenían que el origen de las enfermedades mentales residía en las pasiones del alma. A partir de estas consideraciones, promulgó una descripción detallada de las condiciones de vida de los alienados en la Francia del Siglo XVIII, logrando constituir reformas a la legislación para los enfermos de locura (Ley Francesa, 1838).

No obstante, el incipiente auge biologicista de la época condujo al declive de este tipo de prácticas clínicas; razón por la cual, Michel Foucault (1926 – 1984), criticó el Tratamiento Moral de Pinel, para abrir ciertas puertas a una política institucional de carácter represivo y controlador del tratamiento moral del Siglo XVIII. Así dejando caer la responsabilidad de la curación exclusivamente en el enfermo.

Precisamente por las irregularidades de estas prácticas biologicistas surge la nueva clínica, que en consecuencia, implica la aparición de nuevas enfermedades- práctica de autopsias, la transformación de la historia clínica como un medio de sistematización de la información y la invención de instrumentos de observación como el “estetoscopio”.

De manera consiguiente, se da apertura al tardío desarrollo de la medicabilidad en la industria farmacéutica para el tratamiento de las psicopatologías, que bajo la consideración de que en la enfermedad mental el propósito es “curar el síntoma orgánico”, esta visión de “cura sintomática” por el contrario, es vista desde una construcción social, que integra elementos propios de la cultura (Álvarez, 2001).

Es así, como lo que no se encuentre dentro de estos parámetros culturales establecidos va a ser considerado como “anormal”, porque es extraño, diferente, y no es aceptado socialmente.

El reconocimiento de las normas culturales que a su vez, marca el comportamiento de los individuos, resulta relevante en la elaboración del análisis del comportamiento patológico de un sujeto, toda vez que la comprensión de sí mismos se contemple en el discurso de pacientes diagnosticados con alguna enfermedad mental, incluyéndose dentro de las mismas, aquello que ha si categorizado por el Manual Diagnostico de los Trastornos mentales, como Trastorno de conversión, término utilizado por la psiquiatría moderna, para denominar la manifestación psíquica, de la inervación pulsional, en el esquema corporal del sujeto, conceptualizada por el psicoanálisis, como neurosis histérica, que es una de las alteraciones mentales más estigmatizadas

² Esquirol, E.; Gauchet, M. & Swain, G. *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'alienation mentale*. Librairie: Des Deux-Mondes. Francia, 1980.

por la cultura, y es considerada como una de las elaboraciones psíquicas más arcaicas en la construcción psicológica del sujeto.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, es preciso delimitar la importancia de las influencias culturales, sobre las distintas organizaciones psicológicas en un contexto determinado, lo que nos lleva a estimar, las diferencias que existen entre las culturas; así pues, algunos comportamientos son rechazados por la Cultura, por ejemplo, en el Departamento del Cauca, la ciudad de Popayán, cuando se refiere a los síntomas Neuróticos, es una cultura donde la Neurosis, es considerada como la enfermedad mental que mayor sufrimiento ocasiona en la vida de los sujetos que la padecen, según lo refiere la secretaria de salud del Cauca (2015), aunque no se han realizado estudios relacionados de comprensión psicoanalítica sobre las significaciones que manifiestan pacientes neuróticos, ya que los procesos de intervención son abordados desde un Modelo cognitivo conductual, sin dejar ver lo que detrás del malestar psíquico, reflejan los sujetos, sobre sus angustias.

Lo anterior, permite evidenciar la necesidad de realizar el estudio de caso, que permita una comprensión sobre las significaciones que de la subjetividad refiere un sujeto que sufre y dice su sufrimiento.

Por consiguiente, es necesario favorecer una clínica de la escucha donde se le dé la voz principal al sujeto, favoreciendo la participación subjetiva respecto a lo que en su discurso refiere sobre los significantes. Es una participación que permite del discurso del sujeto comprender su organización, no desde el punto de vista del observador, sino desde quien expresa su sufrimiento.

Es importante reconocer dentro del estudio de la Psicología, que en las Ciencias de la Salud, parecen no haberse llevado a cabo análisis clínicos sobre el discurso, que comprendan los elementos subjetivos en pacientes con enfermedades mentales como las Psicosis, Depresiones, Fobias, Lesiones Cerebrales. Se han encontrado estudios orientados a la intervención, que identifican dificultades cognitivas, síntomas depresivos, somáticos, cambios en la personalidad, y problemas de comunicación; que señalan la necesidad de recibir atención médica en áreas (cognitivo y emocional-comportamental), involucrando a los pacientes en programas de rehabilitación cognoscitiva, programas psicoterapéuticos encaminados al control ejecutivo, y psicoeducativos.

Se ha observado en la experiencia clínica, en Hospitales y Unidades de Salud Mental de la ciudad de Popayán, en un acompañamiento de intervención junto al Modelo Médico Psiquiátrico

en enfermedades mentales como: Las Psicosis, Depresiones, Fobias, Lesiones Cerebrales..., que la intervención dada desde la Psiquiatría en estas instituciones, se aproxima más hacia una intervención del Modelo Médico de la Psiquiatría Actual (un modelo correctivo de lo orgánico), que propone identificar anomalías estructurales del cerebro por secreción de los neurotransmisores que presenta alcances en la corteza cerebral.

1.2.1 El caso clínico en psicoanálisis

Ahora bien, emplear el estudio de caso en psicoanálisis, como lo refiere (Méndez & Rojas, 2017), invita a una reflexión sobre el desarrollo del mismo, radica no solo en la técnica de recolección de la información, sino en el tratamiento de estas para su análisis y presentación (p.137).

Dado que el estudio de caso no es exclusivo del campo psicoanalítico, se aludirá al mismo y a su uso en el campo de la investigación cualitativa, cuyo objetivo será precisar en qué consiste el estudio de caso en ciencias sociales y la diferencia en la clínica de un caso desde el psicoanálisis.

El tipo de estudio de caso permite que sus elementos teóricos, surjan del análisis, del contacto con los sujetos, aplicado a la práctica clínica de la investigación científica; pues éste estudia y comprende al mismo en su especificidad, es decir, estudia la realidad social, cultural y biológica de un problema determinado. De esta manera, permite a la investigación desarrollarse por medio del estudio de caso, donde su mayor importancia radica en que a través del mismo se observa y se registra la realidad de la persona objeto de estudio; es así, como el método presentado, permite al estudio de caso situarse en el contexto de la investigación cualitativa, al reflexionar sobre elementos que surgen como inquietudes sobre el mismo sujeto.

Los estudios de caso tienen un papel importante en la investigación cualitativa, la mayor parte de tipos de investigación se pueden vincular al estudio de unidades por medio de un abordaje particular que puede vincularse con la teoría. En la psicología los estudios de caso toman gran importancia, ya que permiten tener un acercamiento para comprender el comportamiento de un sujeto, sus experiencias, sus percepciones, emociones, abordando lo que brota de él mismo (Gonzales 2007).

Al realizar una revisión conceptual sobre el estudio de caso, se puede afirmar, que parte del supuesto de que es posible conocer un fenómeno estudiado partiendo de la explicación intensiva de la unidad de análisis, donde el potencial está centrado en la relación entre el problema de investigación y la unidad de análisis, lo que facilita la descripción, explicación y comprensión del sujeto, quien es el objeto de estudio. El investigador en el estudio de caso debe, en un inicio, reconocer el objeto de estudio, que puede ser una persona, una organización, un programa de estudio, un acontecimiento particular o una unidad de análisis documental (Díaz & Mendoza, 2011, p.21).

En la literatura existe una discusión acerca de la consideración de los estudios de caso, para algunos autores estos estudios son parte de un enfoque, mientras que para otros autores estos estudios son parte de una estrategia de investigación, y para otros se refiere a sólo un aspecto del método.

Los estudios de caso de investigación, se aplican en múltiples terrenos de las ciencias humanas como la sociología, la ciencia política, la psicología, la antropología entre otros, donde es el método cualitativo de investigación más utilizado. Los casos de investigación adoptan, en general, una perspectiva integradora. Al respecto Yin (1994), refiere que:

“Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos” (p 3).

Los diversos métodos de investigación social tienen ventajas y desventajas según el tipo de problema abordado y sus circunstancias. En la decisión de qué método elegir, deben considerarse tres condiciones, el tipo de pregunta de investigación que se busca responder, el control que tiene el investigador sobre los acontecimientos que estudia, y la “edad del problema”, es decir, si el problema es un asunto contemporáneo o un asunto histórico; cada método se aplica en situaciones específicas.

Ahora bien, el estudio de caso en psicoanálisis, es una construcción, es un recorte sobre un punto, no se trata del caso original realizado descriptivamente en su totalidad, lo que significa que el investigador se debe despegar de las estructuras teóricas entendidas como construcción ya establecidas, puesto que si no es así, se dejará escapar eso que sorprende y que denuncia la falla en el Otro, es necesario no asumir un saber que opera a la manera de un prejuicio que perturbe la autenticidad de la escucha (Gallo H., 2012).

Por tanto el caso clínico es para explicitar sus fundamentos y no para definir un modelo por fuera de la práctica psicoanalítica, es decir, aquí no se puede separar el caso de la experiencia analítica y todo lo que ella implica, entrevistas semiestructuradas, referencias teóricas, normas establecidas o sistemas de criterios que supuestamente son del dispositivo psicoanalítico, pretendiendo comprender el mismo fenómeno, objeto de estudio; al respecto Lacan (citado por Tenorio, 1988) consintió en la denuncia de los espejismos sistemáticos del yo como instancia imaginaria, advirtiéndonos de los riesgos de querer comprender.

Hay que mencionar además que se hace caso en el psicoanálisis de la instancia de la cadena significativa, sus repeticiones, sus lapsus, sus actos fallidos, sus elaboraciones oníricas, sus fantasías, sus chistes, de los cuales se hace representar para otro significativo. En el psicoanálisis se hace caso, en tanto se tenga la capacidad de poner por escrito los significantes que llevan al enigma de la lógica del analizante.

Todavía cabe señalar, que el caso clínico en psicoanálisis no se construye solamente a partir del material de las curas. Freud construyó casos clínicos, además de con sus historiales de tratamientos, con materiales surgidos de otras fuentes: fragmentos como el caso del sueño de “la Bella carnicera”, fantasías especiales como “pegan a un niño”, o diarios como la del pintor Cristóbal Hatizman, que narra su posesión demoniaca en el siglo XVII. Es pues siguiendo a Freud; como se puede construir un caso clínico en el psicoanálisis (Tenorio, 1988).

Por otra parte, cabe señalar que la construcción de un caso es una exposición argumentada de la lógica que surgió en el trabajo de cada sesión, una tras otra, excluyendo lo evidente y destacando la lógica del discurso del sujeto. Es por esto que en psicoanálisis, no se trata, como en las ciencias sociales, de presentar un caso para cumplir un deber y socializar los resultados o dar cuenta de un saber, sino de transmitir, lo que el caso enseña y lo aprendido por el analista. Es decir, el caso clínico en psicoanálisis es la historización del relato que le otorga la

responsabilidad de su palabra. El caso se construye con el material producido por el sujeto, permitiendo dar cuenta de la posición del sujeto.

Es así, como a continuación se presentará una viñeta Clínica, en la que se pretende exponer la experiencia en el dispositivo de escucha, permitiendo observar vivencias del lado de lo inconsciente, descritas en estas líneas; vivencias que empezaron a emerger en la medida que mi quehacer como psicólogo, empezó a tomar un rumbo diferente a la aplicación de protocolos e intervenciones con pretensiones de acallar los síntomas. Los fragmentos del caso, que se desarrollaran posteriormente, han sido descritos, no en un orden cronológico, sino en el orden lógico en que la paciente los verbalizaba en cada sesión terapéutica.

1.2.1.1 Presentación del caso.

María de 40 años, es profesional en medicina, vive con su madre, la señora M, quien supe sus necesidades económicas, ya que la misma se incapacitó cuando, al presentar un episodio aparentemente delirante, fue diagnosticada con una esquizofrenia, llevándola a renunciar a sus labores profesionales; manifiesta tener escasa interacción con sus pares, refiriendo que consulta porque ya no sabe qué hacer con su vida, al respecto refiere: *“Me encuentro en una encrucijada, son muchas cosas... (llora), lo sentimental para mí es confuso, deseo que mi esposo vuelva... no sé si quiero estar sola o con mi esposo, me siento estancada, incapacitada para trabajar, me siento inservible”*.

La paciente ingresa al consultorio por sus propios medios, se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, se observa ensimismada, como si su interés por el medio fuera escaso, poca comunicación verbal y visual, sus movimientos corporales son lentos y monótonos. Se observa tristeza y refiriendo dificultad para experimentar placer y disfrutar situaciones habituales consideradas agradables, refiere tener dificultad para conciliar el sueño.

María, inicia su discurso manifestando que en el año 2017 fue ingresada a la clínica de salud mental por una *“Crisis nerviosa”* como ella refiere; expresando *“llegue a pensar que me querían secuestrar”*, la paciente tuvo un episodio en el que vivió un robo en su casa a mano armada y desde ahí, manifiesta que siempre la perseguían, conduciéndola a su primera hospitalización.

Desde ese momento fue diagnosticada con esquizofrenia y depresión, con un tratamiento basado en un esquema de medicación de Haloperidol, amitriptilina y biperideno.

Por otro lado mi interés como psicólogo, se estaba centrando en realizar una nueva evaluación del estado mental, y a partir de ahí elaborar un protocolo de intervención, con el fin de responder ante la angustia que la paciente manifiesta, sin notar que dicha intervención estaba orientada a señalar los síntomas y acallar su malestar subjetivo.

María interrumpe mi discurso universitario (puesto en un saber), sobre lo que trabajaríamos en las siguientes sesiones, manifestando que no podría salir de ahí (refiriéndose a su situación actual), ya que su madre siempre le decía que ella no podía hacer nada, o lo que hacía, lo hacía mal, al respecto refiere: *“No me creían capaz de nada... de hecho cuando me gradué de la universidad todos decían que no creían que me graduaría... (Llora), eso fue doloroso para mí”*.

Tal como lo relata María, en el año 2015, sucedió un acontecimiento abrumador para la paciente, la muerte de su padre, a quien considera su modelo a seguir, al respecto refiere: *“con la muerte de mi padre ahí si me acabe de desubicar, era como no tener una figura de autoridad... (llora), yo empecé a convertirme en la figura y rol de papá... yo empecé a decidir, pero me sentía mal, no, no debía”*. Posteriormente relata el divorcio con su esposo de quien refiere: *“Yo fui quien le pedí que se fuera, él tenía problemas para tomar decisiones, y no había cortado el cordón umbilical con su mamá, estaba casado conmigo y se la pasaba con su familia, no cumplía su rol de esposo... entonces yo le di un año para cambiar y pues como no lo hizo, al año exacto le aliste las maletas y dije que se fuera que lo mejor era separarnos... mi vida sentimental es lo que no me permite seguir, no sé cómo empezar, no sé cómo saber qué es lo que Dios quiere para mi vida; cuando é, se fue, me sentí fracasada al no poder tener una familia... me di cuenta que me parezco a mi papá en lo estricta... me sentí desubicada”*.

En su adolescencia, María refiere que nunca tuvo novios, su madre no se lo permitía, al respecto refiere: *“Nooo doctor, mi mamá nunca me jedó tener novio, yo salía con un muchacho del barrio, pero ella decía que no me fuera a meter con nadie por ahí... que ninguno estaba a la altura del mí”*.

1.2.1.1.1 . Respuesta, el síntoma como solución

Ante lo anteriormente mencionado, María, expresa que le angustia quedarse sola, no tener con quien compartir, con quien salir, refiere que al inicio de su separación se sentía muy bien, pero que todo fue cambiando y ahora es una “encrucijada”, decidió buscar una monja para que le ayude a resolver su situación y saber qué decisión tomar, si quedarse sola o pedirle a su esposo que regresen, ante lo que la monja le responde, que le pida a Dios que vuelva con su pareja; esa respuesta la angustia más, ya que la paciente refiere que es imposible que él vuelva con ella porque ya ha pasado más de un año y él ya ha construido una nueva relación de pareja y ella no puede interferir y meterse; al respecto refiere: *“Yo no sé qué hacer, no depende de mí, no puedo hacer más, no puedo encontrar otra persona, yo no salgo, no sé a dónde voy a ir para conocer otra persona ... además deseo que sean profesional, con valores propios, como mi esposo... es que mamá decía que debía escoger a un buen hombre, y que ninguno estaba a mi altura, “por eso no tuve novio doctor”, en mi casa no era bien visto, me siento inservible”*.

En el dispositivo clínico se intenta volver sobre los significantes que ha manifestado María, llevándola a que se pregunte ¿Qué significado para ella la muerte de su padre? ¿A qué se refiere cuando dice me siento inservible?

La paciente expresa: *“La muerte de mi padre significa algo muy doloroso, era mi ejemplo, sentí como si el piso se hubiera hundido y cuando digo que me sentí inservible es porque soy una mantenida, me siento mantenida... (Llora) mi madre me da todo, ella me lleva el desayuno, me alista mis cosas... como se le llama a eso... mantenida”*.

Las verbalizaciones de María, ante los interrogantes anteriormente presentados, permiten ubicarse en tres manifestaciones que emergen de su discurso, las palabras de la madre en su infancia: *“es que mamá decía que debía escoger a un buen hombre, y que ninguno estaba a mi altura”*, el relato del divorcio con su esposo, junto a otras manifestaciones como: *“por eso no tuve novio doctor”*, y el significante *“mantenida”*, permitieron pensar en la interpretación de una insatisfacción en su vida afectiva, proyectando un malestar psíquico por la usencia de *“MAN”*, insatisfacción de no tener un – man, vivencias afectivas no abreaccionadas, puesto que nunca tuvo un noviazgo, porque no se encontraban a su altura, y al parecer su padre, un *“hombre bueno, con valores y ejemplo a seguir”* está a su altura, pero lo pierde tras la muerte del mismo y el único novio con quien contrajo matrimonio, le ha pedido el divorcio. Estas mismas

manifestaciones nos llevaron a pensar, en un primer momento, en la neurosis como organización psicológica en María.

Punto de fracaso. María, consulta porque se siente que no puede continuar con su vida, que no sabe cómo seguir, ha sido diagnosticada (medicamente), con una depresión e intenta conocer a una persona para retomar su vida emocional, pero su exigencia por los valores y el “*No estar a la altura de ella*” no le permite continuar con los encuentros, dándole la posibilidad de garantizar su insatisfacción ante cualquier relación sentimental que desee iniciar.

Lo anterior, permiten indagar sobre aquellas manifestaciones que emergen en el discurso de la paciente; en esta vía comprensiva sobre lo que expresa en el discurso, resulta interesante destacar las apariciones de la subjetividad en la narración; siendo esta, la que permite descifrar las estructuras de lo inconsciente, dando lugar al reconocimiento del mundo oculto, al mundo de lo inconsciente poco conocido para la misma. Es así como María, llega en las primeras sesiones angustiada por su incapacidad para continuar con su estilo de vida, y en la medida que avanza cada sesión terapéutica, se evidencia menos angustiada e incluso logrando conciliar el sueño.

Lo anterior, origina una visión diferente a la práctica clínica que venía ejerciendo como profesional de la psicología, y supone una perspectiva clínica que lejos de señalar la presencia de síntomas, me permite reflexionar en la posibilidad del paciente de darle un sentido a su experiencia particular.

En consecuencia, el presente caso clínico, simboliza el favorecimiento de una clínica de la escucha, donde la palabra del sujeto, sobre su narración, es la apuesta de interés y donde se le dé la voz principal al sujeto, favoreciendo la participación subjetiva respecto a lo que en su discurso refiere sobre los significantes. Es una participación que permite del discurso del sujeto comprender su organización, no desde el punto de vista del observador, sino desde quien expresa su sufrimiento.

1.2.1.1.1.1 . ¡Sí!, un dispositivo disímil.

Cabe resaltar, que María inició su proceso terapéutico en un primer momento de mi quehacer como psicólogo, desde un dispositivo del lado de señalamiento de síntomas y su afán por acallarlos, dispositivo que toma un rumbo disímil al acostumbrado en mi ejercicio profesional,

movido por la experiencia del análisis personal, las asesorías académicas de una formación posgradual; pues bien, en el dispositivo clínico, en el que se favoreció una escucha, la primera tentativa de pensar una estructura clínica de María, llevó a especular sobre una Neurosis, pues muchas de las manifestaciones en su discurso, se escucharon vivencias de afecto no abreaccionadas, reminiscencias patógenas, manifestándose el síntoma psíquico en sus estados corporales.

En la medida en que se continuó escuchando la singularidad en el dispositivo de escucha, María refería acerca de su relación de pareja: *“Yo me cansé de los mismo y lo mismo (refiriéndose a su ex - esposo), él no había cortado su cordón umbilical con su madre, era mi esposo y se la pasaba más con su madre que conmigo, por eso el día en que le dije que se fuera... le di un año exacto para que reflexionara, él se fue el 8 de octubre del 2015 y al año siguiente, el 8 de octubre del 2016 lo llamé y pues como no había cambiado, le alisté su malteas, su ropa y le dije que nos divorciáramos y así fue...”*; ésta y otras manifestaciones de su discurso, nos llevó, en la supervisión de caso a preguntarnos por elementos clínicos como la fijeza, incapacidad para servirse del otro, no la pregunta por el ser, la momentaneidad de las crisis depresivas, la imposibilidad para instalarse con el Otro y preguntas como ¿sufre de amor? ¿Está enamorada? ¿Para qué le sirva a ella venir a las sesiones? Estas pesquisas nos llevaron a interpretar que la muerte de su padre es un encuentro con lo real y María, no se acomoda aún de esa pérdida afectiva.

El abordaje clínico anterior, a partir de estas manifestaciones en el discurso, más bien se constituyó en el interés por pensar si realmente se trataba de un discurso histérico y a partir de esta reflexión, esto producía un efecto que permitía pensar la estructura psicótica no desencadenada, en general de una manera de encarnar estos fenómenos, que como leves rasgos, que se presentaba como psicosis desde el punto de vista clínico en general, como psicosis atenuada o psicosis que se leía que tenían mecanismos de defensa neuróticos o neurosis con fenómenos psicóticos incluidos.

Es así como el presente caso clínico permite pensar el fenómeno clínico de la psicosis ordinaria, debo manifestar que se evidencio una gran dificultad para pensar éste fenómeno, pues en efecto, mi experiencia clínica en Unidades Mentales en la ciudad del Popayán, me proveía de observaciones a fenómenos psicóticos completamente desencadenados, siendo para mí, completamente nuevo, la aparición de un fenómeno clínico de la psicosis ordinaria.

Miller (2015), refiere que la psicosis ordinaria no es una categoría de Lacan, es una creación de lo que abstraigo de “La última enseñanza de Lacan” aunque, año tras año, a pesar de la diferenciación supuestamente absoluta entre la neurosis y la psicosis, sobre la base de la forclusión del Nombre del Padre, verdadero credo lacaniano: bautizar neurótico si hay Nombre del Padre, o psicótico si no lo hay, ciertos casos para Miller, tenían el aspecto de estar entre los dos. Y esta frontera terminó, a lo largo del tiempo, en el control y en la práctica clínica; como lo refiere Laurent (2006), es preferible usar el término psicosis ordinaria, no con el objetivo de diagnosticar una categoría clínica, como se acostumbra en la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales DSM, sino para pasar al nivel de lo particular, o de lo singular.

Es así, como favoreciendo una escucha en lo singular, como se logró observar que a lo largo de las sesiones, María, refiriera fenómenos semiológicos como: conciliar el sueño, menor ambivalencia afectiva, disminución de “cara inexpresiva”, mejor capacidad para tomar decisiones, sentirse que podía reiniciar sus actividades laborales y plantearse nuevas metas y como nuevas soluciones para su padecimiento, encontró abrigo en fe, dándole la posibilidad de continuar con sus labores, que si bien, logro conseguir un nuevo trabajo, no tardo mucho tiempo en renunciar al mismo, porque se sentía inconforme con las condiciones laborales; pero más allá de las manifestaciones sintomáticas que pudiera presentar, María refirió constantemente sentirse escuchada, comprendida y contenida en el dispositivo de escucha en momentos de crisis emocional.

1.2.1.1.1.1 1. Lo que la clínica enseña.

Finalmente, la construcción de un caso clínico desde el psicoanálisis, permitió comprender que un caso en sí testimonia, y lo hace en la incidencia lógica de un decir en el dispositivo de escucha, permitiendo emerger lo que de la singularidad, brota del inconsciente de sujeto.

Es así como el caso clínico enseñó que en primer lugar, la necesidad de un dispositivo de escucha, que verdaderamente hay que escuchar en la clínica, hay que escuchar la estructura y la historia de aquel que expresa y dice su sufrimiento; que escuchar la singularidad quiere decir que principalmente, la dimensión propia del análisis, es la reincorporación de la historia.

Lo que el caso quiere transmitir es que desde la perspectiva clínica, no hay que comprender tan rápido, subrayando la dificultad que existe clínicamente, al identificar una estructura; como la afirma Gallo (2012), es necesario no asumir un saber que opera a la manera de un prejuicio que perturbe la autenticidad de la escucha.

Por tanto el caso clínico enseña que no se puede separar de la experiencia analítica y todo lo que ella implica, entrevista, escuchas, que son siempre distintas, referencias teóricas y sistemas de criterios propios del dispositivo psicoanalítico.

Ahora bien, no se puede dejar de lado que María logró escucharse sobre ese malestar que la aquejaba, en tanto el dispositivo clínico le posibilitó pensarse, así mismo como la comprensión de significantes que emergieron de su subjetividad como “mantenida”, “inservible”, “no soy capaz” que permitieron pensar en una posible estructura neurótica fundamentada en la imposibilidad de abreactar sus afectos; del mismo modo verbalizaciones de fijeza propias de estructura psicótica “yo le di un año” “él no me cumplió” “tenía que escoger entre su madre y yo” llevándonos a pensar en la dificultad de distinguir una estructura clínica, dando paso a preguntarse por la categoría clínica de la psicosis ordinaria, anteriormente mencionada.

Cualquier intervención clínica de orientación psicoanalítica, debe dar paso a las manifestaciones del inconsciente, ya que el análisis permite que cada sujeto se haga responsable de aquello con lo que goza, aquello que está relacionado con sus síntomas, sus actos fallidos, con aquello que no “anda”, que se repite, para que así pueda tratar de reinventar su lazo social.

Esta es una reflexión interesante que posibilita una elección por la clínica psicoanalítica como un modelo de práctica interventiva, pues en consecuencia, el presente escrito, simboliza el favorecimiento de una clínica de la escucha, donde la palabra del sujeto del inconsciente, sobre su discurso, es la apuesta de interés.



Referencias

- A Álvarez, J. & Sauvagnat, F. (2001). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Editorial: Síntesis. Madrid.
- Bergeret, J (2001). *La Personalidad Normal y Patológica*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Foucault, Michel. (2003-2006). *Historia de la Locura en la Época Clásica. Tomo I, II Y III*. Editorial: fondo de cultura económica.
- _____ (1999). *El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica*. Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S (1885). “*Estudios Sobre la Histeria*”. En: Obras Completas, t. I. Traducción: Luis López-Ballesteros. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1916) [1917]: “*Lecciones introductorias al psicoanálisis XVII. El Sentido de los Síntomas*”. Obras Completas, t. II. Traducción: Luis López-Ballesteros. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1981.
- González Rey Fernando L. (2007). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Los Procesos de construcción de la información. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Editores, S.A. de C.V.
- Laurent, E. (2006). *Las psicosis ordinarias*; Revista digital Bs.As 27 de Noviembre. Paris.

- Méndez y Rojas. (2017) *Una propuesta sobre la construcción de caso a cerca de objeto de estudio no clínico*. Revista Afeccto Societatis, Julio – Diciembre, Universidad de Antioquia, Colombia.
- Miller, J. (2015). *Efecto retorno de la psicosis ordinaria*, Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento. Consecuencias Mayo, Colombia.
- Universidad de San Buenaventura (2016). *Abordajes psicoanalíticos a inquietudessobre la subjetividad III*. Cali: editorial bonaventuriana.
- _____ (2012). *Abordajes psicoanalíticos a inquietudessobre la subjetividad*. Cali: editorial bonaventuriana.
- Nasio, J.D (1996). *El Placer de Leer a Freud*. Editorial: Gedisa. Argentina.
- _____ (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Editorial: Gedisa. Argentina.
- _____ (1991). *El dolor dela histeria*. Editorial: Gedisa. Argentina
- Quintero, J.A. (2017). *El sujeto de la Clínica*. Editorial: Bonaventuriana. Colombia.
- Sampson, Anthony. (1994). *Mente, cultura y enfermedad*; Traduc. Michel Foucault, Les Mots et les Choses, París, Gallimard, 1966 y "Qu'est-ce qu'un auteur?" en Dits et Ecrits, vol. I, París.
- Secretaria Departamental de Salud del Cauca, PAI (2015). Base de datos aseguramiento SDS Cauca con reportes de salud mental. Colombia.
- Villalobos, Ma. E. (2014) *Construcción psicológica y Desarrollo temprano del Sujeto*. Editorial, Universidad del valle.