



**UNIVERSIDAD LATINA
CAMPUS CUERNAVACA**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CON CLAVE DE
REGISTRO NO. 8344-25

**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO ANÍMICO
Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN UN INDIVIDUO
MASCULINO DE 72 AÑOS DIAGNOSTICADO CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DESDE UN
ENFOQUE DEL PSICOANÁLISIS FREUDIANO:
ESTUDIO DE CASO”.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DANIELA ZARATE ARANDA.

ASESORA DE TESIS:

MTRA. OLGA MARÍA SALINAS ÁVILA.



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.

Contenido

DEDICATORIAS	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN.	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
CAPÍTULO I ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	- 1 -
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	- 1 -
1.2 PREGUNTAS GUÍAS DE INVESTIGACIÓN.....	- 4 -
1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS DE LA INVESTIGACIÓN	- 4 -
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	- 5 -
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	- 5 -
1.3.2 OBJETIVOS PARTICULARES	- 5 -
1.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.	- 5 -
1.4.1 FUNCIONAMIENTO ANÍMICO.....	- 5 -
1.4.2 DEPRESIÓN.	- 7 -
1.4.3 ENFERMEDAD DE PARKINSON.	- 8 -
1.4.4 PSICOANÁLISIS FREUDIANO.....	- 9 -
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	- 12 -
CAPÍTULO II ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	- 16 -
2.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.	- 16 -
2.2 ESCALA DE PARKINSON HOEHN Y YAHR.	- 23 -
CAPÍTULO III FUNCIONAMIENTO ANÍMICO.....	- 24 -
3.1 RELACIÓN DEL YO CON EL OBJETO.....	- 24 -
3.2 EROS Y THANATOS.	- 30 -
3.3 SÍNTOMA.....	- 37 -
CAPÍTULO IV DUELO Y MELANCOLÍA.....	- 43 -
CAPÍTULO V METODOLOGÍA.	- 61 -
5.1 TIPO, DISEÑO Y ALCANCE DE INVESTIGACIÓN.	- 61 -
5.3 POBLACIÓN, UNIVERSO O MUESTRA.	- 62 -
5.4 PROCEDIMIENTO.	- 63 -
5.5 LIMITACIONES.....	- 75 -
CAPÍTULO VI ANÁLISIS DE RESULTADOS.	- 76 -
CAPÍTULO VII DISCUSIONES Y CONCLUSIÓN.....	- 83 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 91 -

Dedicado a:

*Alejandro Madrid Lozano
y Andrea Zárate Aranda.*

*Por enseñarme el arte que habita en los
espacios sin nombre.*

*Agradecimientos a:
Mi familia, amigos y maestros.*

*Por caminar conmigo de
unas letras a otras.
Letras que perdurarán a través del
tiempo, junto con la súbita gratitud
por sus enseñanzas.*

RESUMEN.

Este estudio de caso se cimentó en el psicoanálisis Freudiano teniendo como marco referencial la metodología cualitativa, la cual, permitió estudiar a profundidad el objetivo principal de la relación entre el funcionamiento anímico y la presencia de depresión en Theo, un individuo masculino de 72 años diagnosticado con enfermedad de Parkinson. Para ello, se recurrió a fuentes primarias en el bosquejo de Freud fundamentalmente en su escrito de Duelo y Melancolía, para así contrastar la vida anímica de Theo desde su infancia. Asimismo, se añade la historia de la enfermedad de Parkinson y la escala de Parkinson Hoehn y Yahr desde fuentes de la psiquiatría. Las entrevistas realizadas a Theo permitieron mostrar que la intervención del caso por caso desde una clínica psicoanalítica puesto que se construye una posibilidad de cura que se articula a través de la palabra y la escucha. Este es un caso que muestra que el cuerpo habla a través del síntoma; mostrado como un esquema que se articula en la palabra enunciada. De esta forma, el caso de Theo conduce a un naufragio entre el Eros y Thanatos, manifestado en el síntoma instalado como dolor mismo y es expulsado mediante el cuerpo. De esta manera, al término de esta investigación surgieron diferentes propuestas mediante un abordaje clínico donde Theo ya no manifestaba los síntomas referentes a la enfermedad de Parkinson.

INTRODUCCIÓN.

Datos recientes acerca de la enfermedad de Parkinson informan sobre la creciente población que afecta esta enfermedad, tal como describe (Vergara Aragón, 2015) que la enfermedad de Parkinson es la segunda condición neurodegenerativa más frecuente en el mundo y que además, afecta a cerca de tres por ciento de la población mayor de 65 años. Y por otro lado, la (Organización Mundial de la Salud, 2016) señala que la depresión afecta alrededor de 350 millones de personas en el mundo, además, se estima que para el año 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo.

Por consecuencia estos datos originan que la farmacología tenga un considerable aumento, pues el discurso médico actual responde a diferentes paradigmas con el supuesto de que las enfermedades también tienen un crecimiento colosal, y por consiguiente interviene a través de una búsqueda insaciable de encontrar una causalidad orgánica o biológica frente a las supuestas “anormalidades” del ser humano, ocasionando la objetivación en una base natural frente a los sufrimientos psíquicos.

De este modo, el objetivo principal de esta investigación es realizar una contrastación de la relación entre el funcionamiento anímico y la presencia de depresión en un individuo masculino de 72 años diagnosticado con enfermedad de Parkinson que permitan identificar eventos depresivos previos o posteriores al diagnóstico de dicha enfermedad. Además de realizar un análisis sobre el impacto dentro de la vida anímica del sujeto y asimismo conocer algunas nociones que influyeron en la aparición de esta enfermedad, pues a partir de ello se propuso un abordaje clínico.

Este es un estudio de caso que se cimentó desde un enfoque cualitativo debido a la vinculación con el psicoanálisis Freudiano, ya que concierne al pensamiento humano bajo un procedimiento extraído a partir de un cuerpo teórico, que ayudó a la construcción de propuestas guiadas desde los escritos

de Sigmund Freud y la obtención de información a partir de las entrevistas realizadas al sujeto que permitió la edificación de una verdad subjetiva.

El contenido de la investigación está conformado por siete capítulos. Dentro del primer capítulo se plantea la problemática a las que se enfrentan los sujetos diagnosticados con enfermedades neurodegenerativas y su repercusión en la imposición de supuestos diagnósticos, asimismo, se definen las variables, tales como: funcionamiento anímico, depresión descrita desde el psicoanálisis Freudiano que se atañe al término de Melancolía y la enfermedad de Parkinson a partir de las aportaciones de la psiquiatría. Dentro de este capítulo también se formulan las preguntas guías de investigación, así como los objetivos generales y particulares y la justificación.

En el capítulo dos se describe la historia de la enfermedad de Parkinson, abordado desde la historia del médico James Parkinson, así como las investigaciones de dicha enfermedad desde estudios realizados de la psiquiatría. Además, se puntualiza la escala de Parkinson Hoehn y Yahr misma con la que fue diagnosticado Theo. El tercer capítulo contiene el marco teórico construido con la descripción del funcionamiento anímico fundamentado desde el psicoanálisis Freudiano, por lo que inicialmente se detalla la relación del yo con el objeto tomando como referencia los escritos de “Introducción del Narcicismo”; posteriormente se puede encontrar el Eros y Thanatos que atañen al principio de placer, la pulsión de vida y la pulsión de muerte que llevará a la descripción del síntoma. Dentro del cuarto capítulo se exponen el texto de Duelo y Melancolía, un texto crucial para la realización de esta investigación donde Freud expuso un discernimiento entre estos dos conceptos.

En el quinto capítulo se encuentra expuesta la metodología de la investigación, mismo que redacta el tipo, diseño, alcances, población, procedimiento y limitaciones, esto fundamentado desde el estudio de caso. En el sexto capítulo se describe el análisis de la investigación datos que fueron obtenidos a partir de las entrevistas realizadas en el sujeto mismas que permitieron generar sugerencias, apertura y una ampliación en esta línea de

Investigación. Y para finalizar en el séptimo capítulo, se presentan las discusiones enunciando las aportaciones que responden a los objetivos de la investigación; asimismo, se describen las conclusiones que se edificaron en este estudio de caso a partir de una propuesta cimentada desde el psicoanálisis que se puede mostrar como un arquitecto de las nuevas formas de lenguaje, puesto que permite construir espacios en lo apalabrado porque justamente es ahí donde se posibilita la creación de algo inédito.

CAPÍTULO I ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

*“Es necesario llevar en si mismo un caos
para poner en el mundo una estrella danzante”*

-Friedrich Nietzsche.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La subjetividad ha sido atrapada en las redes del discurso social que modula y designa los ritmos de su propia marea, donde el viento desbarata y expulsa a la ausencia, erigiendo una flagelación en el andar que engendra un abismo en la subjetividad, de esta forma, el cuerpo se ha convertido en un modo exclusivo de relacionarse con el Otro, respecto a que ha dejado de ser una entidad de unión y separación con el Otro transportándolo a un lugar de goce delimitado y regido por la mirada del otro; *“mirada que no sólo escruta, sino que de igual forma consigna, reflexiona, discrimina, hace conexiones, critica, teoriza y sanciona, pues está dirigida por quien la ejerce; la mirada se amplía más allá de lo espontáneamente ofrecido a ella”* como propone (Macías, 2014).

Un discurso que aspira a que cada individuo ocupe el lugar que se le asigne, fracturando justamente su subjetividad, en un intento describe (Žižek, 2007) por *“marcar la diferencia a la alteridad absoluta de la cosa imposible, de la amenaza postrera: Una cosa que debe ser aniquilada dirigida a la abolición de antagonismos”*, por lo que el ser humano se halla inmerso en una sociedad que demanda plenitud, bienestar y funcionalidad ciega al punto de crear imposiciones frente a las particularidades en los tipos de perturbaciones mentales.

Actualmente los diagnósticos médicos emanan, transportando al paciente hacia un terrero del juicio que intenta abolir su síntoma, mediante una supuesta educación generada a partir de corrección y domesticación situando al enfermo frente al lugar del Amo que demanda a lo que atañe al campo de la psicología a realizar nuevas técnicas o métodos que asuman un actuar inmediato y emergente frente a lo inusitado. Creando prácticas que apuntalan, designan y enuncian la oposición natural del sujeto en su actuar, su trazar, su marcar; para así ser reemplazados por un diagnóstico médico, sin saber cómo nombrar a la persona más allá de la etiqueta. Donde el individuo muchas veces está enfermo por el muro que es construido frente a él, lejos de la posibilidad de ver a la persona que hay detrás de esa edificación simbólica omitiendo su propio espacio, su silencio, su palabra, su goce, su lugar.

Una búsqueda enajenada por determinar condiciones que aniquilen las manifestaciones patológicas, que, sin embargo, en ocasiones no caben en el cajón de las clasificaciones pero que debe de encontrar una tregua mediante remedios acuciantes en el que sólo se puede oscilar entre un fármaco y los tratamientos médicos, acontecimientos que sin duda contraen la propia identidad transportándola hacia un espacio limitado donde sólo cabe el cuerpo como una localización pura del organismo que ante este reemplazo lo conduce hacia una gran catástrofe, provocando que el rostro del ser sea borrado tajantemente.

Una medicina clasificadora, plantea (Foucault, 1963) que *“antes de ser tomada en el espesor del cuerpo, la enfermedad recibe una organización jerarquizada en familias, géneros y especies”*. Una línea divisoria que no sólo implica un quebrantamiento en la identidad, sino que pretende un continuo florecer en la satisfacción de las demandas específicas de Otro para imponer determinados tratamientos que excluyen al propio enfermo.

Por otro lado, la existencia del discurso médico que *“ofrece una mirada que está suscrita al conocimiento acumulativo, subordinando al sujeto y el malestar a quien lo examina dejando fuera el valor de la palabra y el saber*

sobre el síntoma de quien padece”, reflexiona (Macías, 2014) Suceso que produce justamente una emergencia por silenciar la palabra, creando un mutismo y exilio en su lenguaje, en su propio vehículo; es ahí, donde acontece la demanda que la cultura actual exige en la creación de cuerpos y mentes perfectas y sanas, desdeñando que trascender así es normalizar, estandarizar; ignorando que esto solo genera un abismo, un aniquilamiento y una sutura al propio ser provocando entonces “una existencia sin vigor aunque en ocasiones exaltada por el esfuerzo realizado para continuarla, dispuesta a naufragar a cada instante en la muerte” como plantea (Kristeva, 1991).

Hoy por hoy, el ser humano se enfrenta a un fenómeno donde las enfermedades crónicas se han instalado dentro del espacio social, como una condición epidemial que conlleva no sólo a la adquisición de una denominación como la enfermedad de Parkinson y la depresión, sino que también ha proliferado hacia una búsqueda insaciable por delimitar una taxonomía de estos padecimientos.

El sufrimiento psíquico señala (Roudinesco, 2000) *“en la actualidad se manifiesta bajo la forma de depresión, que muestra a un sujeto herido en cuerpo y alma por este extraño síndrome donde se mezclan tristeza y apatía, búsqueda de identidad y culto de sí mismo”*. A través de la propagación del discurso social que acentúa la individualidad misma que vino a sustituir a la subjetividad que produce entonces una libertad sin deseo, una *“historicidad sin historia, pues el hombre de hoy devino contrario lo de un sujeto”* señala la autora (Roudinesco, 2000) que se efectúa mediante la propagación de una demanda de normatividad, misma que provoca una inexistencia del sujeto que determina las prescripciones farmacológicas. Además, (Braunstein, 1992) considera que *“cada paciente es tratado como un ser anónimo perteneciente a una totalidad orgánica. Inmerso en una masa donde cada uno es la imagen de un clon, que se le prescribe la misma gama de medicamentos frente a cualquier síntoma”*, generando que el sujeto transite bajo un laberinto de medicinas paralelas de aquellas que gozan de un énfasis en la clasificación donde sólo

existen nomenclaturas y objetos de conocimiento, consolidando imperiosamente un propósito violento que se agudiza por la urgencia de una medicalización en lo subjetivo como una particularidad discursiva en crecimiento constante.

A partir de lo anterior surgen las preguntas guías de la investigación:

1.2 PREGUNTAS GUÍAS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. PREGUNTA PRIMARIA DE LA INVESTIGACIÓN.

¿Qué elementos del psicoanálisis freudiano pueden explicar la relación entre el funcionamiento anímico, la presencia de depresión y la detonación de la enfermedad de Parkinson en un individuo masculino de 72 años?

1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS DE LA INVESTIGACIÓN

- I. ¿Qué eventos depresivos existían previos y posteriores a la enfermedad de Parkinson?
- II. ¿Qué relación existe entre los eventos depresivos y la enfermedad de Parkinson?
- III. ¿De qué manera influyó el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson en el funcionamiento anímico?
- IV. ¿Cuál es el transitar del funcionamiento anímico previo y posterior a la enfermedad de Parkinson?
- V. ¿Qué factores familiares y sociales influyeron dentro del funcionamiento anímico para generar eventos depresivos?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Contrastar la relación entre el funcionamiento anímico y la presencia de depresión en un individuo masculino de 72 años diagnosticado con enfermedad de Parkinson, cimentado desde un enfoque del psicoanálisis Freudiano.

1.3.2 OBJETIVOS PARTICULARES

- ❖ Comparar el funcionamiento anímico previo y posterior al diagnóstico de la enfermedad de Parkinson.
- ❖ Identificar la presencia de eventos depresivos previos y posteriores al diagnóstico médico.
- ❖ Analizar el impacto dentro del funcionamiento anímico tras el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson.
- ❖ Evaluar qué elementos familiares y sociales del individuo influyeron para que en el funcionamiento anímico se manifiesten eventos depresivos.
- ❖ Construir una propuesta clínica a partir de una formulación teórica desde el psicoanálisis Freudiano.

1.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

1.4.1 FUNCIONAMIENTO ANÍMICO.

Sigmund Freud describe que la teoría psicoanalítica adopta sin reserva el supuesto de que el transitar del funcionamiento anímico se encuentra sometido al principio de placer. Es decir, que en todos los casos lo pone en marcha una tensión displacentera, y posteriormente señala que tal orientación es un

resultado final que coincide con una disminución que atañe a una evitación de displacer o la producción de placer. Esto es regulado automáticamente por sensaciones de placer-displacer que se reproducen en forma en la que se desarrolla el control de los estímulos, por lo que las sensaciones de displacer se encuentran relacionadas con un incremento del estímulo y la de placer con una disminución del mismo. Este recorrido que atañe al funcionamiento anímico será crucial para explicar la consolidación del síntoma de Theo, lo cual permitirá construir un abordaje clínico.

En este sentido, un hecho que movió a Freud a creer que el principio de placer rige la vida anímica y que el aparato anímico se afana por conservarlo o por el contrario que la cantidad de excitación esté presente en él. Así, el trabajo del aparato anímico se empeña en mantener baja la cantidad de excitación, todo cuanto sea apto para incrementarla se sentirá como disfuncional, es decir, displacentero.

Para Freud fue desatinado describir un imperio del principio de placer sobre el decurso de los procesos anímicos, pues, si así fuera, la abrumadora mayoría de estos procesos tendría que ir acompañado de placer o llevar a él. Por tanto, la situación no puede ser sino esta: en el alma existe una fuerte tendencia al principio de placer, pero ciertas otras fuerzas o constelaciones la contrarían, de suerte que el resultado final no siempre puede corresponder a la tendencia al placer.

En su mayor parte, el displacer que sentimos es un displacer de percepción. Puede tratarse de la percepción exterior penosa en sí misma o que excite expectativas displacenteras en el aparato anímico, por discernirla este como un peligro o amenaza. La reacción frente a esas exigencias pulsionales y amenazas de peligro, reacción en que se exterioriza la genuina actividad del aparato anímico, puede ser conducida luego de manera correcta por el principio de placer o por el de realidad, que lo modifica.

1.4.2 DEPRESIÓN.

La depresión se revela plenamente en la estructura clínica de la melancolía, para ello es necesario reconocer que: *“el melancólico nos enrostra lo inefable y estúpido de nuestra existencia, y se niega a olvidar que la vida no es más que un rodeo, un rodeo obstinado, por sí mismo transitorio, caduco y desprovisto de significación”* (Heinrich, 2016). En este sentido, Freud dentro de sus escritos de Duelo y Melancolía describió que la melancolía, cuya definición conceptual es fluctuante aun en la psiquiatría, puesto que este discurso describe que la depresión es un estado que en el sujeto se suscita un estado de aniquilación ligado a afecciones orgánicas respecto a Theo, el sujeto a estudiar. Más adelante se expondrán diferentes factores que se manifestaron durante la mayor parte de su vida.

Para ello es necesario explicar que el psicoanálisis sostiene que la melancolía la cual es entendida como depresión no es un estado, sino que se trata de un afecto puesto que se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y que además se extrema hasta una delirante expectativa de castigo; producido a partir de que el sujeto es rechazado por el objeto de amor, por lo que el melancólico no encuentra lugar ahí, convirtiéndolo en un sujeto vacío reduciéndolo a un simple desecho. Por añadidura el sujeto pierde el objeto de amor a partir del sostén narcisista que este amor de amor le garantizaba y, a partir de esa resta el mundo, afirma Freud, queda vacío, por lo que prevalece una ruptura absoluta, es decir, una desconexión con un semejante.

1.4.3 ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Desde una perspectiva neurológica (Ostrosky-Solis, 2000) describe que *“la enfermedad de Parkinson provoca una pérdida neuronal y de pigmentación en la sustancia negra y en otros núcleos subcorticales pigmentados”*. Dicha enfermedad pertenece al diagnóstico principal por el que Theo propuso dar inicio al análisis de su historia de vida.

Los estudios de la psiquiatría proponen que la gravedad de los cambios de la sustancia negra es paralela a la reducción de la dopamina en el estriado. Dado que la zona compacta de la sustancia negra contiene la mayor parte de los cuerpos dopaminérgicos del cerebro, estas observaciones sugieren que la vía dopaminérgica nigroestriatal se encuentra lesionada en la enfermedad de Parkinson. La dopamina normalmente se sintetiza en el estriado, en las terminaciones nerviosas de las neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares se encuentran en la sustancia negra; en estas terminaciones nerviosas se toma el neurotransmisor dentro de las vesículas y se libera en el espacio sináptico cuando las células disparan.

Neuroanatómicamente, la denervación del estriado afecta la salida del estriado a la corteza a través de los sistemas estriado-pálido-tálamo cortical (corteza motora) y el sistema negro (parte reticular) tálamo-cortical (corteza premotora y prefrontal).

Por ello los síntomas en la enfermedad de Parkinson, como el temblor, la rigidez y la bradicinesia se deben a la disminución de actividad dopaminérgica en el putamen: circuito motor. Así mismo, se ha especulado que la pérdida de fibras pálido-corticales son importantes en la génesis del temblor y que la rigidez se relaciona con la pérdida de fibras estriado-palidales. Los síntomas de acinesia y los defectos posturales y del equilibrio son síntomas derivados de la degeneración de cuerpos celulares en la sustancia negra.

La deficiencia de dopamina en el núcleo caudado afecta a las conductas que dependen del circuito complejo y los pacientes presentan una

sintomatología frontal. En pacientes con sintomatología de tipo frontal se observa en una inhabilidad para ordenar y mantener programas cognitivos (actividades dirigidas hacia una meta) y por la presencia de signos motores de tipo frontal como la inhabilidad para mantener y organizar secuencias de acciones.

1.4.4 PSICOANÁLISIS FREUDIANO.

El siglo XX, siglo en el que transcurrieron un sinnúmero de acontecimientos, tales como: el avance de la cibernética, estudios referentes a la genética, y sin duda, el más preponderante es el holocausto del existencialismo como secuelas de las crisis provocadas por las guerras mundiales; y con ello, el surgimiento de nuevas ideologías políticas, culturales y económicas, desplegando un desequilibrio en la mente humana como resultado de estas propagaciones. Es por eso, que esta sección se dedicará a analizar, explicar, examinar y argumentar el bosquejo del devenir histórico del psicoanálisis Freudiano, pues a partir de esta corriente teórica se cimentará el resto de la investigación.

De este modo, retomando a Sigmund Freud, quien, nace dentro de eventos catastróficos para el ser humano, y posteriormente contribuye a la fundación de una nueva teoría dentro de los estudios de la psicología, con el objetivo de renovar y expandir el pensamiento crítico del estudio de la mente humana; y por lo tanto, desempeña un papel fundamental dentro del psicoanálisis con el propósito de contribuir a los estudios del funcionamiento anímico del ser, instaurando una serie de argumentos en cuanto a la estructura de la mente, perpetuado en la evolución de esta. Sin embargo, Freud, enfrentó a múltiples adversidades puesto que sus intervenciones cambiaron la mirada del pensamiento humano, por lo tanto, Freud fue partícipe de un acontecimiento de una revolución en la concepción de la subjetividad, por lo que reconstruye los estudios de la psicología; acogiendo al hombre en su escenario natural centrandose fundamentalmente su estudio en la fenomenología cultural y social.

Empero Freud provocó una gran controversia intelectual, al nutrir aseveraciones morales en contra de aquellos enajenados que se dieron a la tarea a desfigurar y manifestar intencionadamente una serie de especulaciones acerca que esta doctrina sería edificada en una fantasía. Que, desde luego, desmintió estos prejuicios y dedicó gran parte de su vida a sedimentar esta teoría imprescindible para el estudio de la subjetividad del ser, y también, a demoler los mitos de la sociedad y su cultura, por ello, desafió magnas dificultades frente al dominio de la hostilidad instintiva que intentaban dirimir sus estudios.

El discurso es el elemento fundamental dentro del tratamiento psicoanalítico; pues, este método instaurado en la palabra, que es, proporcionado por el lenguaje y que da condición a obtener el material inconsciente, en el que se transmiten un sinfín de saberes, sentimientos, conmociones, deseos y actos volitivos que influyen de hombre a hombre. La individualización es un camino transitable para el hallazgo de reajustes alcanzables dentro del tratamiento psicoanalítico, que, sin duda, se torna en una complejidad al hablarse de las funciones anímicas, un trabajo que, desde luego, es exclusivamente psicológico; y que contribuye a la modificación de aquellas perturbaciones de la realidad del sujeto mediante el estudio del caso por caso con el objetivo de proporcionar un trabajo confrontador y esclarecedor.

El malestar es el punto de partida del estudio del psicoanálisis, es por ello, que la propia experiencia guía al reconocimiento y deducción del material consciente e inconsciente, que si bien, se concibe como un estado fugaz. En este sentido, su labor se consolida en ser partícipe de una construcción sustentado en los pilares de la realidad del sujeto, estableciendo una alianza analizante-analista para asegurar la cautela y experiencia en cuanto a la interpretación del material. Cabe resaltar que el analizante no limitará su consideración respecto al analista, como una reencarnación en cuanto a él, transfiriendo un sinnúmero de sentimientos y emociones, considerándolo como

una ambivalencia en el que se tornarán una serie de peligros o elementos impensados, advirtiendo cualidades hostiles o encomiásticas.

(Freud, 1893) “Declaró que la “doctrina de la represión” (o de la defensa, nombre con que también la designó) “es ahora el pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis, su pieza más esencial”.

Su hipótesis clínica respecto a esta función psíquica, describiendo al desplazamiento y descarga que se propaga en aquellos acontecimientos traumáticos que puedan subsistir en el individuo, y que, del mismo modo, son reavivadas durante el trance en que son investidas; tal como Freud refiere a la huella mnémica.

En este sentido, (Freud, 1915-1916) señala que *“existe una serie íntegra de fenómenos anímicos harto frecuentes y de todos conocidos que, tras alguna instrucción en la técnica, pueden pasar a ser objeto del análisis en uno mismo. Por esa vía se obtiene la buscada convicción acerca de la realidad de los procesos que el psicoanálisis describe y hacer de lo correcto de sus concepciones”.*

En ocasiones el analizante tiende a idealizar al analista, transfigurándolo en un personaje parental, cuya relación debe esclarecerse con el fin de evitar traicionar su labor psicoanalítica, y así mismo, impedir marginarlo orillándolo a la dependencia, de tal modo, que es fundamental la reeducación de sus exigencias involutivas, pues, en ocasiones estas reacciones espontáneas retorna hacia un estado infantil.

Dichas exigencias pueden también tornarse tan intransigentes en el que enfermo se encuentre en un periodo de parálisis refiriendo esto a su funcionamiento desequilibrado en el que se aferra a la realidad con el fin de conservar y evitar quebrantar su estado normal. Es por ello, que (Freud, 1893) aludió lo siguiente: *“El psicoanálisis exige cierto grado de madurez e intelección en el enfermo, y por eso es inepta para personas infantiles o adultos imbéciles o incultos. Solo es posible cuando el enfermo tiene un estado psíquico normal desde el cual se pueda dominar el material patológico”.*

La estructuración de límites dentro del psicoanálisis solo es permisible cuando el paciente tiene un estado psíquico normal, desde el cual, tenga dominio en el contenido patológico, sosegando aquellos fenómenos procelosos cuyo estado confiere al psicoanalista la oportunidad de obtener una grata intelección referente a la vida anímica del paciente.

1.5 JUSTIFICACIÓN.

Actualmente el ser humano se constituye como una piel deshabitada, gobernada por la sociedad contemporánea que se enfrenta a un discurso de poder que regula, ordena e impone un actuar sin preguntas donde la palabra es aniquilada convirtiendo al ser en extranjero de su propio territorio; engendrando entonces una epidemia de palabras aniquiladas que suscitan un exilio de su libertad.

En estas actuales condiciones en el que reside el ser humano circunscrito en un discurso que *“empuja a la muerte que habita en la ciencia hacia prácticas técnico-científicas en su aplicación protocolaria que abolen la particularidad del sujeto”*, puntualiza (Recalcati, 2015) mismo que lo ubica frente a un fenómeno que ha trasladado de un lugar a otro a la psicología hacia una proliferación de búsquedas de aspiraciones ambiciosas que intenten apaciguar superficialmente la insatisfacción emocional mediante procedimientos que suprimen el síntoma derivado por lo inusitado que predispone la sociedad contemporánea a demandar la creación de un ser humano estandarizado y abismado mediante un ordenamiento imperativo, desdeñando de tal forma la subjetividad.

Hoy en día, sin embargo, las investigaciones acerca de estas enfermedades tales como el Parkinson y la depresión se monopolizan fundamentalmente en las afecciones en el sistema nervioso y el desarrollo de tratamientos médicos principalmente a la medicalización que conllevan a la proliferación de fármacos basados en cálculos estadísticos reduciendo a la

nada al ser, procedimientos dirigidos con el propósito de corregir el supuesto mal funcionamiento del individuo; esta medicalización considera (Braunstein, 2013) que es *“un arma poderosa que funciona al servicio de un discurso, el de los mercados, y ordena la sumisión en nombre de valores sacrosantos: la salud, la larga vida y la ciencia”*. Donde el cuerpo y la palabra es sometida y aniquilada por el Otro en su lucha por satisfacer su medida, predisponiendo al individuo a un exilio de su propio lenguaje y desterrando de esta forma el deseo del sujeto, de tal forma que omitir la escucha frente a su dolor psíquico que los desborda cotidianamente, parece no tener otra solución más que caer ante la demanda masiva de psicotrópicos.

Frente a la depresión que despliega un quebrantamiento de la esencia de la resistencia humana, es decir, ante el recelo del caos y la idealización del supuesto valor de la competitividad implantada al éxito sustancial, en la que muchos sujetos prefieren acceden voluntariamente a la entrega de una causalidad de sustancias químicas para que de esta forma pueda evitar el lenguaje fuente de angustia eligiendo entonces el silencio.

Entre la exigua y limitada intervención de la psicología en estos síntomas como consecuencia resulta imperioso poder justamente conocer al sujeto más allá del diagnóstico, es decir, su palabra, eso que no sólo remite al lenguaje, sino por medio de él a otra cosa que es su referente, porque somos sujetos sujetados al lenguaje, productos del inconsciente estructurado como un lenguaje. Es menester para el campo de la psicología ver más allá del diagnóstico, es decir, conocer lo que subyace detrás del síntoma de esta enfermedad manifestada en el terreno de la corporalidad, porque es ahí, donde comienza lo humano, en el cuerpo, Eros, Thanatos, representante de lo ausente, entidad de unión y separación, placer puro para Freud.

Frente a la complejidad actual en la que el psicoanálisis está remando contra corriente bajo el argumento de que subyace en una obsolescencia, a sabiendas que este tendrá fecha de caducidad el día en el que el ser humano

carezca de inconsciente, es decir, el día en el que deje de hablar y de actuar. Y al igual, en esa disputa relacionada con el cientificismo, ideología que pretende ser un leviatán imputando normas, para así, dirimir al psicoanálisis; provocando de tal modo, una resistencia tan colosal como la que desafió Freud.

Como secuela de este discurso la clínica actual se ubica frente a una serie de síntomas en distintas modalidades en la operación del cuerpo conjugando su acción a destiempo, tal como el Parkinson y la depresión; enfermedades que dejan prácticamente al cuerpo desarmado. Y por otra parte, la clínica contemporánea se enfrenta a palabras mutiladas, miradas ciegas, discursos que designan el actuar del sujeto en su andar. Una condición donde el cuerpo se utiliza como un lienzo para escribir (se) porque no hay forma distinta de habitar (se), por el cual, engendra una subjetividad fracturada. Justamente donde la palabra saborea ausencias y el silencio claudica, ahí, donde el cuerpo encuentra lugar en un naufragio constante, donde existe un mar profundo de suspiros silenciados y vientos que flagelan el transitar, injertando al sujeto a una ausencia desolada por el dolor que encamina a su exilio antes del amanecer.

Por esa razón, es imprescindible la participación del psicoanálisis, misma que surge a partir de una dialéctica entre Freud y las histéricas, en el que como punto de partida fue la evocación de los recuerdos para la distinción de la génesis de la enfermedad, encadenando los elementos causales entre los síntomas que desaparecían posteriormente pero que dejaban algunos estigmas, así, Freud consiguió reconocer que estos mismos eran caracterizados por la represión, mismo que contenía un recuerdo como conexión causal que ocasionaba un retorno la histeria.

Ante esta aclaración se plantea que la clínica psicoanalítica no surge a partir de una teoría establecida, si no que se construye a partir de los pacientes, tal idea que fundamenta este estudio de caso que a la vez confiere a la indagación de la génesis de la enfermedad de Parkinson y la depresión, así como las vivencias transcurridas y devenidas en este sujeto que tiene como referente esta clínica pensada en la especificidad del caso que da lugar a la

escucha de la palabra con sus abismos, apelando a la creación desde lo que falta, donde a partir del discurso se metaforice la relación con el cuerpo apuntando a que el sujeto pueda elegir mediante una dialéctica un cielo plácido para volver a habitar la palabra que desnuda y despeina las nubes y claros de su ocaso que acontece a modo de poesía con la melódica música que acompaña la palabra en los claroscuros del cuerpo.

Por otra parte, es necesario sumergirse a las profundidades para regresar a la superficie la palabra que da sentido a la voz que quedó ahogada en el cuerpo vaciado mediante la singularidad del caso. Por ello, la apuesta del psicoanálisis permite pensar la cura bajo otra forma de relacionarse con el Otro, mediante una posición diferente del sujeto que se construye y se inscribe en lo social, brindando una mirada cándida y piel tibia, donde se disipa lo apalabrado, ofreciendo la construcción del cuerpo del Otro, puesto que es *“el lenguaje quien nos atribuye un cuerpo y después nos lo otorga al unificarlo”* (Soler, 1993). Apalabrar en un encuentro cara a cara y que permite acontecer una admonición para que así la vida sea menos inconsolable, pues, la vida no es sin pérdidas. El psicoanálisis no sólo construye una teoría, sino un saber, discutible, transmisible y pragmático; en el que permite ser partícipes de un acontecimiento fundante de la diferencia.

CAPÍTULO II ENFERMEDAD DE PARKINSON.

*“Todo prisionero acaba volviéndose loco
y la voluntad cautiva no puede liberarse
a sí misma sino de una forma desquiciada”
-Friedrich Nietzsche.*

2.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

El siglo de XVIII, siglo de la Revolución francesa, época de gran perturbación social en la que John Parkinson un cirujano que ejercía en Londres se convirtió en padre de James Parkinson el 11 de abril de 1755. Fue uno de primeros estudiantes que entraron en el London Hospital Medical College, activista político y paleontólogo; vivió en una época de gran perturbación social, es considerado como un personaje de ideología radical y seguidor de los principios de la Revolución francesa. (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010)

Parkinson no publicó más sobre medicina porque dedicó gran parte de su vida a actividades de tipo social y político; sin embargo, logró cierto renombre gracias al arduo estudio y dedicación acerca de la parálisis agitante, empero, existieron grandes dificultades hacia la investigación de esta enfermedad, pues, existieron una serie de sucesos sociales, políticos y económicos que propiciaron limitaciones y detenciones en cuanto a las investigaciones del campo de la medicina.

Si bien, la descripción formal de la enfermedad de Parkinson es atribuida al ilustre médico inglés James Parkinson, publicado en 1817, en la que describe como una condición consistente en “movimientos temblorosos involuntarios, con disminución de la potencia muscular en la movilidad pasiva y activa, con propensión a encorvar el tronco hacia adelante y a pasar de caminar a correr; los sentidos y el intelecto no sufren mayor

daño”; sin embargo, se le atribuyeron a la enfermedad efectos ambientales mortíferos de la Revolución Industrial, ya que existen evidencias históricas de descripciones antiguas que hacen referencia a individuos con síntomas que podrían corresponder al padecimiento. (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010).

Empero la descripción de James Parkinson queda incompleta, al no mencionar dos síntomas fundamentales de la enfermedad, tal como la rigidez y los trastornos cognoscitivos, sin embargo, hoy se sabe que en algunos pacientes se adhieren a esta enfermedad algunas alteraciones emocionales.

“En el libro del Eclesiastés 12; 3-8 de la Biblia hebrea, que alude a las consecuencias de la ira de Dios, encontramos: “En el día que tiemblen los guardianes de la casa y se encorven los hombres fuertes” (la interpretación hebrea clásica cada parte del cuerpo está representada de forma alegórica, así "los guardianes de la casa" simbolizan las manos y "los hombres fuertes" se refiere a los hombros, es decir, temblor de manos y encorvamiento de hombros). Hipócrates hizo referencia al temblor en personas cuyas manos estaban quietas. Claudio Galeno distinguió el temblor de reposo del producido durante el movimiento”. (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010).

Algunos antecedentes históricos acerca de los estudios del Parkinson refieren que desde la antigüedad existían datos en los que se describen algunas alteraciones físicas, que hoy en día son conocidas como parte de la sintomatología del Parkinson. El síntoma que se manifestaba de manera más concurrente dentro de esta enfermedad fue el temblor en las manos. Sin embargo, se le atribuía esta patología a consecuencias externas al paciente, es decir, a factores ambientales o sociales.

Leonardo da Vinci para muchas personas es el prototipo de hombre del Renacimiento, cultivó el arte, el pensamiento, la ciencia y la tecnología. Advirtió que algunas personas exhibían al mismo tiempo movimientos anormales involuntarios y dificultad en realizar acciones volitivas. Relataba “aparece claramente en paralíticos cuyos miembros se mueven sin consentimiento de la voluntad y esta voluntad, con todo su poder no puede impedir que las extremidades tiemblen”. Francois Boissier de Sauvages de la Croix también hizo referencia exacta a los diferentes temblores insistiendo en los que sobrevenían durante el reposo que los denominó palpitations y solían atenuarse cuando se realizaba un movimiento. (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010). Es inverosímil conocer realmente si estos síntomas eran parte de esta enfermedad neurodegenerativa, pues, a consecuencia del nulo estudio del Parkinson en aquella época, eran anticipados los diagnósticos y que seguramente se atribuían síntomas de esta enfermedad, como consecuencia de otras enfermedades provocadas por estragos externos al enfermo.

Parkinson reconoció que lo que describía eran sugerencias precipitadas, pues, en su investigación exhaustiva y rigurosa, y admitía, a su vez, que no había realizado exámenes anatómicos rigurosos. De seis pacientes descritos, sólo dos reunían las manifestaciones típicas de la enfermedad y tres de estos pacientes fueron observados superficialmente, como el mismo Parkinson lo aceptó. Fue significativo que no mencionara la rigidez que acompaña a la enfermedad, lo cual ha sido motivo de especulaciones que van desde una falta de minuciosidad en la evaluación de estos pacientes hasta, lo más probable, que fue debido a que en ese tiempo el tono muscular no se examinaba. (Chávez, Ontiveros, Carrillo, 2013).

El limitado y prescindido estudio acerca del cerebro proveniente desde tiempos remotos, generado por la incapacidad de mejorar el poder analítico, dirigido hacia los procesos mentales con la finalidad de obtener datos rigurosos

y minuciosos para generar nuevos conocimientos en una disciplina basada en estudios científicos respecto al funcionamiento cerebral, como lo son los estudios neurológicos.

Retomando el estudio de James Parkinson, un estudio negligente, que como resultado de una observación efímera consideró que el intelecto y los sentidos se mantenían intactos tras no incluir síntomas cognoscitivos en la descripción de la sintomatología de la enfermedad.

Algunos médicos llegaron a realizar una distinción más básica entre el temblor de la esclerosis múltiple y la *“Muy pequeña conocida como enfermedad de Parkinson”* (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010). En este sentido, se sabe que existe una similitud entre los signos y síntomas de la esclerosis múltiple y el Parkinson, pues, parte de la sintomatología de ambas enfermedades son la ataxia (definida como aquella alteración de la coordinación de los movimientos voluntarios), las parestesias, (definidas como las sensaciones sensoriales anormales y transitorias), y sin duda, el deterioro cognoscitivo que conlleva a trastornos del estado de ánimo.

“En 1880 se habló por primera vez acerca de la rigidez asociada con la parálisis agitante por Charcot tras explorar cuidadosamente a sus pacientes. Junto con su colega Edme Felix Alfred Vulpian, Charcot estudió el temblor en pacientes con esclerosis en placas distinguiendo el temblor de estos sujetos del de la parálisis agitante; señalando la posición de las manos y el tipo de escritura como elementos semiológicos para su distinción”. (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010).

Paradójicamente Charcot acuñe el epónimo de enfermedad de Parkinson, con el fin de distinguir al pilar fundamental dentro del estudio de esta enfermedad refiriendo a James Parkinson. Por otro lado, Charcot y Vulpian en 1880 tras realizar estudios minuciosos, agregaron una serie de síntomas que hoy por hoy son fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad, luego de diferenciar las manifestaciones atáxicas en neuropatologías similares tales como la esclerosis y el Parkinson.

“Charcot recomendó la utilización de la hiosciamina (escopolamina) con la mejoría inesperada del temblor luego de este tratamiento, lo que generó que se utilizaran sustancias con propiedades similares, como sucede hasta la fecha”. (Chávez, Ontiveros, Carrillo, 2013). La escopolamina es utilizada con la finalidad de disminuir algunos síntomas provocados por de la enfermedad de Parkinson, tales como: los estados espásticos y la salivación, dicha sustancia sugerida en dosis terapéuticas produce depresión del sistema nervioso central, por lo que puede llegar a generar ciertos beneficios para el paciente, como somnolencia, fatiga y amnesia, y del mismo modo, un antiemético eficaz en esta enfermedad. Sin embargo, tras los estudios meticulosos se han hallado otras sustancias farmacológicas, reduciendo los efectos secundarios con el fin de concebir un pronóstico favorable ideal para el paciente con Parkinson.

“Santiago Ramón y Cajal y Charles Sherrington distinguieron la sustancia nigra, globus pallidus, tálamo y otros, que se agruparon con el nombre genérico de ganglios basales” (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010). Los ganglios basales son acumulaciones nerviosas en el cerebro, su función motora está centrada en la planificación e iniciación de los movimientos, por lo que dentro de esta enfermedad generan alteraciones en las funciones motoras, ocasionando movimientos involuntarios, limitaciones en la movilidad en las extremidades, y temblor de reposo en las manos, como consecuencia de la alteración en el tono muscular. Por tanto, se origina un rigor en los músculos creando un aumento en la contracción de la musculatura, generando así una hipertrofia en los mismos.

Sin embargo en 1894 Edouard Brissaud refutó a aquellas teorías que atribuyeron la enfermedad de Parkinson a problemas musculares, proponiendo lo siguiente:

“La parálisis agitante podía deberse a una lesión en la sustancia nigra, deducción que hizo al realizar una correlación de un tuberculoma de esa área”. (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010).

Pero, “19 años más tarde, en 1913 Friedreich Lewy, descubrió en el citoplasma de pacientes fallecidos con Parkinson una estructura redondeada eosinófila que fue denominada cuerpo de Lewy” (Chávez, Ontiveros, Carrillo, 2013). Comúnmente se asocia la presencia de los cuerpos de Lewy a la enfermedad de Parkinson, pues, frecuentemente los síntomas de ambas enfermedades, tales como: las alteraciones motoras y cognitivas se relacionan entre estas dos patologías. Sin embargo, para 1918, una epidemia conocida como “la gran encefalitis epidémica (enfermedad letárgica o de von Economo)” afectó a millones de personas, descrita de la siguiente forma:

La gran encefalitis epidémica (enfermedad letárgica o de von Economo) afectó de 20 a 40 millones las personas, cinco millones de las cuales después de meses o años desarrollaron síndrome parkinsoniano. A diferencia de la enfermedad de Parkinson, en estos pacientes no se encontraron cuerpos de Lewy; empero, esto marcó un elemento para la búsqueda de la causa de la enfermedad. (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010)

Mucho se ha investigado respecto a los factores desencadenantes de la enfermedad de Parkinson, es por ello, que en la búsqueda de los antecedentes de esta enfermedad se encuentran principalmente aquellas enfermedades de origen infeccioso, tal como se ha referido a la enfermedad de Von Economo, que afectó a gran parte de la población durante la primera guerra mundial generando así síntomas parkinsonianos. En este sentido, se sabe que la alteración patológica que subyace a la enfermedad de Parkinson es la pérdida de las neuronas dopaminérgicas, sin embargo, en la actualidad no se conocen los factores desencadenantes, empero en la mayoría de los casos se vincula a la interacción de factores ambientales y genéticos que detonan la enfermedad de Parkinson.

Para el año 1956, Arvin Carlsson “reprodujo un modelo experimental con conejos tratados con reserpina, por lo que concluyó que *“La noradrenalina y dopamina estaban reducidas y sostuvo que la dopamina era un neurotransmisor y los parkinsonianos se debían a su disminución. Al igual que Hornykiewicz y*

Birkmayer, quienes demostraron que los cerebros parkinsonianos tenían 80 a 90% menos dopamina deduciendo que su administración podría aliviar a estos enfermos” (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010).

Hasta hoy, se sabe que uno de los principales factores que genera la enfermedad de Parkinson es la muerte de las neuronas dopaminérgicas, dichas neuronas se comunican entre sí liberando el neurotransmisor conocido como dopamina, es por ello, que este desbalance neuronal generado en diferentes regiones cerebrales ocasiona anomalías motoras que singularizan a la enfermedad de Parkinson.

Fue en la década de 1960 cuando los investigadores identificaron un defecto cerebral fundamental que es el distintivo de la enfermedad: la pérdida de células cerebrales que produce un neurotransmisor, la dopamina, fundamental en los circuitos cerebrales implicados en el control del movimiento. Por lo que en 1967, George Constantin Cotzias la administró como precursor L Dopa (Mejor conocido como levodopa,) en dosis progresivas por vía oral, obteniendo un método terapéutico efectivo.

Este hallazgo contribuyó a la correlación bioquímica de esta enfermedad neurodegenerativa, siendo así la base del tratamiento coadyuvando a inhibir los estragos que genera en el sistema nervioso central obteniendo resultados beneficiosos. Posterior a estos estudios, según (García, Meza, Villagómez, Ramón, 2010). “En las décadas siguientes se han ensayado diferentes compuestos, como la L-Dopa o sus combinaciones, incluyendo la cirugía en sus diversas modalidades. A pesar de que se ha logrado un mejor control de los pacientes, alargar su esperanza de vida, la tolerancia, intolerancia o resistencia experimentada por muchos, y los efectos indeseables encontrados con el uso crónico de este medicamento mantienen la búsqueda del tratamiento idealmente curativo de la enfermedad”. La L- Dopa sigue siendo un pilar fundamental respecto al tratamiento farmacológico, siendo éste un medicamento eficiente para reducir los síntomas dentro la enfermedad de Parkinson, ofreciendo así un pronóstico favorable para los pacientes. Sin embargo, la

pretérita hipótesis acerca de la enfermedad de Parkinson la han refutado recientes hallazgos anatomopatológicos, especialmente, porque se ha hallado que la desconexión quirúrgica del pálido elimina los síntomas del Parkinson; empero, debe aclararse que este tratamiento quirúrgico está indiciado específicamente para aquellos pacientes con fluctuaciones motoras renuentes al tratamiento farmacológico.

2.2 ESCALA DE PARKINSON HOEHN Y YAHR.

La escala Hoehn y Yahr es un método que tiene como objetivo la puntualización de los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Esta escala fue creada por Melvin Yahr y Margaret Hoehn, publicada en 1967; originalmente estaba compuesta por cinco elementos signados del uno al cinco. Sin embargo, la escala fue modificada con el objetivo de afinar etapas intermedias de esta enfermedad. Por lo tanto, la escala (Hoehn MM, Yahr MD.) fue establecida de la siguiente manera:

Su puntuación va desde cero (no hay signos de enfermedad), uno (enfermedad exclusivamente unilateral), 1.5 (afectación unilateral y axial), dos (afectación bilateral sin alteraciones del equilibrio), 2.5 (afectación bilateral leve con recuperación en la prueba de retropulsión (prueba del empujón), tres (afectación bilateral leve a moderada, con inestabilidad postural pero el paciente es independiente físicamente), cuatro (incapacidad grave, aunque puede caminar o permanecer en pie sin ayuda), hasta cinco (está en cama o requiere silla de ruedas).

CAPÍTULO III FUNCIONAMIENTO ANÍMICO.

*“Libre de la memoria y de la esperanza,
ilimitado, abstracto, casi futuro,
el muerto no es un muerto: es la muerte.”.*

-Jorge Luis Borges.

En la descripción que proporciona Freud de los procesos anímicos, exploraciones difícilmente accesibles, se dirigen primeramente en la interpretación de los sueños como vía regia para la posibilidad del acceso del material inconsciente. No obstante, posteriormente postuló que este no era el único camino para el acceso de estos procesos, por lo que se fungió un papel de arquitecto del funcionamiento anímico; en las que la experiencia de la vivencia de satisfacción o la ausencia de la misma, es decir, la fuerza pulsional inaugurarán el camino hacia lo apalabrado, por lo que más adelante será bordeado en forma de síntoma como condición de lo psíquico. De este modo, el funcionamiento anímico va más allá de un proceso o mecanismo, pues, se fundamenta en una construcción, transacción y traducción del material inconsciente que da lugar a la represión, que en diversas ocasiones es desbordado a manera de cuerpo como acción de la pulsión de muerte.

3.1 RELACIÓN DEL YO CON EL OBJETO.

Freud crea una ligazón entre el narcisismo y la elección del objeto amor, en el que plantea que las pulsiones de un objeto pasaran de ser del propio yo a uno ajeno; es decir, cuando al objeto le es permitido abordar una relación con el cuerpo ajeno, con un semejante. Esta perspectiva permite discernir que la

producción del movimiento libidinal por el cual el investimento de objetos retorna e inviste al yo se experimentará a través del otro. Dentro de sus escritos en “Introducción del Narcisismo” en 1914, Freud describe como primer lugar que a partir de la descripción clínica de P. Nacke en 1899 pudo referirse hacia aquella “conducta por la cual individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual, lo mira con complacencia sexual”, puntualiza (Freud, 1914). No obstante, el término narcisismo obtuvo significado posterior a sus estudios abordados en las perversiones, perturbación en la cual la vida sexual del individuo ha sido absorbida rematadamente. Luego de las observaciones psicoanalíticas halladas en estos individuos aquejados por otras perturbaciones se hallaron rasgos similares pero aislados, tal como la homosexualidad delimitado por Sadger.

Así que, después de esta declaración para (Freud, 1914) fue menester referir que “el narcisismo no es una perversión, sino que se trata de un complemento libidinoso inherente a la pulsión de autoconservación”, es decir, esta defensa libidinal esencial a este pulsión encargada de que cualquier lugar del cuerpo puede devenir como zona erógena desde el momento en que una pulsión lo inviste dirigido hacia una representación inconsciente consustancial de todo sujeto.

Más tarde, puntualiza que el nacimiento del narcisismo surge a partir del replegamiento de las investiduras de objeto como un narcisismo secundario que se edifica desde el narcisismo primario a partir de una relación objetal, descripción construida en su estudio referente a los cuadros de esquizofrenia, sin embargo, para Freud no fue prioridad ahondar en este padecimiento sino que a partir de este construir un referente en cuanto al narcisismo. Además, añade que “frente a la formación de la imagen de una originaria investidura libidinal del yo, cedida después a los objetos; empero, considerada en el fondo, ella persiste, y es a las investiduras de objeto como el cuerpo de una ameba a los seudópodos que emite” (Freud, 1914).

El punto de partida para la descripción atañidas a los síntomas neuróticos fue que la energía libidinal contigua a las investiduras de objeto son manifestadas y posteriormente retiradas. Así también, estudió a grandes rasgos el contraste entre la libido yoica y libido objetal; en la que por un lado, este antagonismo cuanto más gasta una, tanto más se empobrece la otra. El estado del enamoramiento es un indicativo de que el desarrollo de la libido yoica alcanza la libido objetal por lo que se engendra como un tipo de resignación de la personalidad a beneficio de la investidura de objeto para distinguir su oposición en la fantasía como, describe (Freud, 1914) un “«fin del mundo» de los paranoicos”. Ante estas oposiciones es posible lograr una diferenciación a partir de las energías psíquicas, que inicialmente se hallan unificadas en el estado del narcisismo; por ello, solo es posible discernir entre una energía libidinal y una energía de las pulsiones yoicas mediante la investidura de objeto; por ello, la separación de la libido es propia del yo.

Por otro lado (Freud, 1914) se cuestiona acerca de “¿Qué relación guarda el narcisismo con el autoerotismo que se ha descrito como un estado temprano de la libido? Si se admite para el yo una investidura primaria con libido”. Referente a ello, para este es necesario que el individuo desde un comienzo asuma una ausencia del yo, de tal modo, que debe adquirir una unidad similar al yo y precedentemente este debe de ser desarrollado. Por tanto, para que el narcisismo pueda instaurarse han de agregarse a las pulsiones autoeróticas un reciente acontecimiento psíquico.

Además para (Freud, 1914) también fue imperioso cuestionar lo siguiente:

¿Por qué seguiríamos forzados a separar una libido sexual de una energía no sexual de las pulsiones yoicas? ¿Acaso suponer una energía psíquica unitaria no ahorraría todas las dificultades que trae separar energía pulsional yoica y libido yoica, libido yoica y libido de objeto?

Más tarde, esclareció que estas representaciones de la libido yoica y energía pulsional yoica son inaccesibles en cuanto a su contenido, definiéndola

como una teoría especulativa entre su concomitancia, en el cual, pretendería obtener primeramente calidad de fundamento y posteriormente un concepto delimitado con mayor claridad. Y así, pudo realizar este discernimiento entre la teoría especulativa y la ciencia construida basada en la interpretación de la empiria. Empero, esta última apela al derecho de una fundamentación pura e indiscutible bajo esta operación que se complacerán con unos pensamientos básicos pocos claros, que, sin embargo anhela obtenerlos con una nitidez superior en su transcurso como ciencia que será singularizada por la observación cuya idea no es el origen, sino el término.

Luego, (Freud, 1914) hace una segregación de la libido, infiriendo que:

“Esta es propia del yo y una endosada a los objetos es la insoslayable prolongación de un primer supuesto que dividió pulsiones sexuales y pulsiones yoicas”.

No obstante, esta diferenciación entre la libido yoica y la libido objetal fue un tanto fracasada para Freud, ocasionado por la carencia de su saber en cuanto a las pulsiones; por lo que fue ineludible auxiliarse transitoriamente en algún supuesto, de tal modo que se sometiera a prueba para que a posteriori esta fracasara o corroborara.

Además, (Freud, 1914) agrega que “el supuesto de una separación originaria entre unas pulsiones sexuales y otras, yoicas, viene avalado por muchas cosas”. Es decir, que frente a la conversión de la libido producida una investidura de objeto se torna exigua; pues, una de sus consideraciones tuvo que ser incrementada mayormente como una recompensación de placer. Y por otro lado, esta identificación entre las pulsiones libidinosas y las pulsiones yoicas tuvo que ser transmitida en el interior del yo, pues estas actúan vinculadas con otras pulsiones sexuales.

Para Freud, Sándor Ferenczi fue una influencia que lo llevó a considerar que la enfermedad orgánica tiene como referente la distribución de la libido. Aclarando lo siguiente:

“La persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento” (Freud, 1914).

De tal modo que, sí en el sujeto se halla un sufrimiento es ineludible la retirada del interés libidinal frente a los objetos de amor, por lo que este cesa de amar; así, este retira sobre su yo las investiduras libidinales para que estas puedan ser reanudadas al presentar su curación; por ello, el rumbo de la libido y el interés yoico son dirigidos hacia una misma dirección. Asimismo, Freud añade que “El decaimiento de la disposición de amar, aun la más intensa, por obra de perturbaciones corporales, su sustitución repentina por una indiferencia total, han sido convenientemente aprovechados por el arte cómico”. (Freud, 1914). Al realizar este contraste entre la enfermedad orgánica con el estado del dormir advierte que esto conllevaba a un retiro narcisista en cuanto a las posiciones libidinales que son conducidas al propio sujeto, pues, ante esta comparativa de estos dos ejemplos se halla una modificación en la distribución de la libido debido a esta alteración ubicada en el yo.

Posteriormente Freud a partir de su explicación relacionada con la hipocondria, agregó su descripción referente a «las zonas erógenas» en el que detalló que éstas están atañidas a la actividad por la cual una zona del cuerpo, (mayormente lugares que incumben a los genitales) envían a la vida anímica estímulos de excitación sexual su erogeneidad. Esta última, explicada por Freud como una “propiedad general de todos los órganos, que autorizan a hablar de su aumento o su disminución en una determinada parte del cuerpo” (Freud, 1914). Ante estas perturbaciones en las zonas erógenas almacenadas en el interior de los órganos, Freud pudo mostrar que éstas son similares a las alteraciones de la investidura libidinal en el interior del yo.

Después de esta aclaración para (Freud, 1914) también fue necesario cuestionar lo siguiente:

“¿En razón de qué está compelida la vida anímica a traspasar los límites del narcisismo y poner la libido sobre objetos? La respuesta

que se origina de esta ilación de pensamiento diría que esa necesidad sobreviene cuando la investidura del yo con libido ha sobrepasado de cierta medida. Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de su frustración no puede amar”.

Ante esta declaración, se puede percibir que la elaboración psíquica concede un auxilio en cuanto a la separación interna de excitaciones confiables de descarga directa al exterior. En este sentido, la vida amorosa fue sin duda una vía de acceso al estudio del narcisismo en la que existe una elección de objetos sexuales seleccionados conforme a sus vivenciales de satisfacción sexual autoeróticas transformadas como funciones vitales que son proporcionadas como autoconservación; debido a esto, las pulsiones sexuales se consolidan como preámbulo de las pulsiones yoicas, y ulteriormente se desligan de estas. Sin embargo, Freud no dividió radicalmente en dos grupos afín de la elección de objeto: ambos caminos son accesibles para la elección de objeto de amor para todo individuo, permitiendo seleccionar uno u otro, pues, originalmente disfruta de dos objetos sexuales: la madre o el sustituto y a él mismo; por lo tanto, en todo ser humano existe un narcisismo primario que es capaz de manifestarse en condición dominante ante su elección de objeto.

La sobreestimación sexual, que describió Freud como aquella que emana del narcisismo originario del niño y que también concierne a la sucesión del narcisismo sobre el objeto sexual. Esta sobreestimación sexual apertura al engendramiento del enamoramiento, un estado único relacionado a la compulsión neurótica que es dirigida hacia un empobrecimiento libidinal del yo a favor del objeto. En efecto, el narcisismo que se manifiesta con una singular nitidez desarrolla una gran atracción hacia otras que han renunciado a la dimensión plena de su propio narcisismo y que transitan en la exigencia de un requerimiento de amor de objeto.

3.2 EROS Y THANATOS.

Dentro de la teoría psicoanalítica Freud, aportó un bosquejo de los procesos anímicos, en los cuales, adoptó sin reservas que estos son regulados automáticamente por el principio de placer, estos aspectos teóricos son atañidos a partir de la doctrina de las pulsiones sexuales y las pulsiones del yo; que dieron pauta a la concepción de la pulsión de vida y la pulsión de muerte. No obstante, profundizar en la vida anímica es aterrizar en una superficie casi inaccesible y sombría; a excepción de la labor psicoanalítica, que posibilita que la vida anímica sea de cierto modo un horizonte con mayor nitidez, tal como lo describe Freud: “el psicoanálisis simplifica la vida”.

El transcurrir de los procesos anímicos es ajustada indeliberadamente por el principio de placer; el umbral de este curso es adquirido en una proporción de displacer, emprendiendo así, una trayectoria en la que su consumación coexiste con la minoración de dicha proporción; y lo por tanto, genera una desenlace que se relaciona con una disminución de displacer necesaria para la existencia de una acción de placer con la propósito de una evitación de displacer o placer. En este contexto, Freud refirió *“al placer y displacer a la cantidad de excitación presente en la vida anímica –y no ligada de ningún modo–, así: el displacer corresponde a un incremento de esa cantidad, y el placer a una reducción de ella”* (Freud, 1920).

La relación de ambos límites se halla entre las sensaciones que reproduce la estructura en la que se desarrolla el control de los estímulos; deduciendo así, el vínculo entre el placer y displacer y las oscilaciones de estímulos que intervienen dentro la vida anímica. Dicha correlación entre el placer y displacer con la cantidad de excitación no ligada a algún factor determinado que se halla en la vida anímica, correspondiendo de tal modo, al displacer en una elevación y el placer a una aminoración de tal cantidad. Es decir, la trayectoria de los procesos anímicos es regulada por el principio de placer, cuyo origen se encuentra en una tensión displaciente, dando como resultado un ahorro de displacer para originar una obtención de placer.

Sin embargo, es necesario añadir la descripción de la pulsión definida por Freud como *“Un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanza el alma”* (Freud, 1914). Es decir, la pulsión es referida al proceso dinámico consistente en un empuje, atañido a una carga energética o elemento de movilidad que engendra entonces un desarrollo del organismo dirigido hacia un objetivo que procede desde una excitación corporal en el que como fin tiene claro su aniquilamiento del estado de tensión con ayuda del objeto y de este modo la pulsión conseguirá su fin. Sin embargo, (Freud, 1914) también definió a la pulsión como:

“Un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma”.

Esta definición descrita por Freud anteriormente como el concepto fronterizo de lo somático correspondiente a lo anímico que actúa como agente de lo psíquico en las representaciones orgánicas, no obstante, previamente existía una descripción como aquella representación psíquica como nacimiento de estímulos intrasomática ininterrumpido respecto a los conceptos de circunscripción de lo anímico perteneciente a lo corporal.

El origen de la pulsión está constituido por el producto de fuentes de estímulos que se encuentran en el interior del organismo; para ello, Freud plantea que los estímulos exteriores se distinguen por acontecer mediante movimientos musculares; de los cuales, alcanzan una meta para ser un mandato heredado. En cambio, los estímulos pulsionales son suscitados en el interior del organismo, y por lo tanto, no interceden en ese mecanismo.

Dado a ello posibilita una concatenación entre el placer y displacer, concibiéndolo en términos psicofísicos, y por tanto a la vinculación dirigida hacia dimensiones de estabilidad o inestabilidad en la medida que el límite de displacer se desvíe de estos accesos cualitativos. Así, la función del aparato anímico persiste en la disminución en cuanto a la proporción de excitación con

la finalidad de acentuar lo displacentero. Sin embargo, no se escruta la analogía entre el ímpetu de las sensaciones y vicisitudes a las que son asignadas, ni al desarrollo de la psicofisiología; fungiendo este como un factor perentorio directo en la sensación. Asimismo para Freud fue menester hacer una distinción entre los estímulos pulsionales y los estímulos fisiológicos, por lo que puntualizó lo siguiente:

“El estímulo pulsional no proviene del mundo exterior, sino del interior del propio organismo. La pulsión, en cambio, no actúa como una fuerza de empuje momentánea [como los estímulos externos], sino siempre como una fuerza constante” (Freud, 1914).

Este esclarecimiento que permite hacer un discernimiento para designar a las necesidades pulsionales mismas que pueden ser anuladas mediante la satisfacción, que a su vez, son logradas mediante la acción guiada desde una fuente interior del estímulo. Y por otro lado, la pulsión opera desde el interior del organismo misma que no logra desarticularse, por ello, éstas no imbuen desde el exterior.

A lo anterior, el placer y el displacer a la porción de excitación exhibida en la vida anímica, de este modo, el displacer incumbe al incremento de esta porción y el placer a una reducción de la misma.

Para describir el principio de placer es ineludible bifurcar el principio de constancia, originado este en el principio de placer. Si bien, Freud menciona que en el alma se halla una fuerte tendencia al principio de placer, sin embargo, existe la presencia de otras fuerzas que lo rivalizaría, acertando correctamente a esta hipótesis final que concierne a la tendencia al placer. En consecuencia, (Freud, 1920) explicó que:

“En su mayor parte, el displacer que sentimos es un displacer de percepción. Puede tratarse de la percepción del esfuerzo de pulsiones insatisfechas, o de una percepción exterior penosa en sí misma o que excite expectativas displacenteras en el aparato anímico”.

Así, la hipótesis acerca de las directrices del aparato anímico se hallan en la conservación de la menor desvalorización posible de una proporción de

excitación incesante, misma que es dominado por el principio de placer. En otras palabras, la labor del aparato anímico se conduce hacia un sostenimiento del descenso en la porción de excitación, misma que es destinada hacia el ascenso comprendido como displaciente dirigida hacia la vida psíquica presidida por el principio de placer. No obstante, (Freud, 1923) en el texto de las dos clases de pulsiones, detalló lo siguiente:

“Se distinguen dos variedades de pulsiones, de las que una, las pulsiones sexuales o Eros, es la más llamativa. No sólo comprende la pulsión sexual no inhibida, genuina y las mociones pulsionales sublimadas y de meta inhibida, derivadas de aquella, sino también la pulsión de autoconservación, que nos es forzoso atribuir al yo”.

En cuanto a la dominación del principio de placer concebido como una proporción considerable dentro de los procesos psíquicos conducido hacia el placer, el cual, permanece fuertemente impugnado suscitado por la experiencia; por lo que existe una inclinación al principio de placer; no obstante, frente a esta propensión se contraponen algunos estados ya determinados, de tal modo, que su conclusión no concierne a esta predisposición. En este aspecto, Freud elabora una dualidad de estas pulsiones, contraponiendo al Eros con la pulsión de muerte, la cual, asume una reconducción del sujeto a un estado inerte, y por otro lado, el objetivo del Eros está encaminado hacia una obstaculización de la vida enlazada con la sustancia viva esparcida en partículas con el fin de conservarla. Estas dos pulsiones operan como una preservación de la vida ante un estado perturbado, en consecuencia, el origen de la vida es el continuo actuar del Eros frente a su oposición contra la pulsión de muerte; empero, la vida se aventura ante estas dos pulsiones.

Por otra parte (Freud, 1920) plantea que existe una constelación que determina netamente dos cosas:

“La primera, la prevalencia de las sensaciones de placer y displacer (indicio de procesos que ocurren en el interior del aparato) sobre todo los estímulos externos; la segunda, cierta orientación de la conducta respecto de las excitaciones internas que produzcan una multiplicación de displacer demasiado grande”.

Es por ello que existirá una inclinación por un manejo simulando una inhibición pero en el exterior, este, con el objetivo de conseguir una operación a manera de defensa encaminado hacia una protección antiestímulo. Aquí, es cuando Freud introduce el origen de la proyección, misma que tiene como función engendrar aquellos procesos patológicos; de tal modo, que para esclarecer estas reflexiones nombró como traumáticas a las excitaciones externas que preservan una fuerza caracterizada por su capacidad de transmitir la protección antiestímulo antes nombrada.

Además, las sensaciones de carácter displacentero en un alto grado de esfuerzo provocan una alteración singular en la descarga; así, nos queda claro que la diferencia entre el placer y el displacer es la elevación o la disminución de la investidura enérgica. Freud detalla también a aquel displacer específico del dolor corporal originada por el daño provocado en la protección antiestímulo fue agujereado en un lugar delimitado, en el mismo donde se encaminan hacia el aparato anímico central algunas excitaciones que fluyen de manera constante, que generalmente solo se muestran en el interior del aparato anímico. Desde luego, esta reacción de la vida anímica producida por la intrusión, la cual, es movilizadora por la energía de la investidura con el objetivo de generar una investidura energética adecuada.

La dicotomía que Freud ofrece ante estas dos clases de pulsiones contrapuestas entre las pulsiones yoicas y las pulsiones sexuales permiten diferenciar a aquellos procesos que destinan a la vida hacia la muerte, y por otra parte, a aquellas otras pulsiones que constantemente conservan, ligan y por consecuencia engendran nuevamente la vida.

En este sentido, (Freud, 1923) agrega que: “La repulsión de los materiales sexuales en el acto sexual se ligan entre el estado que acontece tras la satisfacción sexual plena y el morir, y, en animales inferiores, la coincidencia de la muerte con el acto de procreación. Estos seres mueren al reproducirse, pues, segregado el Eros por la satisfacción, la pulsión de muerte queda en las manos libres para llevar a cabo sus propósitos”. Por ello, ante la existencia de una

frustración en la satisfacción de las pulsiones sexuales el placer es sometido entonces a un terreno de la fantasía fundado por la represión que consigue inhibir las representaciones que provocan un displacer innegable.

En consecuencia, la pulsión sexual será conducida por el principio de placer, permaneciendo así, una realidad desexualizada en tanto que domina a las pulsiones yoicas. De este modo, se puede describir que el aparato psíquico está habitado tanto por la pulsión de vida como por la pulsión de muerte, es decir, por el Eros que opera como una amalgama en la instauración de mecanismos ascendentes y en tanto Tánatos visto como un antagónico atañe a la desintegración y desvinculación que derivan al estado orgánico en inorgánico. Sin embargo, es necesario retomar que la “Pulsión de muerte, expresión última del odio hacia sí mismo. A fin de cuentas, la pulsión de muerte es suicida”, como lo señala (Green, 2014).

A este respecto, Freud crea una tajante separación entre las pulsiones yoicas ligadas con las pulsiones de muerte, mientras que por otro lado las pulsiones sexuales son adheridas a las pulsiones de vida. Así, es posible esclarecer a los fenómenos de la vida que son desarrollados gracias a la labor del Eros, a la pulsión de muerte; y en conjunto la acción que permite perdurar al Eros o el contrapuesto de ambas partes. De modo que, el resultado del principio de placer es consecuencia de la acción mitigada por la libido desplazable a fin de proporcionar descargas; que, como efecto esta energía es transformada en una libido desexualizada, que permanecerá al servicio del Eros, esta descrita por (Freud, 1923) como sublimada, la cual, es explicada del siguiente modo:

“El propósito principal, es el de unir y ligar, en la medida en que sirve a la producción de aquella unicidad por la cual –o por la pugna hacia la cual– el yo se distingue”

De tal forma que, para que esta pueda originarse debe realizarse una labor del yo, el cual, tiene como responsabilidad la gestión de las primeras investiduras de objeto del ello que acoge la libido en el yo y que la une a la modificación del yo. Además, esta trasposición de la libido erótica en la libido yoica dirige una sumisión en cuanto a las metas sexuales, es decir, una

desexualización. Este esclarecimiento posibilita definir que en el momento en que la libido es dirigida hacia un objeto mediante el yo; es decir, cuando se funda una libido objetal, se instaura el narcisismo secundario, que es, sustraído por el objeto.

A propósito de estas pulsiones, las cuales las pulsiones yoicas resultan de la excitación de la materia inanimada buscan como fin la reintegración de su condición inanimada y desde otro punto las pulsiones sexuales son distinguidas por el desarrollo de los estados primitivos en el sujeto con el objetivo de conseguir la fusión de dos células desiguales. Esta analogía posibilita comprender a la vida cuando esta vuelve a suscitarse, en el que es ineludible la acción de las pulsiones sexuales en virtud de contribuir a la prolongación de la vida; es por ello, que si las demás pulsiones no ejecutan su accionar por consecuencia se edificará una mortalidad.

A partir de esto (Freud, 1923) refirió que:

“Existe una imposición de la impresión referente a que las pulsiones de muerte son, en lo esencial, mudas, y casi todo el alboroto de la vida parte del Eros. ¡Y qué lucha contra el Eros! Si la vida está gobernada por el principio de constancia, entonces está destinada a ser un deslizarse hacia la muerte, son las exigencias del Eros, de las pulsiones sexuales, las que, como necesidades pulsionales, detienen la caída del nivel e introducen nuevas tensiones”.

Justamente, esto da pauta a reflexionar que existe una aspiración con el propósito de obtener un placer de los sucesos que pueden procrear un displacer; pues, ante esa ausencia de satisfacción el aparato psíquico se ve obligado a instaurar representaciones reales del mundo exterior, como vía alterna satisfactoria. Así, se distingue que la función del Eros de las pulsiones sexuales como una labor de conservar y aumentar la sustancia viva trabajando en disolver las pulsiones displacenteras para que sean reconducidas al estado inorgánico inaugural. En otras palabras, el destino de una aspiración de las pulsiones sexuales producidas por la satisfacción de las sustancias sexuales; en el que ante la permanencia de la libido erótica desplazando a la libido yoica conlleva a la realización de las metas sexuales.

3.3 SÍNTOMA.

La construcción del síntoma se establece a partir de un vínculo con lo inconsciente, que atañe a la anulación de lo acontecido como displacentero. En este contexto la descripción del síntoma que plantea Freud es que la meta de toda vida es la muerte, pues este concierne a que el instinto de preservación es un aspecto de la pulsión de muerte porque protege al individuo, y que va más allá del pensamiento y acción. La elaboración psíquica crea un desvío encaminado hacia el exterior con el fin de transponer las distribuciones de displacer que acontecerán a manera de síntoma, de este modo, su función es que no exista un malestar.

Para ello, Freud definió primeramente la inhibición como aquel vínculo característico con la función que no se simboliza como patológico. Por otro lado, el síntoma es descrito como algo que incumbe a un fenómeno patológico, por lo que entonces la inhibición puede pertenecer a un síntoma, además la presencia de este es cedida por una transformación de la inhibición, es decir, el síntoma surge a partir de un proceso represivo fundado por un representante de la satisfacción pulsional obstaculizada.

Más adelante, Freud añade que *“el síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo”* (Freud, 1925). Dicha represión en la que el yo logra restringir el devenir consciente de la represión que trae consigo una moción desagradable, y que además, favorece al yo una manifestación de dominio en los procesos del ello. Freud indagó la vía que permite alcanzar este despliegue es llevado a cabo por el sistema preconsciente, el cual, es enlazado con una elaboración de la consciencia que obtiene excitaciones externas e internas a través de las sensaciones de placer y displacer que son abordadas desde su inicio que pretenden encaminar el transcurrir del acontecer anímico concernido al principio de placer.

Después de que Freud se cuestionara ¿De dónde emana la energía utilizada que origina una señal de displacer? En la que esclareció que la defensa al contraponerse a un proceso no deseado del interior en el que posiblemente sobrevenga una repetición del patrón de la defensa ligado este a un estímulo exterior, en el que el yo promueva un vía semejante con el fin de protegerse frente al peligro interior y exterior. Por ello, después de un peligro externo el sujeto da pauta a un intento de huida, esto iniciado por la retirada de la investidura por la percepción de un peligro en el que más adelante se auxiliará mediante recursos que posibiliten la percepción del peligro, pero sin rechazar la investidura. Esto crea una defensa frente a un estímulo exterior considerado como un peligro, de tal modo, que el ser emprende un intento de huida. Tal como lo explica (Freud, 1925):

“La represión equivale a un tal intento de huida. El yo quita la investidura (preconsciente) de la agencia representante de pulsión que es preciso reprimir (desalojar), y la emplea para el desprendimiento de displacer (de angustia)”.

Esto da pauta a una demostración que se ha constituido como inconsciente, puesto que se trata de un proceso represivo portador de algo desagradable, deviniendo como un intento de huida desarrollado desde el yo; y por lo tanto, ha creado un discernimiento entre la vía más segura impidiendo de tal modo que el campo de acción del peligro entre en rigor, por lo que instaura irreparablemente a la represión. De este modo, la angustia se origina por la represión, aunque, se puede pensar que el yo es la concepción pura de la angustia; aclarando lo anterior en el que se afirma que la energía de la investidura de la moción reprimida era trasladada como angustia. En otras palabras, la represión crea una mudanza dirigida hacia la angustia por medio de la investidura, es decir, inicia una movilización de la energía pulsional que tiene como consecuencia una investidura acrecentada originada por la retirada de la investidura yoica preconsciente; esta idea ligada al cuestionamiento de Freud (1925) en donde argumenta:

“¿Cómo es posible, desde el punto de vista económico, que un mero proceso de débito y descarga, como lo es el retiro de la investidura yoica preconsciente, produzca un displacer o una angustia que, de

acuerdo con nuestras premisas, sólo podrían ser consecuencia de una investidura acrecentada?”

Dicha fuente no está consignada a obtener una descripción económica, puesto que la angustia es consumida como un acontecimiento reciente producido por la represión , por lo que no es fecundado como un estado afectivo continuando con una imagen mnémica anterior. Ante la producción de angustia, transcrita como un estado afectivo siguiendo a aquellos acontecimientos traumáticos que se inscribieron como material inconsciente, para que en lo posterior pueda ser reactivado desde el momento en que este fue investido. De este modo, la situación de peligro no es meramente orgánica por lo que el súperyo no debe ser considerado dentro de la represión, puesto que no es posible discernir si la emergencia que crea es un deslinde entre el esfuerzo primordial de desalojo o el esfuerzo de dar caza. Así mismo, la intensidad hipertrófica de la excitación y la ruptura de la protección antiestímulo constituirá las represiones primordiales. En este contexto, (Freud, 1925) explica que las represiones emergen en dos situaciones:

“La primera, cuando una percepción externa evoca una moción pulsional desagradable y la segunda, cuando esta emerge en lo interior sin mediar una provocación”.

En este sentido, la protección antiestímulo conexos con las represión, pues, se manifiestan en dos circunstancias; la primera, ante una percepción externa aludida a una moción pulsional desagradable y la segunda ocurre en el interior que no evita una provocación desagradable. Esto es, la protección antiestímulo acontece exclusivamente ante estímulos externos y no precisamente ante pulsiones internas. Por ello, la represión procrea el comienzo de la formación del síntoma en el momento en el que el yo apela a una señal de displacer que logra extinguir la moción pulsional, que sin embargo, halla un sustituto distorsionado, desplazado e inhibido por lo que este se vuelve irreconocible como satisfacción ocasionando un consumo de sensaciones de placer, que más adelante se registrará como un carácter de compulsión. La destitución del síntoma dirigida a la satisfacción se exhibe

mediante un proceso sustitutivo en el que la represión muestra un papel fundamental, así (Freud, 1925) explica lo siguiente:

“El proceso sustitutivo es mantenido lejos, en todo lo posible, de su descarga por la motilidad; y si esto no se logra, se ve forzado a agotarse en la alteración del cuerpo propio y no se le permite desbordar sobre el mundo exterior; le está prohibido trasponerse en acción”.

En otras palabras, el yo frente a un displacer consigue sofocar por entero la moción pulsional, sin embargo, a pesar de la represión, la moción pulsional encuentra un sustituto pero este mismo se encuentra desplazado o inhibido, y por tanto, no es identificable como satisfacción, y si este llega a extinguirse por consiguiente se creará un displacer, de tal modo que se instaurará el síntoma. Este mismo proceso sustitutivo es conservado remotamente con el objetivo de aislar la descarga de la motilidad, por lo que, si esto fracasa estará obligado a concluirse mediante la alteración del propio cuerpo y no sobrepasará hacia el exterior, pues, le será ilícito operar bajo esta forma.

Por ello, (Freud, 1925) describe que *“El yo gobierna el acceso a la consciencia, así como el paso a la acción sobre el mundo exterior; en la represión, afirma su poder en ambas direcciones. La agencia representante de pulsión tiene que experimentar un aspecto de su exteriorización de fuerza, y la moción pulsional misma, el otro”.* Es decir, dentro de la represión el yo dirige en la consciencia y en el mundo exterior dando paso a la acción; por lo que, la labor del yo está destinada por el dominio de la realidad externa, y por tanto, este concluirá como un proceso sustitutivo. Así, a través de la construcción del síntoma en colaboración de la represión en el que reitera una presencia externa e independiente al yo.

Y no exclusivamente hablando de la organización, sino que también “todos sus retoños gozan del mismo privilegio, se diría que de «extraterritorialidad»; cada vez que se encuentren por vía asociativa con sectores de la organización yoica cabe la posibilidad de que los atraigan y, con esta ganancia se extiendan a expensas del yo”, afirma (Freud, 1925).

El proceso ocasionado por la represión ha devenido síntoma mediante la labor de la lucha defensiva frente a la moción pulsional desagradable, atestigua su presencia en el exterior del yo, y de este modo, continuará en la lucha ante su oposición de la formación del síntoma. Empero, será una conclusión que no acaba, pues esta disputa contra la moción pulsional insiste a su oposición en la lucha contra el síntoma. Pese a la presencia del síntoma y ante su incapacidad para ser eliminado se verá obligado a habituarse a dicha situación.

Así, (Freud, 1925) señala que *“sobreviene una adaptación al fragmento del mundo interior que es ajeno al yo y está representado por el síntoma, adaptación como la que el yo suele llevar a cabo normalmente respecto del mundo exterior objetivo”*; esto es, cuando el síntoma percibe un valor para la confirmación de sí, vinculado con el yo transfigurándose como algo fundamental para este; así también, la perturbación del síntoma continua representada dentro un papel del sustituto apropiado y como brote de la moción reprimida cuya reivindicación de satisfacción se restaura, orillando al yo a proporcionar una señal de displacer y a colocarse como defensiva. De tal modo, el síntoma no es abordado en la agencia representante de la moción pulsional para la represión, sino que atañe a una reacción frente a lo displacentero.

La introversión no designará propiamente a un neurótico, sin embargo podría involucrarse bajo un escenario endeble de tal modo que será ineludible que este desarrolle síntomas a excepción de que encuentre alguna otra posibilidad de escapatoria para su libido estancada. En este sentido, Freud mediante sus hallazgos clínicos abordados desde la neurosis de angustia estableció su conclusión acerca de que la excitación acumulada busca una vía de salida que es transformada en angustia, esta comprobación fue cimentada a partir del principio de constancia, el cual, es inherente al sistema nervioso su disposición a reducir o incrementar de manera constante la cantidad de excitación presente en el mismo.

A esto (Freud, 1916- 1917) menciona que: *“El carácter irreal de la satisfacción neurótica y el descuido de la diferencia entre la fantasía y realidad ya están, en cambio, determinados por la permanencia en el estadio de la*

introversión”. La concepción meramente dinámica fue insuficiente ante estos procesos anímicos, es decir, que ante los fenómenos psíquicos resultantes del conflicto de fuerzas entre unas con otras, siendo este el origen del conflicto psíquico; por tanto, fue necesario introducir el punto de vista económico, en cuanto a sus cambios de intensidad y su movilidad. En este contexto, este nuevo factor contribuyó a la ensambladura de esta concatenación, dado a que fue ineludible implantar la magnitud de energías que se incorporan a esta acción.

Más adelante (Freud, 1916- 1917) agrega que *“la importancia patógena de los factores constitucionales que dependen de cuánto más de una pulsión parcial respecto de otra esté presente en la disposición”*. Por lo tanto, el factor cualitativo no es la vía para la distinción en cuanto a un ser humano de otro, si no que para Freud no será menos determinante el factor cuantitativo pues este tiene la condición de intransigencia de adquirir una neurosis, de esta forma lo que incumbe bajo esta condición es el monto de libido que no es destinada a que la libido tenga la capacidad de disuadir lo sexual hacia las metas de la sublimación. Para ello existe una condición imprescindible como lo es el displacer promovida por la insatisfacción de un instinto, que ahuyentará al placer, así que de este modo, los componentes cuantitativos serán imprescindibles para la aspiración de placer que por condición se mantendrán en la evitación de displacer, sometiendo a la cantidad de excitación que funge su labor dentro del aparato anímico, evitando el fracaso o la inhibición generado por el displacer, así podemos plantear que esta, es la meta final de la actividad del alma.

CAPÍTULO IV DUELO Y MELANCOLÍA.

*“El hombre olvida que es un muerto
que conversa con muertos”.*

-Jorge Luis Borges.

En 1914 Freud comenzó su trabajo sobre “Duelo y Melancolía”, en el que abordó inicialmente el duelo, y en lo posterior, describió a la melancolía, que si bien, actualmente es referida a los estados depresivos que corresponde a una implicación ligada a la pulsión de muerte en el que el mundo del sujeto se encuentra vacío posterior a la pérdida del objeto de amor en el que atañe también, a una afección narcisista que este objeto de amor avalaba.

Freud centró su interés particularmente en las formas melancólicas, es por ello, que a partir de esta aclaración entre el estado melancólico y el duelo permite discernir a ambos acontecimientos; en los que por una parte refiere al duelo como un estado patológico tras la pérdida de un ser querido o de un ideal, caracterizándolo como una condición enfermiza, que arrasa hacia un desequilibrio dentro de la vida del paciente. Por tanto, es indudable la existencia de una relación entre el duelo y la melancolía, en los que (Freud, 1914) aporta las siguientes definiciones:

“La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo”.

Es decir, la melancolía se identifica psíquicamente por ser un estado de ánimo abismal, una cesación del interés por lo exterior y la inhibición de todas

las funciones, distinguiéndose por la incapacidad de crear vínculos afectivos con el otro. A diferencia de la melancolía, el duelo se identifica por la falta en él la perturbación del sentimiento de sí y las rupturas en las ligaduras son confrontadas con el juicio de que el objeto ya es inexistente. Por ello, ante *“Estas condiciones la palabra adquiere toda la eficiencia simbólica de un arma, posibilitando que se haga sufrir mediante la ridiculización, la inferiorización. Así como el ataque corporal tiene sus armas específicas, la palabra constituye el instrumento privilegiado de ataque al narcisismo, aun cuando no sea el único”*, menciona (Bleichmar, 1980). Por otra parte, el duelo explicado como una reacción tras el fallecimiento de una persona amada, el cual, conlleva al desinterés por el mundo exterior evocado en tanto al muerto que de la misma forma prescinde al doliente a rechazar completamente la elección de un nuevo objeto de amor. Además, (Freud, 1914) plantea que:

“La inhibición y el agotamiento del yo ocasionado por el duelo pesados, expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses”.

El contenido dolido frente a la reacción de la pérdida de un objeto amado, concibe un quebrantamiento por el interés en el mundo exterior, particularizando por el intacto vinculado al objeto; la incapacidad de permanecer frente a un nuevo objeto de amor, descrita por el doliente como una forma de reemplazo. Sin embargo, este procesamiento en el que se contemplan aquellos pensamientos o representaciones vinculadas con el objeto inciertamente se agotarán a sí mismo, por ello, la persona ante el duelo elegirá la vida sobre la muerte. A este respecto, el duelo opera en el sentido que el objeto amado ya no habita por lo que advierte a ya no agregar la libido vinculados con dicho objeto.

De modo que, esto ocasiona una resistencia, ocasionando en un caso extremo en el que se figure una perturbación de la realidad, generando una psicosis alucinatoria de deseo, descrita por Freud como: la derrota del “olvido” de la representación inconciliable, admitiendo que ésta es rechazada al mismo tiempo que su afecto; por lo cual crea una negación en cuanto a la desaparición

del objeto. Esta representación examinada y fragmentada sobrelleva un largo tiempo y una sobreposición de energía de investidura; pues, la existencia del objeto perdido permanece presente en lo inmaterial. En el duelo no patológico influye de manera normal el acatamiento a la realidad; sin embargo, esta orden no permite efectuarse enseguida. Dentro de este duelo, los recuerdos y las expectativas son finalizados con ayuda de la libido que se encontraba ligadas al objeto, y, posteriormente son investidos para así concluir con la desligadura de la libido. Por otra parte, (Freud, 1914) cuestiona:

¿Por qué la operación de compromiso, que es el ejecutar pieza por pieza la orden de la realidad, resulta tan extraordinariamente dolorosa? Hallando una respuesta en que lo considerable es que parece natural este displacer doliente”.

Por tanto, al pasar el trabajo del duelo, el yo se vuelve libre y desinhibido; por lo que se cree que está apto para dirigir su energía pulsional hacia un nuevo objeto, conocido este como “catexia libidinal”, y que es liberada de su ligamen con el objeto perdido. Esto admite una movilidad libidinal y la así llamada contingencia del objeto; sin embargo, este objeto es sustituible, por lo que se afirma que el duelo no patológico transcurre sin ambivalencia.

En otro orden de ideas, Freud explicó a partir de sus estudios en casos que la melancolía es también una reacción ante la pérdida de un objeto amado relacionado como un objeto ideal. Adicionalmente (Freud, 1914) describió que “*El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor*”, así esta particularidad posibilita discernir ambos, por lo que un aspecto fundamental que permite reconocer es que en la melancolía existe una pérdida de objeto evocado a la consciencia, en cambio, en el duelo esta pérdida de objeto incumbe al material inconsciente. En este sentido, en el duelo se encuentran aunados la inhibición y desinterés que impregna al yo; en cambio, en la melancolía la pérdida omitida obtendrá como consecuencia una labor interior similar del que será responsable la inhibición que le caracteriza.

Los sentimientos ambivalentes crean situaciones de culpabilidad al doliente, por lo que se castiga a sí mismo por aquello que no logró hacer u ofrecer hacia el ser amado perdido. Freud argumentó que: “el factor decisivo no

es la fuerza del apego hacia alguien a quien se ha perdido. No es el amor, sino la mezcla de amor y odio lo que importa". Por lo tanto, puede ser que la voluntad misma para separar esta ambivalencia entre el amor y odio, lo que incapacite al doliente, desamparándolo en medio de un limbo atormentado y devastador que puede lograr fecundarse como un desfallecimiento. Asimismo (Freud, 1914) añade a esta descripción que:

"El melancólico muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja de su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo".

Así el melancólico exhibe un singular empobrecimiento yoico, declarándolo como un yo indigno e infructuoso, realizando una serie de reproches y denigraciones en las que tiene como expectativas recibir un castigo. En cambio, el duelo promueve un trabajo de desprendimiento con el objeto perdido, además, lo determinante será la supresión e inhibición de cualquier punto de referencia, de tal forma que promueve una modificación en cuanto a la retirada que es registrada en la realidad del sujeto.

Conjuntamente, la característica clave de la melancolía es la desvalorización del yo, que se acompaña de un abatimiento profundamente doloroso posterior a una pérdida o colapso de un ideal, culmina como una autorepresentación indigna, pues, la autoimagen es hondamente perturbada, por lo que el enfermo considera que su desenlace concurrirá como un ser castigado y expulsado. Por tanto, una vez suscitada la pérdida significativa, el doliente dirigirá una transferencia de la imagen hacia su ego. Por contraste el melancólico e humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna, que, no juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; asevera que nunca le fue mejor. De esta forma (Freud, 1914) relata este cuadro de la siguiente manera:

"El cuadro de este delirio de insignificancia se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida".

No obstante, el objetarle al enfermo las acusaciones contra su yo es un acto inútil en el trabajo terapéutico, y es que en “algún sentido ha de tener razón y ha de pintar algo que es como a él le parece”, asevera (Freud, 1914). Empero, no es posible avalar absolutamente dicha afirmación, en cambio, lo que se puede reiterar que manifiesta el enfermo en cuanto al desinterés y la incapacidad de amar como fruto de la labor interior que se encuentra aniquilando al yo, semejante al trabajo del duelo. Además, los autorreproches característicos de los síntomas del melancólico subsisten exclusivamente en formular un cuestionamiento, sin crear más allá de un tipo de solución, conjuntamente la excesiva autocrítica que se promueve para posicionarse como egoísta y miserable y de esta forma le sea posible encubrir su condición pusilánime que promueva a cuestionar la causa para implantar dicho padecimiento que esté ligada a sus autoaseveraciones. Para (Freud, 1914) también resultó llamativo que:

“El melancólico no se comporte en un todo como alguien que hace contrición de arrepentimiento y de autorreproche. Le falta (o al menos no es notable en él) la vergüenza en presencia de los otros, que sería la principal característica de este último estado”.

Un rasgo que distingue al melancólico es la imperiosa franqueza que alienta al des-nudamiento de sí mismo, por ello, lo primordial es saber si sus aseveraciones corresponden a su estado psíquico. Por otro lado, con el duelo se puede encontrar que en sus manifestaciones también emerge una pérdida en su yo ocasionado este por una pérdida en el objeto. En este sentido, las demostraciones que en el mayor de los casos se emiten públicamente dan apertura a que el doliente tenga acceso a sus propias pérdidas; por tanto, el autorreproche es una manifestación de reproche dirigida hacia el objeto perdido.

Es decir, el melancólico puede enfrentarse a un desconocimiento a nivel consciente, y por tanto involucrar o vincular una desilusión de alguien más como la pérdida ocasionada por el colapso de un ideal. Esta distinción para el melancólico se entorna en un conflicto de diferenciación entre a quién ha perdido y lo que ha perdido en él. Es por ello, que una de las características

claves para Freud es la degradación en la autoestima, a tal grado, de manifestar autorreproches e autoinjurias conllevándolo así a la pérdida de respeto por sí mismo orillándolo a la consumación delirante por ser castigado.

Sin embargo, esto coloca frente a una contradicción, que sin duda emitirá una incógnita envuelta en una compleja resolución. Estas situaciones de pérdida frecuentemente están implicadas como demandas respecto a estos misteriosos desplazamientos de sentimientos principalmente emergidos como un aparente odio.

En tanto que, la melancolía permitió a (Freud, 1914) introducir un precepto más íntimo del yo, y por ello explica que:

“Una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente, la toma por objeto. Y todas nuestras ulteriores observaciones corroborarán la sospecha de que la instancia crítica escindida del yo en este caso podría probar su autonomía también en otras situaciones”.

Es aquí donde Freud introdujo el término de consciencia moral hallado en el yo y que se encuentra ligado a la censura de la consciencia y el examen de realidad. Conjuntamente detalló el cuadro nosológico de la melancolía enfatizado por el desagrado moral con el propio yo, agregado a esto un profundo abatimiento físico, una escisión con el lazo social, pese a esto, infrecuentemente corresponden a estas acusaciones, lo único que concierne es el empobrecimiento que se posiciona entre sus declaraciones o temores.

En otras palabras, esto es suscitado como sí una parte del yo se apone a la otra parte, de tal modo que la considera críticamente tomada por objeto, esto referente a partir de la instancia crítica escindida del yo. De modo que, una característica primordial dentro de la melancolía, es la subsistencia de una extraordinaria degradación del sentimiento yoico. En consecuencia, el melancólico no abandona su posición libidinal por lo que permite referir que esta absoluta entrega dirigida hacia el trabajo de duelo es un modo de pretender conservar al objeto al cual no se intenta reemplazar. Así, distinguir entre los autorreproches y los reproches dirigidos hacia el objeto de amor que fueron rechazados por el yo ayudará a descubrir el cuadro clínico.

La existencia del objeto perdido permanece en lo psíquico y por tanto, continúa engendrando un desprendimiento de la libido; el cual, puede figurarse como algo imposible. Sin embargo, esto puede relacionarse como un objeto ambivalente subsistido desde una perspectiva fuertemente imprescindible para el individuo. A lo anterior agrega (Freud, 1914):

“La conducta de los enfermos se hace ahora mucho más comprensible. Sus quejas son realmente querellas. Ellos no se avergüenzan ni se ocultan; todo eso rebajante que dicen de sí mismos en el fondo lo dicen de otro”.

El indicio ante las personas cercanas de esa sumisión y desolación que se restituyen de personas indignas a martirizadores de sobremanera identificándose como víctima de una gran injusticia, esto es factible meramente por la perturbación de la constelación anímica que posteriormente fueron conducidas hacia una contrición melancólica. Dicho de otro modo, que para el enfermo es más factible expresar enojo contra los vivos, es decir, busca una escapatoria dirigido hacia otro blanco al cual desplazar esos sentimientos oscilados entre la furia y la angustia que a menudo emergen, pues no sólo existe un enojo frente a la objeto amado por irse, sino que reside un enojo en el doliente por haberlo dejado con alguien más. Freud creyó que este grado de ambivalencia más que la intensidad de sentimientos positivos hacia el ser amado perdido lo que era el factor decisivo en el duelo, además añadió que:

“Todo esto es posible exclusivamente porque las reacciones de su conducta provienen siempre de la constelación anímica de la revuelta, que después, por virtud de un cierto proceso, fueron transportadas a la contrición melancólica” (Freud, 1914).

Esta clase de conflictos son la expresión misma de una reacción emocional alguna vez reprimida y que subsistió de manera latente en aquel tiempo, por lo que en la melancolía éstas reacciones fragmentan al ego, por lo que es considerado que el yo del doliente es maltratado sin clemencia. La elección de objeto ligado con la libido de un objeto en específico como resultado de un insulto o un desengaño acaecido por un ser amado que además origina una conmoción en este vínculo con el objeto.

La descripción del melancólico respecto a su autoimagen simbolizada como indigno y ruin, el cual, solo espera un castigo y pretende manifestar que sostiene cierta razón al expresar algo de esa condición y que tal vez, se aproxima lo suficiente al conocimiento de sí mismo. (Freud, 1914) puntualiza:

“La investidura del objeto resulta poco resistente, y es cancelada, pues la libido libre no se desplaza a otro objeto sino que se retira sobre el yo. Pero ahí no se encuentra en un uso cualquiera, sino que sirve para establecer una identificación del yo con el objeto resignado”.

Esto es, un indicio del objeto reincidió en el yo y posteriormente se determinó por una instancia particular que se suscitó como un objeto desamparado, añadido a esto, dicha pérdida de objeto promovió mudarse como una pérdida del yo, y también, el conflicto entre el yo y el objeto amado instauró una división entre el yo crítico y el yo alterado por identificación. Dicho de otra manera, el objeto cae sobre el yo, quien en lo subsecuente, es conceptualizado mediante una instancia específica como sí correspondiera a un objeto, suscitado como un objeto abandonado. Esta unificación del yo con el objeto resignado, es decir, que la sombra del objeto se debilita sobre el yo. Esto da acceso para que sea interpretado que esta sombra actualmente reside sobre el yo previo a que éste abandone la realidad. Para ello, es necesaria una concatenación inmediata de hipótesis y resultados de dicho proceso. Y del mismo modo, para (Freud, 1914) es ineludible:

“Una fuerte fijación en el objeto de amor y, por el otro y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto”.

Es decir, ante la existencia por un lado de un acontecimiento y por otro, una fijación muy consistente en el objeto de amor, añadido a esto una oposición por la escasa resistencia a la investidura de objeto. Adicionalmente, Otto Rank argumentó que dicha contradicción reivindica que la elección de objeto se lleve a cabo sobre una base narcisista, para que de esta forma la investidura de objeto posibilite su retorno al narcisismo ante posibles conflictos. De tal forma que detrás de estas expresiones están relacionadas con las

interdependencias correlativas patógenas que instauran un equilibrio con poca estabilidad, es decir, precario; que se fragmenta tras la pérdida del objeto y limita al yo dejándolo sin recursos para conseguir enfrentar el duelo.

(Freud, 1914) añade que “la identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo de amor no deba resignarse a pesar del conflicto con la persona amada”. Lo que opera aquí como modo de auxilio en el amor de objeto y que se reconoce como una articulación dentro de las afecciones narcisistas como secuela del vínculo desprovisto con el objeto estructurante que impidió el aumento de recursos fundamentales que por tanto, obligó a una identificación patógena y por consecuencia mantuvo una condición limitada, perteneciente a la regresión de selección de objeto posicionada en el narcisismo primario.

El establecimiento que ofreció Freud respecto al reconocimiento como un periodo anterior de la elección de objeto, sin duda, una declaración ambigua como el yo reconoce a un objeto y que pretende consumir o devorar a través de la fase oral.

Las identificaciones melancólicas son de carácter penetrante, estas comprenden que el individuo accede a una fase propia del narcisismo secundario. Por tanto, los juicios que el sujeto se autodirige, en realidad, son encauzadas al objeto introyectado por identificación. Empero el prescindir estas caracterizaciones consiguen ofuscar el verdadero significado de los síntomas, los cuales pueden ser adoptados o imitados como atributos del ser amado perdido. El deseo imaginario de incorporar al ser amado mediante el bocado hasta succión dado por un lenguaje con el fin de una incorporación y aprehensión del objeto amado perdido. Asimismo, la melancolía da acceso a un fragmento de sus representaciones frente al duelo, y, por otra parte a la regresión a partir de la elección narcisista de objeto comprendido hasta el narcisismo.

La pérdida del objeto de amor dispone a las manifestaciones a una condición abismalmente carencial del doliente. Esto vinculado con los conflictos

del cambio psíquico que involucra inevitablemente insondables procesos de anulación ligados a esa identificación, luego de la carencia de recursos yoicos imprescindibles para el desprendimiento de las identificaciones patógenas. Como expone (Freud, 1914):

“El duelo es la reacción frente a la pérdida real del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor”.

De esta manera, Freud a partir de la neurosis obsesiva que puede conceder al duelo una disposición patológica y que posteriormente constriñe a una exteriorización a manera de autorreproches configurado esto como que el sujeto mismo es culpable de la pérdida de amor, es decir, que este lo anhelaba.

Dentro de estas depresiones tras la pérdida de un sujeto amado destaca el conflicto de ambivalencia que procede de manera independiente cuando este es abandonado por el retiro de la libido. Lo que sobresale dentro de la melancolía es la condición de menosprecio y desengaño conforme a la posibilidad de introducir en el vínculo una discrepancia entre el amor y el odio o por el contrario, una ambivalencia precedente. Es decir, en la melancolía, este odio destroza el ego de la persona misma, el cual ha sido ahora equiparado con el objeto de amor odiado, no perdonado. Es por ello, que el yo es tratado sin piedad; dado esto, a causa de que el melancólico se entrega para que el objeto lo manipule a fin de un objeto, desarrollando una relación primitiva patológica.

A esto (Freud, 1914) añade que *“si el amor por el objeto –ese amor que no puede resignarse al par que el objeto mismo es resignado – se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica”.*

La aflicción que el sujeto hace recaer sobre sí mismo de manera gozosa, que opera como una manifestación de la neurosis obsesiva además de satisfacciones de tendencias sádicas que inicialmente fueron dirigidas hacia un objeto, pero, posteriormente retornaron hacia el melancólico. De esta forma, al estar frente a la pérdida, el sujeto se desafía ante una obligación para recurrir a la identificación y por subsecuente a la restauración a partir de la relación

objetal, de tal forma, que los autorreproches y las autodenigraciones son representaciones con el fin de escenificar, es decir, de simbolizar una relación sadomasoquista que es insatisfactorio y que se completa en la oquedad que acaeció a partir de la pérdida el objeto. A esto (Freud, 1914) describe que:

“En ambas afecciones suelen lograr los enfermos, por el rodeo de la autopunición, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos, tras haberse entregado a la enfermedad a fin de no tener que mostrarles su hostilidad directamente”.

De tal modo que el contexto más próximo del enfermo es quien propiciará la perturbación afectiva en este, por añadidura, el melancólico la investidura de amor ligado a un objeto ejecutará una doble dirección, que, por un lado ha retornado a la identificación y por otro lado, a través de la ambivalencia del conflicto ha sido movilizadada hacia la etapa del sadismo adyacente al conflicto.

En la melancolía el objeto perdido es sustraído desde la conciencia, pues este ideal sostenido por la concomitancia entre ambos, lo conlleva a una necesidad fundamental del sujeto que no puede ser satisfecho por sí mismo a causa de los insuficientes recursos yoicos, cedido esto por la armadura sobre las identificaciones patógenas y no sobre el desarrollo de recursos adecuados para la instauración de vínculos estructurantes íntegros. Este sadismo puede contribuir a la manifestación enigmática de la propensión hacia el suicidio, por el cual, la melancolía se transfigura en algo tan misterioso y arriesgado. En consecuencia (Freud, 1914) individualizó: “El estado primordial del que parte la vida pulsional un amor tan enorme del yo por sí mismo, y en la angustia que sobreviene a consecuencia de una amenaza a la vida vemos liberarse un monto tan gigantesco de libido narcisista, que no entendemos que ese yo pueda avenirse a su autodestrucción”. Desde hace mucho sabíamos que ningún neurótico registra propósitos de suicidio que no vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro, pero no comprendíamos el juego de fuerzas por el cual un propósito así pueda ponerse en obra.

Ahora el análisis de la melancolía nos enseña que el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior.

En este sentido, durante el proceso de retiro de la libido se desarrolla con los recuerdos y expectativas específicas en las cuales la libido está ligada al objeto, que es transferida, pues, la segregación de la libido se desarrolla respecto a él. Durante este transcurso la existencia del objeto perdido es prolongada psíquicamente, con el propósito que el yo nuevamente devenga libremente y sin inhibiciones.

“El análisis de la melancolía nos enseña que el yo sólo puede darse muerte si en virtud de retroceso de la investidura de objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior”, puntualiza (Freud, 1914). Por lo que la pérdida del objeto puede establecer una condición abismal suscitada posterior al abandono, considerando la oquedad del desamparo en el que se establece el yo carente de la contribución erótica y el soporte que le proporciona el objeto. La existencia de una ambivalencia antepuesta da permisibilidad de una intuición referentes a las relaciones de interdependencia perjudiciales significativas en las que acaecen impetuosos intercambios de reclamos y reproches malévolos.

Así, *“en la regresión desde la elección narcisista de objeto, este último fue por cierto cancelado, pero probó ser más poderoso que el yo mismo”* (Freud, 1914). Las identificaciones que construye el ego del melancólico no necesariamente involucran un ataque hacia ellos mismos, sin embargo, esto no se construye solo a través de experiencias de pérdida, sino a través del registro de la pérdida. Además, respecto de uno de los caracteres llamativos de la melancolía destaca la angustia de empobrecimiento que proviene a través del erotismo anal y que es trasladado en un sentido de regresión.

La pérdida esclarecida desde un proceso anal mostrado como un proceso de expulsión, el cual, más tarde es continuado por el deseo de incorporación

oral a aquello que está ausente. Suministradas éstas por las funciones corporales fundamentales de incorporación y de expulsión que son utilizadas con el propósito de proveer un sentido a la pérdida. Por ello, el proceso anal se ramifica en expulsión y destrucción, y retención y control en el otro; con la intención de que el objeto amado perdido sea expulsado como excremento. (Freud, 1914) añade lo siguiente:

“La mancomuna al duelo este rasgo: pasado cierto tiempo desaparece sin dejar tras sí graves secuelas registrables. Se necesita tiempo para ejecutar detalle por detalle la orden que dinamiza del examen de realidad; y cumplido ese trabajo, el yo ha liberado su libido del objeto perdido”.

Es por ello, que las representaciones del objeto perdido comprometen a la aproximación llevada en secuencia a una dolorosa y lacerante atención, y por tanto, las evocaciones y esperanzas ligadas deben ser confrontadas con el juicio de que el objeto ya es inexistente que al término de este trabajo se disipará el deterioro que esto requirió; y por consiguiente, el proceso actual, el trabajo de duelo sucesivamente irá concluyendo. Por otra parte, el insomnio dentro de la melancolía es una evidencia de la subsistencia de ese estado como una imposibilidad para llevar a cabo el depósito de las inversiones que demanda el estado del dormir.

Esta atención orientada en la artificialidad de lo que está siendo mostrado, una propiedad de la representación y no siendo exclusivo de la escena. Ese énfasis en lo simbólico, una artificialidad de un acto o escena estigmatiza frecuentemente cierto grado de desarrollo en el arduo, extenso y complejo proceso de duelo; un enigma ubicado en un nivel disímil de simbolización y que ha concurrido en un sitio diferente.

La necesidad de protegerse de los malignos deseos del muerto, surgida de la proyección de ese clima de reclamos y reproches vengativos que por momentos puede acapararse en características de pesadillas. Por ello, (Freud, 1914) señala que *“el melancólico se comporta como una herida abierta, que atrae hacia sí desde todas partes energías de inversiones y vacía al yo hasta el*

empobrecimiento total; es fácil que se muestre resistente contra el deseo de dormir del yo"; por ello existe un sentimiento abismal en el que la persona melancólica opta por ubicarse en el anonimato total, con el fin de coexistir en la insignificancia ante los otros, identificado en la idea de habitar en dos mundos, es decir, optando por el mundo de los vivos, empero subsistiendo en un profundo agotamiento.

Respecto al duelo normal que se atañe a la pérdida de objeto y que además persiste como una absorción de todas las energías del yo, es decir, el estrecho vínculo con el objeto amado perdido entre la representación mental del objeto y las instancias psíquicas del sujeto, característicamente de su yo; y no únicamente a causa de la simbolización e identificación del objeto por modificaciones yoicas, sino porque, el representante psíquico del objeto concibe profundos fragmentos de la interactuación entre el sujeto y el objeto, las cuales, son perturbadas por el proceso.

A lo anterior (Freud, 1914) refiere que: “

“El objeto ya no existe más; y el yo, preguntado, por así decir, si quiere compartir ese destino, se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata su ligazón con el objeto aniquilado”.

Para los recuerdos y las situaciones específicas de expectación que manifiestan ante la libido ligada con el objeto perdido, por ello, la realidad manifiesta su dictamen final. Para (Freud, 1914) se consigna: la *“representación inconsciente del objeto es abandonada por la libido. Pero en realidad esta representación se apoya en incontables representaciones singulares (sus huellas inconscientes), y la ejecución de ese quite de libido no puede ser un proceso instantáneo, sino, sin duda, como en el caso del duelo, un proceso lento que avanza poco a poco”.* Es por ello, que si el objeto no posee para el yo una mayor trascendencia y es protegida por múltiples lazos, es incompetente para promover la labor de duelo. Conjuntamente las representaciones del objeto perdido obligan a ser congregadas en un cúmulo, pues éstas deben transitar a representaciones, es decir, dejar de ser

representantes y dar a representaciones específicas la osadía de alcanzar el representar dichas representaciones.

Para (Freud, 1914) la melancolía, contiene algo más que el duelo normal: *“La relación con el objeto no es en ella simple; la complica el conflicto de ambivalencia. Esta es o bien constitucional, es decir, inherente a todo vínculo de amor de este yo, o nace precisamente de las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto”*. Cuando Freud diferenció el duelo de la melancolía, argumentó que la dirección de los recuerdos y las expectativas ligadas al objeto perdido es relacionado y vinculado con los dos sistemas psíquicos: Uno ligado a la percepción de los sucesos y acciones, y el otro es ligado al lenguaje, es decir, al discurso en lo psíquico. También (Freud, 1914) sugiere que:

“La melancolía puede surgir en una gama más vasta de ocasiones que el duelo, que por regla general sólo es desencadenado por la pérdida real, la muerte del objeto. En la melancolía se urde una multitud de batallas parciales por el objeto, en ellas se enfrentan el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal”.

El problema al que se enfrenta el melancólico es que la materialización ante el hallazgo de lo inexistente, y que por consecuencia todo lo que dimita es su propia imagen, suscitadas éstas sin detención y sin ligaduras, y que por consiguiente se emana hacia la misericordia, esto no de lo materializado en el registro psíquico, sino de aquello que representa el objeto. En este sentido, la melancolía es permisible para ser contemplada como una defensa en frente al trance de ser un objeto puramente accesible ante cualquier atentado transmitido por un mundo hostil y aniquilante. A ello, también agrega que estas batallas parciales no pueden ser situadas en otro sistema más que respecto a las huellas mnémicas y que pueden ser elaboradas mediante la desatadura en el duelo.

Los acontecimientos dolorosos que subsisten en el inconsciente y que son reactivadas a partir en el proceso de desligadura con el objeto perdido en el que

es transformado en el interior de la instancia crítica. No obstante, (Freud, 1914) describe que: *“dentro del trabajo del melancólico el camino está bloqueado a consecuencia de una multiplicidad de causas o de la conjunción de estas. La ambivalencia constitucional pertenece en sí a lo reprimido, mientras que las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro [material] reprimido”*.

Frente a estas circunstancias de peligro se acciona la defensa, que se fundamenta en la recarga masiva erótica de la representación del objeto y esta a su vez se desempeña como una situación traumática. Las descargas de energía psíquica en la figuración del objeto perdido le proporcionan un acrecentamiento a la vida psíquica, que en la situación traumática se determina en esta condición; y por tanto, se engendra una identificación con la representación simbólica del objeto perdido.

“Así, de estas batallas de ambivalencia, todo se sustrae de la conciencia hasta que sobreviene el desenlace característico de la melancolía. Este consiste, en que la investidura libidinal amenazada abandonada finalmente al objeto, pero sólo para retirarse al lugar del yo del cual había partido. De este modo el amor se sustrae de la cancelación por su huida al interior del yo”, como menciona (Freud, 1914).

Como la representación del objeto perdido se enfrenta a una perturbación dada por procesos desorganizativos en aumento, las identificaciones que se originan en dentro de este avance incipiente del proceso se despliegan predominantemente en una cuestión de extinción. Es por ello, que el yo, confrontado con la incógnita de la cohabitación de su destino, y no obstante, ejecutará una desligadura con el objeto perdido. Así, el proceso de la regresión de la libido puede acontecer como consciente simbolizada como una querrela entre una parte del yo y la instancia crítica.

Por tanto, lo que la conciencia examina frente al trabajo melancólico no es lo fundamental dentro de este, en el que como propósito pretende asignar una renuncia para así alcanzar una retención del objeto, con la finalidad de poseer un dominio referente a la culminación de la afección frente al proceso doloroso.

“El yo se menosprecia y se enfurece contra sí mismo, y no comprendemos más que el enfermo adónde lleva eso y cómo puede cambiarse” agrega (Freud, 1914). Esta misma es una pieza fundamental para discernir la analogía entre el trabajo del duelo y el de la melancolía mediante la pieza inconsciente que se puede vincular a dicha operación. Sumado a ello que la falta de vergüenza en presencia de los otros, podría casi destacarse el rasgo opuesto, el de una acuciante franqueza que se complace el desnudamiento de sí mismo. Tras ello, existe una incapacidad para modificar esta fijación en la autoimagen, la cual, adquiere una identificación voraz con el objeto amado perdido.

“Así como el duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándose muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida, de igual modo cada batalla parcial de ambivalencia afloja la fijación de la libido al objeto desvalorizando este, rebajándolo; por así decir, también victimándolo”. (Freud, 1914).

El doliente se envuelve en un proceso de instauración del objeto, emancipando el lugar vacío del objeto primordialmente perdido, produciendo así, una internalización prematura suscitado este por la ausencia del objeto y no del objeto; dicho proceso es incapaz de proseguir hasta que el doliente ha dimitido a algo simbólicamente, reconociendo la ausencia y la pérdida. De esta manera se le da apertura a la posibilidad de darle fin al conflicto que se encuentra instalado en el inconsciente, después de que se haya resignado el objeto carente de valor y a través de esto el yo pueda obtener una satisfacción mediante el crucial reconocimiento como superior al objeto.

Tras la negación de la pérdida del objeto, el enojo a posteriori logra una transfiguración durante un período en el que el pensamiento se torna en una fantasía, esto, a la espera del reencuentro con el objeto amado perdido. Del mismo modo, las declaraciones públicas de desconsuelo posibilitan al sujeto un acercamiento a sus propias pérdidas y las manifestaciones públicas permiten que el duelo privado se exteriorice. Por otra parte, la ambivalencia que predomina en la melancolía precisamente en la condición económica que

después de su acontecimiento surge la manía. Esta misma se manifiesta como un mecanismo frente a la melancolía, pues en el melancólico el yo lo ha desfallecido, mientras que en la manía el yo ha sido aislado, engendrado a modo de ambivalencia; como la condición pulsional, es decir, que el objeto se alimenta en un movimiento circular, satisfaciéndose en su propio trayecto, sin embargo, a la pulsión se enfrenta a una escases del objeto para satisfacerse, produciendo así un vacío en fecundado en el objeto.

Para (Freud, 1914) existen tres premisas de la melancolía: *“pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al yo, a las dos primeras las reencontramos en los reproches obsesivos tras acontecimientos de muerto”*. Frente a los mecanismos que son suscitados en autorreproches y autodenigraciones aprisionando al yo tal como una posibilidad de castigo, que sin duda, la ambivalencia constituye un rol de espiral dentro del conflicto, de tal modo, que demuestra que tras la conclusión de este no aminorará nada semejante a la ganancia de una estructura maníaca.

Esta acumulación de investidura precedentemente ligada que es liberada cuando el trabajo del melancólico llega a su fin posibilitando la manía se une estrechamente con la regresión de la libido al narcisismo. Es decir, en esta investidura libidinal que se enfrenta a una amenaza, abandonará posteriormente al objeto, con el fin de reubicarse al lugar del yo al cual había abandonado; de este modo, la ligadura se sustrae de su cancelación por su huida al interior del yo. No obstante, tras la regresión de la libido, el proceso puede acontecer en lo consciente, siendo este representado como una disputa entre una parte del yo y la estructura del aparato psíquico.

“El conflicto en el interior del yo, que la melancolía recibe a canje de la lucha por el objeto, tiene que operar a modo de una herida dolorosa que exige una contrainvestidura grande en extremo”, según (Freud, 1914).

La cantidad de energía repartida y desfigurado en el interior del yo, desbordado ampliamente en el objeto que conlleva a una singularidad dolorosa ocasionada por la inhibición y cancelación del objeto ambivalente; en este

sentido, el yo es bipartido dado a que una parte del yo se contrapone a la otra. No obstante, (Freud, 1914) refiere que: *“es necesario posponer el ulterior esclarecimiento de la manía hasta que hayamos obtenido una intelección sobre la naturaleza económica el dolor, primero del corporal y después del anímico, su análogo”*. La realidad del melancólico es transfigurada de tal modo que el sujeto se sitúa frente a una gran injusticia. Por ello, sí la pérdida de objeto se pone en manifiesto esto determinar una condición melancólica, o un triunfo maniaco u originar un nuevo rumbo psíquico. Sin embargo, este transcurso se tornará en un proceso doloroso obstaculizado quizás con las resistencias ante el cambio psíquico que implica inevitablemente un profundo proceso inscrito en las desligaduras.

CAPÍTULO V METODOLOGÍA.

*“El tiempo está hecho de memoria.
Nosotros, individualmente, estamos hechos,
en buena parte, de memoria, de nuestra pobre y endeble memoria”.*

-Jorge Luis Borges.

5.1 TIPO, DISEÑO Y ALCANCE DE INVESTIGACIÓN.

Se ha elegido en esta investigación el enfoque cualitativo, debido a que se vincula con el psicoanálisis freudiano; pues, conciernen al pensamiento humano bajo un procedimiento extraído a partir de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida para la construcción, generación y justificación halladas en sus propios resultados dentro de una teoría desde una serie de preposiciones; para

lo cual, no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada en este estudio de caso.

Por tanto, este estudio de caso será guiado desde el método descriptivo, dado a que se pretende identificar y describir distintos factores y características; que proporcionen información para el acontecimiento de nuevas descripciones acerca del funcionamiento anímico que ejerce influencia en el fenómeno estudiado, es decir, desde la fenomenología. Ante ello, el estudio de caso es caracterizado por centrarse en un solo caso, mediante la justificación de sus causas siendo este de carácter crítico y particular, debido a la singularidad del sujeto a estudiar. En este sentido Husserl refiere que *“la fenomenología se orienta al abordaje de la realidad, partiendo del marco de referencia interno del individuo, además destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva”*, tal como lo describe (Prettel, 2011). Es por ello que en este estudio de caso se pretende estudiar los fenómenos que están representados entre la relación de los hechos ligados a los fenómenos y en el ámbito que se atañe a la realidad del sujeto.

5.2 INSTRUMENTO.

El instrumento utilizado será la entrevista semiestructurada, caracterizada por plantear preguntas abiertas, requiriendo una escucha activa por parte del entrevistador, por lo que da posibilidad a una observación directa. Esta entrevista no se somete a limitaciones espacio-temporales, pues esta da apertura el cuestionamiento por hechos pasados y a situaciones planeadas para el futuro. Del mismo modo, da posibilidad de centrar el tema orientándose hacia un objetivo determinado.

5.3 POBLACIÓN, UNIVERSO O MUESTRA.

Dentro del estudio de caso según Eisenhardat (1989) no se selecciona una muestra representativa de una población sino una muestra teórica. Así, “el

objetivo de la muestra teórica es elegir casos que probablemente pueden replicar o extender la teoría emergente... deben adicionarse el número de casos hasta la saturación de la teoría”.

Por lo que en esta investigación, se describirá el funcionamiento anímico y la presencia de depresión en un individuo diagnosticado con enfermedad de Parkinson, a quien en lo sucesivo daremos el nombre de “Theo”, para fines confidenciales.

5.4 PROCEDIMIENTO.

La historia de vida de Theo fue obtenida por la realización de 15 entrevistas semi estructuradas, las cuales fueron ejecutadas semanalmente con una duración de 50 minutos durante cinco meses, en las que se obtuvo la siguiente información:

Theo es un hombre de 72 años de edad, el cual, fue concebido dentro de una relación en la que sus padres se veían ocasionalmente, ellos decidieron vivir en unión libre, porque su padre mantenía una relación con otra una mujer desde el nacimiento de Theo. *“La relación de mis padres no estuvo bien avenida, se amaron en su momento porque tuvieron 6 hijos, bueno, no necesariamente debe existir el amor para tener hijos”.*

El círculo familiar de Theo incluía además de sus padres, a sus seis hermanos, uno de ellos era su primo a quien su madre adoptó como hijo; él mantenía una relación muy cercana con su hermano mayor ya que para él era considerado el más desvalido de todos sus hermanos porque tenía querellas muy recurrentes con su padre originado por la falta de interés por continuar sus estudios. Sin embargo, con el resto de sus hermanos mantuvo una relación distante, puesto que había un desinterés total de interactuar con ellos porque no tenían ninguna afinidad de caracteres: *“ellos eran huraños y enojones, pero creo que nos llevamos bien, aunque los veía poco porque yo tenía a mi novia. Recuerdo que un día a mi hermana menor le compraron un coche hermoso, yo*

tenía una palmera hermosa en el jardín, era un orgullo tenerla; un día al llegar a casa vi que mi palmera había sido cortada hasta al ras para que ella pudiera estacionar su coche, esto me provocó un gran enojo”.

Theo considera que fue el hijo preferido de sus padres, porque siempre fue el más cercano a ellos y porque él siempre vió hacia un horizonte más lejano que al de sus hermanos: *“Mi padre tuvo preferencia hacia mí porque me inscribió en una escuela particular y a mis hermanos no, él vió que aproveché la escuela y seguramente fue un gusto y orgullo que yo me hubiera titulado, algo que él no obtuvo, por eso creo que en el fondo estaba orgulloso de mí. Mi madre siempre tuvo un trato especial conmigo, sus atenciones y muestras de cariño eran diferentes que al de mis hermanos”.*

Para Theo sus padres nunca fueron su figura ideal, porque esta imagen estaba puesta en otro, como el *“ser mejor que ellos”*, a sus padres solo les tenía respeto. *“Idealizar es querer ser una réplica, estar hecho a imagen y semejanza. Cada hombre tiene sus propios infiernos, uno idealiza la imagen, pero no sabes lo que guarda el alma por dentro”.*

La madre de Theo era una mujer solidaria y alegre, que quizás sufría por la ausencia de su esposo provocado por un desdén de la desatención, el desapego; sin demostrar sentimientos de melancolía, al contrario, Theo recuerda a su madre como una mujer bella, solidaria y alegre: *“Era cariñosa, porque me llevaba de la mano sin soltarme, me bañaba... aún no olvido el sentir de sus manos, por ello, tomé como responsabilidad el quererla, amarla y cuidarla”.* Por otro lado, Theo recuerda a su padre como un hombre estricto y poco afectivo: *“Voy a ser como mi papá en sus ratos valiosos, en el ser estricto, creo que en ese aspecto soy un reflejo de él”.*

Cuando Theo era un niño de 4 años, recuerda haber esperado con ansias cada sábado en la puerta de su casa para ver la llegada de su padre, empero, tras una larga espera y al comprender que su padre no asistiría a casa Theo se *“sentía desolado”*, produciendo una gran tristeza y nostalgia engendrado por el

desamor, la falta de trato continuado y las caricias ausentes de su padre, quien dejaba de visitarlos días, meses o hasta años. A esta misma edad, Theo recuerda que su madre lo apodó “neurasténico” porque lo definía como un *“niño muy enojón y con cambios de humor muy ambivalentes”*, pasando la mayor parte del día sintiendo un *“enojo inexplicable”*, estimando que este enfado era dirigido hacia los demás, porque él, *“nunca ha tenido tiempo de enojarse consigo mismo”*.

Theo vivió en condiciones precarias puesto que su padre no aportaba el dinero suficiente para que vivieran con lujos, por lo que decidió comenzar a trabajar en negocios desde los cinco años, para que así, pudiera comprarse lo que le gustaba, y del mismo modo, ayudar a su madre en los gastos de su hogar; desde ese momento Theo estimó que *“el dinero es lo más importante en la vida, porque es la base de todo”*.

Hasta los 11 años de edad, Theo dejó de esperar cada sábado la llegada de su padre, considerando que dejó de hacerle falta la figura paterna, porque sentía que algo le impedía necesitarlo, Theo sentía que estaba completamente integrado con su madre, y eso era suficiente. Pese a esto, a esta misma edad, recuerda haber rechazado a su madre: *“un día le dije que ya no me llevara a la escuela porque me iban a decir que era una niña, fue algo que le dolió mucho a mi mamá, después la intenté consolar y me rehíce con ella, me sentí muy culpable por mi mala actitud; pero en realidad yo no quería que me vieran como una niña, esta fue la única vez que la rechacé”*.

Theo recuerda que a los 12 años tenía pesadillas muy recurrentes que ocasionaban que se despertara muy espantado: *“Soñaba que salía de viaje en un kayak y yo iba contracorriente y no podía avanzar”*.

Cuando Theo tenía 18 años descubrió la relación que su padre mantenía con otra mujer, este, por *“una simple casualidad”*, tras encontrar un mensaje escrito en una revista que le regaló su mismo padre; no obstante, no le expresó ningún reclamo a su padre *“porque era hombre”*, y también, decidió no

confesárselo a su madre para evitar que sufriera, admitiendo que *“esta situación no le provocó ningún quebranto anímico”*.

Theo conoció a su primera novia cuando tenía 15 años, gracias a uno de sus amigos, él iba todos los días a visitarla hasta su restaurante; y así, comenzaron a pasar la mayor parte del día juntos; salían al cine, a bailar o al parque, pero sólo ellos dos, nadie más. Esta relación hizo que Theo se olvidara completamente de la situación desagradable que transitaba con su padre, sirviéndole de alivio y distracción, pues para él: *“lo malo de la vida, debe irse a lo más recóndito y no debe ser recordado nunca más, omitirlo, porque es algo que ya pasó”*.

Y así, tras 10 años de noviazgo, Theo decidió casarse con su novia a consecuencia de la costumbre de convivir diariamente: *“más que ser novios éramos como muéganos, ¿de quién más me podría yo enamorar? Si no tuve trato más que con ella y ella conmigo, no me interesé por nadie más”*. Sin embargo, Theo considera que el haberse casado provocó dejar a su madre marginadamente porque ella dejó de ser su prioridad, pues siempre será primero su esposa, después sus hijos y nadie más.

Theo y su esposa comenzaron a tener relaciones sexuales hasta que se casaron; al principio tenían sexo diario, al cabo del tiempo su *“ímpetu se fue retrayendo porque en algunos casos la mujer ya no es apetecible”*. Y así, concibieron a tres hijos, los cuales, no fueron planeados, describiendo que fue *“un proceso natural de la vida, porque cuando uno se casa es para tener relaciones sexuales, y para poder lograr poseer a la mujer para tener en quien descargar la parte amorosa de los restos que sobran del amor que le das a la esposa”*, Theo estuvo feliz ante el nacimiento de sus hijos, sin embargo, el nacimiento de su tercer hijo fue un hecho sorprendente para él, porque su llegada fue desfasada naciendo 13 años después.

Para Theo su matrimonio es un paradigma y ejemplo, porque este ha permanecido en una estabilidad, describiendo que: *“no es fortuna ni suerte el*

que haya permanecido en un matrimonio, es la perseverancia, la paciencia y la admiración. Son los metales más lindos que puedes encontrar en una piedra, a pesar de los reclamos y reproches por parte de mi esposa". Theo menciona haber tenido pocas discordias con su esposa que quizás fueron provocadas por ser un hombre fiestero que le impedían llegar a dormir a casa, *"ella lo superaba porque sabía que siempre iba a regresar"*.

Al respecto, él constituye a su familia a aquellos seres que viven únicamente bajo su mismo hogar, definiendo que su familia está conformada únicamente por su esposa e hijos, porque solo ellos merecen su cuidado y afecto; por lo tanto, considera que al casarse y ya no vivir bajo el mismo techo que el de sus padres y hermanos ellos dejaron de ser parte de su familia, considerando a estos familiares lejanos.

En este sentido, Theo define el amor con la estrofa de una canción *"Falta el trato continuado y el calor de las caricias, todas las pequeñas cosas que se viven día con día, es por eso que al sentirte tan ausente de mi vida aunque no quiera olvidarte te me olvidas"*.

Theo concluyó sus estudios universitarios en contaduría a los 23 años, por lo que a posteriori comenzó a laborar en áreas administrativas en un partido político que provocaron que se ausentara por días, semanas o hasta meses, quedando inexistente su presencia ante los cumpleaños o festividades de sus hijos y esposa: *"a mis hijos solo los veía dormidos porque yo llegaba en la madrugada de trabajar, tenía la tranquilidad de que ellos estaban bien cuidados y educados por mi esposa y mi madre; mis hijos aceptaron mi situación laboral, nunca me reclamaron nada"*, frente a esta situación Theo no siente ninguna culpabilidad, considerando que nunca abandonó a su familia porque no les faltó nada monetariamente .

Durante una entrevista mostró varias fotografías de él con funcionarios y mandatarios con los que realizó viajes alrededor del mundo y del país, relatando los privilegios y lujos que gozaba en estos: *"me trataban como un rey,*

bastaba solo abrir la boca para pedir algo y lo obtenía inmediatamente, quisiera que mi vida volviera a ser así”.

Theo desea profundamente regresar al partido político al que ha pertenecido durante gran parte de su vida; después de haberse jubilado ha acudido a pedir algún puesto, sin embargo, le han cerrado las puertas por su edad, provocándole una gran angustia porque él quiere seguir aportando dinero a su hogar producido por un miedo de no tener los recursos suficientes que pudieran provocar una vida limitada en cuanto a lo monetario, únicamente en ese factor; aunque después piensa que ya no lo va a necesitar en unos años más porque el perderá el ímpetu para disfrutar las cosas, que la misma naturaleza del envejecimiento provoca, pues, esta va reprimiendo y limitando.

Un gran acontecimiento en la vida de Theo sobrevino cuando tenía 20 años de edad, cuando inesperadamente falleció su hermano mayor con quien mantenía una relación muy especial; suscitada tras una negligencia médica después de que este le realizaran una cirugía de apéndice; Theo recuerda que al recibir el cadáver de su hermano quedó paralizado que le impidió llorar. Posteriormente, describe que el caer en duelo después del fallecimiento de un familiar es una pérdida de tiempo, sobre todo ante la muerte de los padres: *“Frente a la muerte de un familiar hay que guardarle luto de acuerdo a su dignidad”.*

Como consecuencia de este deceso se suscitó su primer evento depresivo; y posterior a ello, Theo ha tenido más eventos depresivos a lo largo de su vida; sin embargo, no recuerda las fechas exactas de estos. Solamente recuerda que al acontecer su depresión él sentía una inmensa angustia, imposibilitando el permanecer en algún lugar, porque él: *“sólo caminaba y caminaba como loco en la calle sobre la acera, con la intención de llegar hasta mi cama. Yo solo quería levantarme del lugar en donde estaba, cuando estaba ya en casa ya no me salía, sólo subía las escaleras 10 o 20 veces, sentía mucha ansiedad y angustia, no estaba a gusto en ninguna forma y nunca supe dilucidar el por qué, sólo sabía que yo vivía un infierno”*, derivado de esta

intranquilidad emergía un sueño fragmentado durante todas las noches, puesto que no podía dejar de caminar por toda su casa. Del mismo modo, uno de estos eventos provocaron que no tuviera apetito orillándolo a perder más de 10 kilos de peso: *“no me morí de hambre porque mi esposa me daba de comer en la boca, me obligaba comer, ella ha sido mi báculo y bastón en estos trances”*. Durante su primer evento depresivo, las amistades de Theo le aconsejaron que asistiera al médico porque percibieron su decaimiento, sin embargo, le provocó un gran disgusto porque ellos no sabían lo que él estaba sintiendo ni viviendo, y por lo tanto, no tenían derecho a opinar.

Tras darse cuenta del declive de su estado de ánimo, Theo decidió acudir a psicoterapia, en el que permaneció en tratamiento durante seis meses, no obstante, para él fue una pérdida de tiempo refiriendo que el psicólogo *“no fue capaz de sacarlo del hoyo”*. Posteriormente decidió acudir a consulta psiquiátrica, en el cual, fue diagnosticado con depresión iniciando un tratamiento farmacológico a base de antidepresivos y ansiolíticos, sin embargo, para Theo *“continuó permaneciendo un gran vacío en el corazón”*.

Theo ha forjado varias *“amistades”* considerándolos amistades y no amigos porque no se veían seguido; él se frecuenta con amistades que construyó en el kínder y la primaria, pero considera tener solamente un amigo, a él lo conoció hace 50 años, a pesar de que también ha sentido un rechazo y desdén por parte de él, considerando que esto es a causa de que la personalidad es muy cambiante: *“Es mi amigo porque él es un hombre poderoso porque se ha desenvuelto en grandes cargos de la política, porque ha permanecido conmigo en las buenas y en las malas y porque me ayudó a conseguir cargos muy importantes dentro de la política”*. A Theo; *“no le interesa interactuar con las personas, porque no permite que le invadan su dominio”*, por lo que para él *“los amigos no son necesarios”*.

Actualmente Theo y sus hijos mantienen una relación distante y esporádica. En ocasiones transcurren días, semanas o meses sin que exista una comunicación entre ambas partes se comuniquen. A Theo le despreocupa

porque sabe que ellos están bien: *“Los hijos cuando necesitan algo te localizan hasta por debajo de las piedras, ellos permanecen en mi pensamiento, pero estoy seguro que yo no estoy en los suyos. Están tan ocupados en otras cosas, como en su trabajo o con su familia, que quizás ellos me olvidan a mí; por eso puedo decir que no los necesito para nada, aunque sé que me aman. He pensado que de viejo solo das dinero, lástima y asco, así que no hay la necesidad de tenerlos aquí, porque mi esposa y yo nos tenemos, a ella sí la necesito.*

Theo tiene cinco nietos, con los cuales no le interesa convivir en lo absoluto para evitar situaciones desagradables: *“los soporto solo una hora, porque después son chocantes, me visitan esporádicamente porque ellos tienen una casa bella, no tienen interés por mi casa porque mi casa es muy chiquita; seguramente se irán alejando más...”* Describe sentirse tranquilo ante esta situación, porque es un viejo que no tiene el ánimo de atender niños. Para Theo, el convivir entre más personas es una ambiente difícil de soportar porque después de cierto tiempo de convivencia *“llega uno a quererlos ahorcar”*.

Cuando Theo tenía 56 años de edad, recibió una llamada en su trabajo informando que su madre había fallecido, ella había sido internada en el hospital días antes. Para él fue un gran alivio que su madre muriera porque: *“ella ya había sufrido mucho y ya merecía descansar, yo no sufría al verla así, simplemente la acompañaba en su dolor. Sinceramente no sentí dolor al verla muerta, le lloré solo un rato. No hubo mayor demostración de dolor o pena, simplemente me despedí de ella”*.

Al siguiente año aconteció la defunción de su padre, Theo describe haberle dolido mucho a pesar de que existía una relación distanciada: *“El saber que ya no iba a estar es lo que más me iba a afectar en la vida, porque a pesar de que él estaba ausente y no existían muestras de afecto sabía que sí le hablaba él estaría ahí”*. Para Theo el ver a sus padres dentro de un ataúd *“fue algo común y corriente, me despedí de ellos de forma virtual, sabía que ya no los iba a ver, pero sé que iban a permanecer todos los días en mi pensamiento”*.

Al preguntarle a Theo sobre su concepción acerca del sexo describió lo siguiente: *“El sexo es algo animal, hay una teoría que dice que el hombre es el único que sigue manteniendo relaciones sexuales a pesar de que la mujer esté embarazada, en cambio, los animales se alejan y no la vuelven a tocar; por eso el producto recibe impulsos que el hombre y la mujer están sintiendo y desde ese momento pueden venir desviaciones sexuales. En los animales no hay sexo, solo género, en cambio en la raza humana sí; en la variedad está el gusto, como en una orgía o en un ambiente de prostitución se ve de todo, hasta sexo entre hombres, la sociedad lo acepta pero no lo permite”*.

Para Theo el tener sexo es *“más mente que contacto físico, la mujer puede tener sexo una y otra vez, en cambio, el hombre no; el hombre sólo puede tener sexo dos veces al día; se oye feo, pero quien tiene el poder ahí es la mujer. Por eso, es una mentira que lo encubran con que puedas tener sexo más de cinco veces al día, es como el caballo cuando está a punto de llegar al orgasmo le obstaculizan el momento para poder retirar su semen”*.

Puntualiza que en el acto sexual hay impulsos que el hombre le transmite a la mujer, que derivan herencias, atavismos y costumbres, considerando que al hombre no le interesa la condición en la que se encuentra la mujer: *“hay malos impulsos que el hombre sí puede captar y absorber durante el crecimiento, porque antes de nacer están protegidos en una burbuja. Tengo la firme certeza porque el hombre llega borracho y aunque la mujer no quiera la obliga, ella lo acepta porque si no se va con la otra. Llega el hombre y hace como quiere a la mujer; estos son impulsos de agresión. Yo lo hice con mi esposa y no me sentí culpable, al contrario, es algo normal porque la mujer siempre debe de estar dispuesta, sería absurdo que no cediera”*.

Theo continuó describiendo lo siguiente: *“Esta teoría la escuché de un transexual, él era hombre hasta los 70 años, apenas se convirtió en mujer, ahora sale vestida como mujer y está más guapa y bonita que cuando era hombre, cuando se pone sus tacones se ve espectacular. No la admiro, pero me gusta lo que hace, solamente es como los dioses que les dieron unos dones*

superiores a nosotros y lograron transmitir algo. De hecho, esta teoría es con la que me identifiqué hace algunos años; no creo que mucha gente la haya escuchado y quien la escuchó la dejó pasar, pero yo sí le tome importancia”.

Theo recuerda que al esperar el metro todos los días se detenía a admirar a transexuales, a los hombres vestidos de mujer, relatando que: *“están más bonitos que una mujer, hay hombres que aunque estén casados prefieren a ellos, porque son unas bellezas y pienso que quizás yo estaría dispuesto a pagar toda mi quincena”.* En este sentido, algo que detesta Theo es la pornografía, porque para él es algo irreal, sin embargo, dice no haberla visto. Así también, detesta las demostraciones públicas de los homosexuales, porque es algo antinatural: *“A veces veo como entran al cine a besuquearse, es algo que me enoja mucho”.*

A lo largo de su vida han aparecido *“enfermedades somáticas”* según la concepción de Theo, pues, recuerda que a sus seis años padeció una enfermedad *“rara”*, en la que los médicos nunca le dieron un diagnóstico preciso, esta enfermedad le ocasionaban ataques de tos tan fuertes que él sentía que se iba a desmayar. Una madrugada la madre de Theo lo llevó caminando hasta la estación del tren para que respirara el humo que salía de los ferrocarriles y así sus pulmones se pudieran limpiar; él sintió un alivio, pero no se sintió curado completamente. Desde los 37 años fue diagnosticado con herpes zóster, el cual, solamente brota en la mano izquierda; durante las primeras apariciones de esta enfermedad Theo se reventaba las vesículas, porque le disgustaba ver las vesículas en su mano. Inició un tratamiento farmacológico recomendando por el médico, sin embargo, Theo optó por abandonarlo y decidió ingerir un té que le erradica todos los síntomas de dicha enfermedad.

A los 68 años de edad cuando anunciaron su jubilación iniciaron las primeras manifestaciones de la enfermedad de Parkinson, el síntoma precedente fue un temblor leve en la mano y posterior a ello incoordinación en la marcha; por tal motivo, comenzó a tener deficiencias para realizar sus

quehaceres diarios; para Theo era imposible bañarse, vestirse, cocinar y comer; y junto con la aparición del herpes zóster consideraba que su estado anímico iba decayendo dado a que se sentía *“inútil”* por tener un sinfín de impedimentos para realizar con facilidad su rutina diaria, sin saber qué estaba pasando en él, *“yo no le hice caso a esas manifestaciones hasta que el doctor me dijo, yo venía padeciendo Parkinson meses antes de que me dieran el primer dictamen”*, en este contexto, Theo no abandonó su trabajo a pesar de las dificultades que transitaban para poder ejecutar las praxis que su labor diaria exigía.

Un día, Theo acudió a consulta con un médico gastroenterólogo, el cual, notó el temblor en su mano, por lo que lo canalizó a consulta neurológica; tras acudir a la misma consulta y realizarle una serie de estudios de neuroimagen y aplicarle algunas pruebas, fue diagnosticado con Parkinson, por lo que inició su tratamiento farmacológico con levodopa y carbidopa. A Theo no le preocupó el diagnóstico argumentando que él desconocía la enfermedad: *“Estoy seguro que todo tiene un arreglo, sobretodo en el aspecto médico, porque los tratamientos médicos progresan muy rápido. Así que cuando me dijeron que tenía Parkinson investigué inmediatamente la enfermedad, ahí supe que es algo que te despedaza sino te controlas, que terminas siendo un guiñapo, dando lastima, siendo dependiente absolutamente, siendo una carga. Yo nunca me vi así porque yo ya me estaba atendiendo con el médico, yo estoy cierto que mientras mantenga el tratamiento no llegaré a ese grado, es más, quizás ni progresará, esa seguridad tengo”*.

Sin embargo, Theo decidió asistir con otro médico especialista para confirmar el diagnóstico, este mismo determinó que no existía ninguna alteración neurológica refiriendo que tal problema era de origen psiquiátrico, pues observó que *“estaba deprimido”*, por lo que le sugirió que abandonara el tratamiento médico y acudiera a consulta psiquiátrica.

Unos días después, Theo recurrió al médico que había consultado durante sus eventos depresivos, este mismo le proporcionó un tratamiento farmacológico. Theo describe haber gozado de una gran mejoría porque no sólo cambió su estado de ánimo, sino que también, desaparecieron sus síntomas de la enfermedad de Parkinson. A pesar de eso, tras pasar tres años, en Junio del 2015, Theo comenzó a manifestar nuevamente un temblor en la mano e incoordinación en la marcha; por lo que vuelve a acudir a consulta neurológica, y tras realizarse un mapeo cerebral, Theo fue diagnosticado con Parkinson Hoehn y Yahr II, iniciando nuevamente su tratamiento farmacológico a base de levodopa y carbidopa, biperideno y Mictazapina; y como parte de este tratamiento inició una terapia física para reeducar su marcha.

Durante la última sesión Theo no demostró síntomas aparentes de dicha enfermedad, describiendo que: *“Ahorita ya no me tiembla nada, en algún momento sí algo me saca de mi centro, si algo me molesta o me desagrade como cuando tengo desacuerdos con mi esposa o cuando mis hijos no me visitan o me hablan eso me puede producir el temblor leve en la mano, pero sé que es momentáneo; pero estoy seguro que llevando el tratamiento no voy a tener mayor problema ni me voy a morir. Seguramente más adelante habrá algo en la medicina para atacar ese mal”*. Él realiza sus quehaceres diarios sin complicaciones, ante ello describe: *“me siento muy bien, después de mostrarme como un muerto fresco, siento una gran satisfacción al contarle a los demás que estoy diagnosticado con Parkinson y que no me crean porque dicen que no aparento tener esta enfermedad”*.

Al preguntarle a Theo acerca de que sí la muerte de su esposa sobreviniera primero que la de él, permaneció en silencio unos minutos y acompañado de un profundo llanto describió lo siguiente: *“Nunca he pensado en que ella pueda faltar, siempre he pensado en que falte yo primero. Muy tangencialmente pienso que ella se marchara primero; sería para mí un golpe demoledor, me quebrantaría totalmente. No me voy a morir, pero me quitarían mi media naranja y por mitad no funciona uno igual; siempre pienso en que*

ojalá me muera yo antes que ella, porque me libraría de un dolor terrible, no quiero sufrir la pérdida. Quizás sufriría mucho por perder a la persona, no a la mujer. Así que, prefiero no pensar en su muerte; quizás el horizonte es muy grande y el cielo es inacabable, por eso tendría que seguir con mi vida; porque ni en mi peor depresión he pensado en intentar contra mi vida, como aventarme de una barranca o un puente... Sería sobre llevar mi vida, tendría que cubrir ese faltante y buscar un placebo. Aunque sé que sería un golpe mortal en mi alma, porque seguramente mi mente me va a traicionar..."

Ante la probabilidad de su propio fallecimiento, Theo menciona no temerle a la muerte, pero sí a la forma en que esta aconteciera. *"Me preocupa dejar a mi esposa en completa soledad, porque yo soy su única compañía, mis hijos no; esa es mi única preocupación. Nunca he tenido pensamientos catastrofistas en cuanto al transcurso de mi vida; pero desde que nacemos empezamos a morir. Por eso ya no digo cuantos años tengo, si no cuantos años me quedan de vida... Quizás me quedan 10 años máximos para morirme; yo ya estoy más allá del bien que del mal"* Theo también ha pensado que la muerte es un paso final, un lugar mejor, diferente a este; para él, es algo que ve desde el momento en que nació: *"Nunca he pensado en que pueda morir, pero sé que voy a morir, porque a mis 72 años quizás puede que sea mañana o pasado mañana..."*

5.5 LIMITACIONES.

El estudio de caso es un limitante, puesto que la muestra se reduce a una sola persona, por lo que las conclusiones no pueden anunciar una generalidad en cuanto a los resultados obtenidos. Por otra parte una limitación que pudo haber pausado la realización de las entrevistas fue que existiera la posibilidad de que Theo hubiera optado por abandonar las mismas, sin embargo en esta investigación no surgió pues el sujeto tuvo la disposición por llevar a cabo las mismas.

CAPÍTULO VI ANÁLISIS DE RESULTADOS.

*“En la lengua tenemos el hecho
(y es algo que me parece obvio)
de que las palabras son,
originariamente, mágicas”.*

-Jorge Luis Borges.

Dentro de este estudio de caso, pudo observarse que la depresión dentro de la enfermedad de Parkinson no fue a partir de este diagnóstico, por el contrario; Theo ha presenciado diversos eventos depresivos a lo largo de su vida.

El primero de ellos, suscitado después del fallecimiento de su hermano mayor, quien para él fuera el único hermano con el que pudo establecer una relación estrecha, durante este acontecimiento Theo quedó paralizado que le impidió llorar ante la muerte de su hermano, esta represión se suscitó en forma de depresión posterior a la pérdida de esta figura ideal, pues, para Theo su hermano mayor tomó el papel de figura paterna, situándolo como controversial, protector, dominante y fugaz, al ir y venir de casa al igual que su padre.

Por ende, al morir su hermano, Theo también muere, pues, se identifica como un muerto; puesto que este contenido dolido frente a la muerte de su hermano generó en Theo un quebrantamiento y desinterés por el mundo exterior; instaurando una condición abismal y de desfallecimiento, estableciendo un yo carente de soporte que le proporcionaba su hermano, este soporte yoico fue posteriormente proporcionado por la figura materna, quien fue elegida como objeto sexual conforme a sus vivencias de satisfacción al ser una madre afectuosa y calurosa, por lo que fue transformada como figura fundamental e idónea y así Theo tomó como responsabilidad el quererla, amarla y cuidarla. Y por otro lado, también consideró a su madre como una mujer débil y melancólica, al aprobar la relación que su padre mantenía con otra mujer

después de casarse porque para él dejó de ser su prioridad, al igual que Theo, pues, al contraer matrimonio consideró haber dejado a su madre marginadamente.

Empero este desconocimiento a nivel consciente está vinculado a la desilusión de alguien más, como la pérdida ocasionada por el colapso de un ideal. En otras palabras, el funcionamiento anímico de Theo se colapsó desde la añoranza por ir al encuentro de su padre, después de darse cuenta que él permanecía en una ausencia y desinterés, fue ahí donde su objeto de amor tal vez no estaba muerto, pero se había perdido como objeto de amor. Este hecho no sólo provocó que Theo viviera en la desolación, pues durante este mismo tiempo presenciaba cambios de humor ambivalentes caracterizado por un gran enojo propio fue colocado en el otro.

Asimismo Theo muestra un enorme empobrecimiento y vacío yoico, ante la existencia de una desesperanza profunda junto con una gran tristeza, generado a partir de ir al encuentro con su padre cada semana; creando en Theo un abatimiento profundamente doloroso posterior a una pérdida de su ideal, culminando como una autorepresentación indigna, al no sentirse merecedor del amor de su padre. Describiendo que después de esperar su llegada durante seis años, es decir, cuando Theo tenía 11 años dejó de anhelar su venida, en donde lo ausente siempre estuvo presente. Sin embargo, al relatar el fallecimiento de su padre menciona que este hecho fue lo que más le iba a doler, porque a pesar de la ausencia sabía que él siempre estaría ahí, por lo que Theo esperó la llegada de su padre hasta los 57 años, cuando su padre murió. Este segmento se relaciona con la gran debilidad que sentía Theo, al hallarse en un hoyo, teniendo un considerable declive en su estado anímico formando “un gran vacío en el corazón”, que lo orilló a una insatisfacción en la labor de la psicoterapia y de la psiquiatría a la que había acudido con una esperanza de curación.

En Theo también existía un desinterés por el mundo exterior, ya que con el único hermano con el que logró vincularse fue con su hermano mayor; pues, con el resto de sus hermanos había un nulo interés por interactuar con ellos,

argumentando que no tenían ninguna afinidad de caracteres. Asimismo, su narcisismo secundario fue fundado ante la formación de su primera relación de noviazgo a los 15 años, creando una convivencia sólo entre ellos dos, considerando que más que ser novios eran muéganos; llevándolo a un completo desinterés por el resto de las mujeres, no accediendo a convivir con más personas, acudiendo a sitios o contextos sociales donde solo pudieran convivir ellos dos, optando por convivir únicamente con ella, nadie más, relación de noviazgo que posteriormente lo llevó a contraer matrimonio. Además, esta característica está relacionada con la muerte de su madre, considerando que él no sufría al verla sufrir, simplemente la acompañaba en su dolor, y del mismo modo, menciona que el duelo es una pérdida de tiempo ante la muerte de sus padres porque “Frente a la muerte de alguien hay que guardarle luto de acuerdo a su dignidad”.

Theo también presenta una pérdida de la capacidad de amar, al detallar que después de contraer matrimonio e irse a vivir a otro hogar diferente al de sus padres y hermanos ellos dejaron de ser parte de su familia, describiendo que su familia solo la constituyen únicamente aquellas personas que viven bajo el mismo techo, considerando que la distancia crea un desprendimiento en los lazos familiares. De igual modo, para Theo el nacimiento de sus hijos fue un proceso natural de la vida, por lo que sus nacimientos no le provocaron ningún asombro ni felicidad, además, Theo considera que el amar a los hijos es dar los restos que sobran del amor que se proporciona a la esposa.

Por otra parte, Theo mantiene una relación distante y esporádica con sus hijos, en el que transcurren días, semanas o meses sin que exista comunicación siendo indiferente ante esta situación, considerando que no los necesita en su vida. La relación con sus nietos va hacia el mismo rumbo, ya que existe un desinterés total por convivir con ellos, describiendo que son chocantes y carece del ánimo para atender niños. Posteriormente puntualiza que convivir entre más personas es un ambiente difícil de soportar porque después de cierto tiempo de convivencia “llega uno a quererlos ahorcar”. Además, la relación con

este segmento es perceptible cuando Theo define el amor vinculado con una canción: “Falta el trato continuado y el calor de las caricias, todas las pequeñas cosas que se viven día a día, es por eso que al sentirte tan ausente de mi vida aunque no quiera olvidarte te me olvidas”.

Por otro lado, en Theo destaca el desagrado moral con el propio yo, pues él considera tener solo un amigo, describiendo posteriormente que no le interesa interactuar con las personas porque no permite que le invadan su dominio, reflexionando que los amigos no son necesarios.

Asimismo, un carácter que singulariza a la melancolía de Theo es el predominio de la angustia durante sus eventos depresivos, sintiendo una inmensa angustia que imposibilitaba el permanecer tranquilo en algún lugar, angustia que orillaba a Theo a salirse del lugar que estaba para caminar sin parar con el fin marcharse hasta su cama. No obstante, al llegar a casa, Theo continuaba caminando, subiendo y bajando continuamente las escaleras, pues, el pensamiento por caminar sin rumbo no desaparecía.

El cuadro de este delirio de insignificancia se completa con el insomnio, esto después de que Theo no pudiera dejar de caminar por las madrugadas, provocado por una angustia colosal. El sueño fragmentado que presenta Theo, como lo describe (Freud, 1914) dentro de la melancolía, es sin duda testimonio de la pertinencia de ese estado, de la imposibilidad de efectuar el recogimiento general de las investiduras que el dormir requiere. Así, el insomnio de Theo indica un no querer despertar. Además de una repulsión por los alimentos que provocaron que Theo perdiera más de 10 kilos de peso, describiendo que no se murió de hambre porque su esposa le daba de comer en la boca.

(Freud, 1914) describe que *“la melancolía se singulariza por una satisfacción de tendencias sádicas y de tendencias al odio que recaen sobre un objeto y por la vía indicada ha experimentado una vuelta hacia la persona propia”*; por ello, cuando Theo describe no sentir culpabilidad al obligar a su esposa a tener sexo, asimismo, agrega que el hombre al estar en estado de ebriedad hace como quiere a la mujer, asegurando que estos son impulsos de

agresión durante el acto sexual, considerando que es algo normal, porque la mujer siempre debe de estar dispuesta.

En Theo también existe una desvalorización de la autoestima, al referir que al ser un viejo solamente da lástima, dinero y asco, teniendo una autoimagen hondamente perturbada, que lo hace no sentirse merecedor del tiempo y amor de sus hijos sintiéndose olvidado por ellos, puntualizando que solo le llaman cuando necesitan algo.

El melancólico considera que su desenlace debe concurrir como un ser castigado y expulsado, esto en Theo a manera de enfermedades somáticas, vinculado al quebranto físico característica fundamental de la melancolía; al describir que a los seis años padeció una “enfermedad rara”, el cual, los médicos nunca le dieron un diagnóstico preciso. Para Theo el interés de su madre porque él se curara fue un gran alivio, no obstante, él no se sintió curado completamente. Asimismo, a los 37 años, durante la primer aparición del herpes zóster Theo se reventaba las vesículas que le brotaban en la mano porque le disgustaba que estas fueran aparentes, y por otro lado, a los 68 años Theo comenzó a manifestar síntomas de la enfermedad de Parkinson después de que anunciaran su jubilación, presentando un temblor leve en la mano e incoordinación en la marcha, que orilló a Theo a tener deficiencias para realizar su rutina diaria. Además al describir su primer evento depresivo menciona que vivía en un infierno, siendo este como un lugar para la obtención de un castigo del alma y el cuerpo.

Al realizar la primera entrevista Theo manifestaba una inmensa angustia y un quebranto anímico, describiendo que esto fue suscitado a partir de su jubilación. Y en cuanto a los síntomas pertenecientes a la enfermedad de Parkinson mostraba un temblor en la mano y una marcha inconstante. Después de cuestionar si existía un quebranto en el funcionamiento anímico posterior al diagnóstico Theo argumentó que ante el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson fue una reacción despreocupada, porque tiene la seguridad de que la

enfermedad tendrá un arreglo más adelante, debido a que los estudios en los tratamientos médicos progresan rápidamente.

Más adelante, describe que al investigar sobre la enfermedad supo que el Parkinson despedaza si no te controlas, orillando al enfermo a ser un guiñapo y dependiente. Sin embargo, Theo nunca se identificó de esa manera, a pesar de que la enfermedad de Parkinson es considerada como una enfermedad neurodegenerativa, teniendo la seguridad de que al llevar el tratamiento médico al margen podrá controlar la enfermedad, tal como ha podido controlar sus emociones, mediante el vínculo-no vínculo a partir de sus percepciones de un peligro externo, en el que alguien más le invada su dominio. Porque para Theo depender de alguien más implica situarse nuevamente en una relación como la de su padre, siendo sujeto de limitaciones, restricciones o condiciones que coloque el otro en él. Además de ser ausente, rechazado y a la espera y vaivén del otro, por ello, evita ser reconocido como una persona débil y dependiente, esto respecto a la descripción de que a los 11 años rechazaba que su madre lo llevara hasta el colegio porque “no quería que lo vieran como una niña”.

Por ello, al igual que el control de sus emociones, de su familia, sus amigos Theo controla sus enfermedades, luego de que las primeras manifestaciones del Parkinson, el herpes zóster y depresión, fue justamente cuando anunciaron su jubilación, porque al no tener un puesto dentro de la política, en donde fungía un papel de jefe, al poder dominar y controlar personas, se manifestó este displacer hacia lo corporal, como un intento de huida intentando desprender y desalojar esa insatisfacción en forma de síntoma. Por ello al comprender a la enfermedad de Parkinson de Theo, para él es un medio más eficaz para realizar acciones que vuelvan imposibles la percepción del peligro, formando entonces una represión, ocasionado por una imagen mnémica preexistente. Relacionado con esto, Theo no demuestra síntomas aparentes, permitiendo realizar sus quehaceres diarios sin complicaciones, agregando que el temblor leve en la mano sólo surge cuando

en algún momento algo le desequilibra o le molesta, disgusta o cuando sus hijos no le hablan o visitan, convirtiendo este temblor como algo momentáneo.

El empobrecimiento domina en buena parte entre sus temores y aseveraciones, de este modo, Theo ha pensado en que sí aconteciera primeramente la muerte de su esposa, sería un golpe crucial y demoledor para él, considerando que se quebrantaría totalmente, porque le dolería mucho perder a otra persona, por ello puntualiza en que si él muere antes que ella se libraría de un dolor terrible, porque no quiere sufrir otra pérdida; asimismo, refiere que sería un golpe mortal en su alma, porque seguramente su mente lo va a traicionar. Sin embargo, el miedo de Theo de morir es depositado en el Otro, esto recayéndolo en otro objeto, al afirmar que le teme a la forma de cómo será su muerte, preocupándole en dejar a su esposa en completa soledad porque él es su única compañía.

A pesar de la casi nula esperanza de Theo en cuanto a la labor de la psicología, dio apertura para la realización de este estudio de caso; e inclusive durante la última sesión, Theo acompañado de lágrimas manifestó haber fungido un papel importante para dar pauta a otras investigaciones dentro de la psicología y sobre todo haberse sentido acompañado y escuchado. Y por otro lado, menciona tener una gran satisfacción al ya no aparentar síntomas de la enfermedad de Parkinson, después de mostrarse como un muerto fresco, “una muerte que no era, en suma, sino el agotamiento del potencial de la vida y por lo tanto de la libido” como propone (Green, 2014) de esta manera; actualmente realiza su rutina diaria sin limitaciones físicas y sobretodo sin angustia que permanecía durante toda su vida.

CAPÍTULO VII DISCUSIONES Y CONCLUSIÓN.

*“Lo único auténtico en el ser humano
es la manera de sufrir...”*

-Jacques Lacan.

La historia de la humanidad ha construido a la subjetividad del ser en diagnósticos médicos transponiéndolo en una escueta etiqueta; utilizando al discurso médico como uso de poder que intenta imponer una sola verdad; y así mismo, a través de las exigencias que el hombre actual se ha impuesto en forma de consumo y poder, han convertido a la angustia y a la depresión a un afecto casi permanente.

Los expertos en psiquiatría aseguran que la enfermedad de Parkinson, vista como una enfermedad neurodegenerativa, conlleva a particularidades cerebrales orillando al paciente a niveles anormales de sustancias neurotransmisoras. En este contexto, es necesario cuestionar ¿Por qué al finalizar esta investigación, Theo dejó de manifestar síntomas del Parkinson? Como primer punto debe aclararse que dentro de la misma enfermedad Theo no se estableció en criterios objetivos en cuanto al diagnóstico, cimentando la enfermedad en criterios tautológicos; no obstante, los médicos proporcionaron una gran cantidad de psicotrópicos aún sin saber el diagnóstico que transpusieron a su enfermedad en un ir y venir, lo cual orilló a Theo a una gran incógnita que lo posicionó en una situación abismal.

La melancolía instalada en Theo desde su infancia fue crucial para determinar la elección del objeto de amor, pues esto establecerá las condiciones de su vida amorosa mismas que satisfarán las pulsiones y metas que se fijarán como una disposición innata. Así (Freud, 1911) señala que “si la

necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, se verá precisado a volcarse con unas nuevas representaciones libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciencia participen de tal acomodamiento”; por lo que es claro que la investidura libidinal entregada a un ideal expuesto como insatisfecho sea mostrado a través del cuerpo.

En otro orden, la pulsión como representante de lo orgánico y que actúa como consecuencia de una excitación somática interior necesaria registrada en el campo de lo psíquico como una función de acceso a la motricidad que puede inducir a que este quede bloqueada, tal como se generó en el cuerpo de Theo a modo de que ante la insatisfacción de la pulsión provocó que se representara a través del Parkinson, puesto que su pulsión escenificó a la muerte, es decir a la melancolía.

Al hacer un discernimiento entre el discurso médico y el psicoanalítico pudo hallarse que el sujeto se sostiene bajo lo que la medicina no mira en las nociones psicoanalíticas; ya que, ante la existencia de una enfermedad neurodegenerativa, el médico se centra únicamente en la proporción de fármacos para satisfacer el deseo del otro, ignorando el deseo del paciente, creando entonces una normalización y estandarización en el sufrimiento del ser. Por añadidura, la medicina clasificadora expone (Braunstein, 2008) “es su desconfianza o su escepticismo ante toda pregunta por las causas de lo observado, que por lo tanto procede de modo lógico donde solo observa, describe, designa, clasifica”.

De esta forma, el cuerpo se habitúa a los cuestionamientos que se plantea el doliente a manera de cómo representa su enfermedad, su malestar, su síntoma. El organismo deviene cuerpo como efecto del lenguaje, por lo que la constitución del síntoma no es un asunto simple. Sin duda, el caso de Theo nos invita a establecer un diálogo con el otro, posicionándonos frente a su propio dolor, pues, lo apalabrado juega un papel fundamental dentro del ser-cuerpo

hacia el encuentro con la incertidumbre que intenta formular su propia verdad, porque el cuerpo es límite, es contingencia y posibilidad que deviene como síntoma, o en este caso, como enfermedad neurodegenerativa.

Retomando la última entrevista, en la que Theo manifestó haberse sentido acompañado y sobre todo escuchado; así mismo describió que la angustia que estuvo presente durante la mayor parte de su vida había desaparecido, por lo que se le pidió que describiera la ausencia de la angustia, por lo que detalló que después de varios años sin poder dormir había llegado la noche en que podía conciliar el sueño sin la necesidad de tomar algún medicamento sedante, así como la angustia que lo orillaba a caminar sin rumbo ni fin.

Ante ello se pone en manifiesto la importancia de contar con una mirada psicoanalítica frente a las enfermedades crónicas y/o neurodegenerativas, tal como el Parkinson; y por otro lado, la importancia de que el discurso médico y el discurso de la psicología deben apuntalar hacia un mismo horizonte, el deseo del sujeto. Por tanto, una sugerencia para Theo fue el inicio de un análisis, pues “el análisis del contenido singular de un síntoma abre el camino de su comprensión, no lo clausura” narra (Bleichmar, 1980) por ello, el análisis es un lugar donde se posibilita un encuentro cara a cara donde el analista no encuentra un dominio, sino que habita y construye junto a él; ahí donde se da lugar a la palabra y a la escucha.

En tanto a la melancolía de Theo que “no es una defensiva sino la consecuencia del ataque contra sí mismo”, como sugiere (Bleichmar, 1980) es decir, la melancolía puede entenderse como una elaboración de fuertes querellas vehementes, donde el cuerpo interviene como una gran intensidad de sentirlo vivo. Para Theo fue imprescindible aferrarse a una ilusión de encontrar un refugio como un recurso fundado que en Theo se mostró en el objeto de amor a fin de rescatarlo de aquello que atañe a la pulsión de muerte; en otras palabras para (Heinrich, 2016) “el melancólico encuentra su salvación mediante un amor pasional: ilimitado, fusional, absoluto, que tendría como misión redimirlo de tanta tristeza, injusticia y soledad, por ello la pasión es un intento

de curación de la melancolía”. Por lo tanto se refiere a que la meta de la melancolía consiste en conservar el estado preliminar que como última instancia retorna al silencio de la muerte, que no se disipará mediante la demanda de dos entidades diferentes sino a través de una dialéctica que se tramita en una sola unidad la de vida-muerte.

A manera de conclusión, la sociedad contemporánea experimenta enfermedades crónicas que subyacen más allá del síntoma físico, procreando profundas problematizaciones en el ser humano a consecuencia de un discurso capitalista que ha creado y producido una modalidad de goce, en vista de que este se ha convertido en algo capitalizable y por lo tanto en algo fragmentado. Por ello, el mundo actual ha construido una vereda hacia la depresión, puesto que el sujeto se ha consolidado en un mundo virtual que no concluye ni tiene límite, en vista de que el otro en tanto semejante no existe.

Por otra parte, la urgencia por la instauración de terapias breves como solución rápida y la proliferación de medicamentos utilizados como supuesta herramienta que silencia el dolor psíquico han provocado una escisión en la subjetividad; por lo que se ha instaurado un gran énfasis en la clasificación en definir entidades discretas e indiscutibles como menciona (Braunstein, 2013) en un “saber donde solo hay nomenclaturas, significantes, objetos abstractos de conocimiento que se adhiere a un proyecto necesario, agresivo y progresivo en la sociedad posindustrial visto como una acelerada medicalización de la vida”.

En otras palabras, la influencia social y cultural han generado un malestar que no sólo es creado a partir del sujeto, pues este dominio que ordena y erige el mal-estar, establece su operación y condiciona su actuar. Asimismo, se vive bajo un discurso donde se ha impuesto una nueva forma de vivir, argumentando que la felicidad, el éxito y la belleza deben de ser un estado permanente, ignorando al sufrimiento, el desconsuelo y la herida como parte de la vida del ser, además de dirimir al dolor, considerando que, ante la existencia de éste, debe ser solucionado, callado y moderado por cocteles de fármacos que, aunque “no curan ninguna enfermedad mental o nerviosa, han revolucionaron

las representaciones del psiquismo fabricando un hombre nuevo, liso y sin humor, extenuado por la evitación de sus pasiones, avergonzado de no ser conforme al ideal que le proponen”, describe (Roudinesco, 2000).

Precisamente, la proliferación de los fármacos han creado secuelas de normalización de la conducta suprimiendo entonces los síntomas más intensos del sufrimiento psíquico, síntomas que (Soler, 2009) propone como “una sintomatología del Otro, establecido por el médico, pues en su palabra no se buscan las huellas de un sujeto, sino las huellas de su enfermedad”. El malestar crónico como fuente de angustia que se instaló en Theo, una angustia que no acababa, “un síntoma que no responde a un criterio de subjetivación sino a un criterio de asimilación” como menciona (Recalcati, 2015) y que en Theo permaneció a lo largo de su vida y que se situó y almacenó en algo físico, convirtiéndolo en un cuerpo diagnosticado. A saber, que la referencia central de Theo no es el síntoma sino la angustia que corrompió con el vínculo social, escindiendo el lazo con el otro, de tal modo que lo orilló a la aspiración de su propia supresión, pues con ningún objeto logró una satisfacción; consumiéndose a sí mismo y evitando en la medida de lo posible al otro, fundiéndose como una piel deshabitada.

Empero el malestar de Theo se constituyó, además, como un acto rebelde, tal como lo menciona (Soler, 2004): “Un síntoma siempre es una objeción a la prescripción del discurso común en aquellos sujetos que padecen de no lograr la conformidad, de no lograr ser como los demás. Los síntomas siempre son objeciones a lo que Freud llamaba principio de placer”. De este modo, el síntoma de Theo se consolidó como una excepción que se convirtió en regla; por lo tanto, la transitoriedad de su depresión fue sin duda una desaforada esperanza.

El caso de Theo da apertura a cuestionarnos, por un lado, sí el discurso médico se ha convertido en una administración del cuerpo con el fin de controlar, dando como veredicto que: la inadaptación corporal se ha convertido en algo extranjero, creando un sinfín de cuerpos diagnosticados, teniendo como

referencia qué tan adaptable o adaptativo se es en la medida del otro, respondiendo a esa demanda mediante las sobreintervenciones que se dirigen hacia una domesticación y corrección del ser. No obstante, tampoco se trata entrar en una lucha con el discurso social sino más bien de evitar la normalización.

Al mismo tiempo nos invita a cuestionarnos si las enfermedades orgánicas dentro del psicoanálisis deben de ser desdeñadas, sin embargo, tampoco se trata de rechazar el diagnóstico médico, porque el problema no reside en este sino en lo que se genera con él, por ello se trata de darle un lugar a la subjetividad; de modo que no es cuestión de solucionar o responder el diagnóstico, sino de pensarlo de otra manera y desde otro lugar con el fin de hacerlo fracasar.

Ante las enfermedades crónicas o neurodegenerativas es necesaria una mirada desde el psicoanálisis puesto que permitirá descubrir al sujeto su transitar con pasos livianos y de manera singular; un lugar donde permite al sujeto desnudarse y donde cobije la pura piel de la vida. El psicoanálisis menciona (Soler, 2004) también le promete al sujeto una causa individual, no una causa colectiva es decir, cernir su singularidad y operar en el mundo de ella. En otras palabras, el psicoanálisis instiga a pensar al cuerpo no sólo como algo pulsional sino como un acontecimiento, rechazando la idea de darle una función, puesto que se trata de darle un lugar para devenir desde una posición de lo diferente.

Dentro de las intervenciones de la psicología, poco se habla de las intervenciones en la depresión pues actualmente menciona (Braunstein, 1992) que “la depresión parece no depender de ninguna causalidad psíquica que provenga del inconsciente. Y sin embargo, el inconsciente resurge a través del cuerpo, oponiendo una fuerte resistencia a las disciplinas y a las prácticas destinadas a eliminarlo”. Conjuntamente ignorando que esta enfermedad afecta alrededor de 350 millones de personas en el mundo y que, además, se estima que para el año 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo,

según la (Organización Mundial de la Salud, 2016). Ante estas estadísticas; como psicólogos ¿Cuál debe ser nuestro abordaje clínico ante la depresión como una demanda social? Por un lado, es menester la intervención del caso por caso, que permita hacer clínica desde lo desconocido, lo inusitado, lo casi inhabitable, que de apertura a lo apalabrado mediante una construcción fortuita, donde exista alguien frente a su dolor, a habitar donde nadie permanece; permitiendo anudar la esperanza, pues es justamente en el dolor donde se construye lo esencial.

El psicoanálisis ha sido arquitecto del eterno camino del cuestionamiento y la metáfora, construyendo territorios desde lo inconsciente, orbe de la humanidad. La palabra es el vehículo principal de todo ser humano, pues, dentro del discurso se realizan una serie de combinaciones, vínculos y lazos significantes, de tal modo, que la palabra se convierte en algo más que gramática, se trata de una construcción fundado en lo semántico, sintáctico y pragmático. En este sentido, la revelación del Otro, su propia verdad, va más allá de su trascendencia, es en sí, sus efectos y formaciones en el sujeto; por lo tanto, el psicoanálisis da lugar a la diferencia en la creación de nuevas formas de lenguaje, donde lo clínico se constituye en una la relación en lo transferencial, instaurando una diada a razón de la dialéctica del enfermo, creando de tal modo un depósito de amor, para permitir al sujeto encontrar su camino de forma singular.

El psicoanálisis no se instaura en una cuestión científica, puesto que habita en el silencio; silencio que permite la mirada sin juicio; donde la norma no tiene lugar. Empero es necesario clarificar la diferencia entre el psicoanálisis y el discurso capitalista como (Soler, 2013) plantea que “La diferencia entre ambos discursos radica en que mientras el psicoanálisis valoriza al uno de singularidad única, el discurso capitalista no conoce ni cultiva más que el anonimato de uno entre otros. Por eso incita a perseguir la desviación más que a cualquier otro discurso”. Por ello, no se trata de una técnica o sistema, pues va más allá de una analogía, implicando un arte que habita el dolor frente al

abismo del lenguaje, en donde habita la sed y el olvido; por ello, no requiere de un conocimiento científico ya que el dolor humano es un ilimitado abstracto. En este sentido, la labor del psicoanálisis se caracteriza por metaforizar las grietas ocasionadas por el dolor y la ausencia mediante los hilos del lenguaje, una metáfora como mecanismo de determinación del sujeto. Así (Macías, 2014) propone que “no es el discurso sobre un misterioso fluido o la interacción psicofísica lo que sostiene el tratamiento y permite la cura, es la palabra lo que medía, es el instrumento esencial del tratamiento anímico”.

Es menester construir fronteras que den lugar a trazar nuevas miradas a la otredad con su alteridad, a apelar a la diferencia; enseñando así, que existe algo más allá que lo que se nos ha dicho. Es aquí, donde el psicoanálisis tiene la posibilidad de emprender una escucha de lo diferente, que habita frente al acto del otro que posibilita apalabrar el cuerpo, el silencio, el dolor; en donde se advierte una complejidad de la cura, para así, ser partícipes de una construcción constante de algo inédito.

Es necesario darle lugar al otro frente a la inmensidad del horizonte cuando la mirada se extravía intentando abarcar el confín de su propio ocaso, que se acompaña en silencios temporales en aquellas encrucijadas donde el sujeto pueda ser límite, contingencia y posibilidad de sí mismo. El melancólico remite (Heinrich, 2016), “se vanagloria de tener la capacidad de ver la cruda realidad, que en última instancia no es más que lo real de la carne, el cadáver que nos espera al final del camino”. Por ello, es fundamental propiciar un lugar a esas revoluciones de suspiros valientes, porque más vale rotos que desprovistos de significación.

El ocaso de Theo es una revelación de que los panoramas del olvido esclarecen que el cuerpo es un hablante de la resistencia. Una historia del cuerpo y su retórica, que habita el silencio donde solo los poetas saben habitar, pues solo ellos saben de silencio; donde el miedo se hace ausente y la libertad, la intensidad y la inquietud se hacen presentes. Sitio furtivo donde el

pensamiento cruza el puente de lo distinto; pues es ahí, en lo distinto donde se puede crear... amar.

Donde la búsqueda insoslayable del poseer que por-ser pasa a ser parte de otro territorio. Así mismo, la profundidad del ocaso de Theo articula hacia paraísos frágiles donde se puede conocer los panoramas de las ruinas, del desconsuelo solitario, de lo incoloro, de lo desolado. Porque lo distorsionado no es la locura, sino la realidad, lo-cura que salva de ser esclavos de la realidad; pues de amaneceres, vendavales y encrucijadas estamos hechos...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Vergara Aragón P. (Abril de 2015). *Gaceta Digital UNAM*. Obtenido de <http://www.gaceta.unam.mx/20150416/en-mexico-alta-incidencia-de-parkinson-en-menores-de-40-anos/>

Bleichmar S. (1980). *La depresión: un estudio Psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Braunstein N. (1992). *La Re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*. México: Fundación Mexicana de Psicoanálisis.

Braunstein N. (2008). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Braunstein N. (2013). *Clasificar en Psiquiatría*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Chávez E, Ontiveros M, Carrillo J. (Julio- Agosto de 2013). *La Enfermedad de Parkinson: Neurología Para Psiquiatras*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n4/v36n4a6.pdf>

- Eisenhardat K. (1989). *El método de estudio de caso*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Foucault M. (1963). *El nacimiento de la clínica*. Siglo veintiuno.
- Freud S. (1893). *Primeras Publicaciones Psicoanalíticas*. Amorrortu editores.
- Freud S. (1911). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)*. *Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. Amorrortu.
- Freud S. (1914). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. *Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Amorrortu Editores.
- Freud S. (1915-1916). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*. Amorrortu Editores.
- Freud S. (1916- 1917). *Conferencias de Introducción al psicoanálisis (Parte III)*. Amorrortu editores.
- Freud S. (1920). *Más Allá del Principio del Placer*. *Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. Amorrortu editores. Obtenido de http://redaprenderycambiar.com.ar/derrida/restos/freud_mas_alla.pdf
- Freud S. (1923). *El yo y el ello y otras obras*. Amorrortu editores.
- Freud S. (1925). *Presentación autobiográfica*. *Inhibición, síntoma y angustia*. *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* Amorrortu Editores.
- García S, Meza B, Villagómez E, Ramón C. (Julio- Agosto de 2010). *Medicina Interna de México, Volumen 26, num 4*. Obtenido de Breve reseña histórica de la enfermedad de Parkinson.: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim104h.pdf>
- Green A. (2014). *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?* Buenos Aires: Amorrortu.

- Heinrich H. (2016). *Locura y Melancolía*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Hoehn MM, Yahr MD. . (s.f.). *Parkinsonism: Onset, Progression, and Mortality*.
- Kristeva J. (1991). *Sol negro. Depresión y melancolía*. . Caracas Venezuela: Monte Ávila Editores Latinoamerica.
- Macías C. (2014). *Carta Psicoanalítica*. Obtenido de Escuchar en lugar de observar. Sobre el cambio de postura para la averiguación clínica del síntoma y la subjetividad que la experiencia freudiana inaugura.: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article509>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ostrosky-Solis F. (2000). *Características neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson*. Obtenido de <http://feggylab.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/Caracteristicas%20neuropsicologicas%20de%20la%20enfermedad%20de%20parkinson.pdf>
- Prettel O. (2011). *Fenomenología y Hermenéutica*. Obtenido de http://www.educacionviva.com/Documents/GRECS/EMOCIONS/OBSERVACIO/Fenomenologia_y_Hermeneutica.pdf
- Recalcati M. (2015). *Cuatro notas sobre la clínica psicoanalítica, ciencia y arte*. Obtenido de http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=820
- Roudinesco E. (2000). *¿Por qué el Psicoanálisis?* Buenos Aires : Paidós.
- Soler C. (1993). *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. Obtenido de <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40338105/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492914383&Signature=TmpueXit9248be>

sziyjQ0OIfgBI%3D&response-content-
disposition=inline%3B%20filename%

Soler C. (2004). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires, Argentina.

Soler C. (2009). *La Querrela de los Diagnósticos*. Buenos Aires Argentina: Letra Viva.

Soler C. (2013). *El fin y las finalidades del análisis*. Buenos Aires: Letra Viva.

Soler C. (2013). *El fin y las finalidades del análisis*. Buenos Aires: Letra Viva.

Žižek S. (2007). *En defensa de la intolerancia*. Diario público.