



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA NEURÓTICA OBSESIVA,  
TRASTORNOS RELACIONADOS Y DIRECCIÓN DE LA CURA

ASTUDILLO PIZARRO RONALD PAUL  
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA NEURÓTICA OBSESIVA,  
TRASTORNOS RELACIONADOS Y DIRECCIÓN DE LA CURA

ASTUDILLO PIZARRO RONALD PAUL  
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA NEURÓTICA OBSESIVA, TRASTORNOS  
RELACIONADOS Y DIRECCIÓN DE LA CURA

ASTUDILLO PIZARRO RONALD PAUL  
PSICÓLOGO CLÍNICO

TAMBO ESPINOZA GABRIELA MERCEDES

MACHALA, 20 DE SEPTIEMBRE DE 2021

MACHALA  
20 de septiembre de 2021

# ENSAYO

*por* Ronald Astudillo

---

**Fecha de entrega:** 03-sep-2021 11:29p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1641199176

**Nombre del archivo:** Ronald\_Paul\_Astudillo\_Pizarro.docx (26.31K)

**Total de palabras:** 3918

**Total de caracteres:** 20561



# ENSAYO

*por* Ronald Astudillo

---

**Fecha de entrega:** 03-sep-2021 11:29p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1641199176

**Nombre del archivo:** Ronald\_Paul\_Astudillo\_Pizarro.docx (26.31K)

**Total de palabras:** 3918

**Total de caracteres:** 20561

---

# ENSAYO

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

## RESUMEN

El presente ensayo tuvo como objetivo analizar la estructura clínica neurótica obsesiva para poder plantear una posible cura desde el psicoanálisis. Para ello es necesario en primera instancia describir los rasgos de la neurosis obsesiva, identificar las patologías relacionadas y posteriormente conceptualizar la cura. Este trabajo de investigación es de enfoque cualitativo de tipo descriptivo, con una metodología basada en la revisión bibliográfica. Las personas con estructura obsesiva tienen una fijación en la fase anal, en esta etapa psicosexual de la niñez donde el poco control de esfínteres es relacionado con la vergüenza, la culpa, el asco y el sadismo. La neurosis obsesiva se produce a partir de un evento traumático sexual de origen en la infancia donde el sujeto tiene una participación activa. Los rasgos que diferencian a los obsesivos son la culpa, el orden, la racionalización, la duda y la ambivalencia amor-odio, además de los reproches obsesivos y las prohibiciones. La sintomatología de los trastornos obsesivo compulsivo y el trastorno de personalidad obsesiva poseen similitud con las características de la estructura obsesiva. El psicoanálisis busca la rectificación subjetiva con base en la transferencia, asociación libre de ideas y la atención flotante que son la clave para develar lo inconsciente, sin llegar a una cura completa, buscando el autoconocimiento en análisis que es único para cada individuo.

**Palabras clave:** Neurosis obsesiva, Psicoanálisis, Cura.

## **ABSTRACT**

This essay aims to analyze the obsessive neurotic clinical structure in order to propose a possible cure from psychoanalysis, describing the characteristics of obsessive neurosis, identifying the related pathologies from the diagnostic manuals and conceptualizing the cure. This research work has a qualitative approach of descriptive type, with a methodology based on bibliographic review. People with obsessive structure have a fixation in the anal phase, in this psychosexual stage of childhood where poor sphincter control is related to shame, guilt, disgust and sadism. The obsessive neurosis is produced from a sexual traumatic event of childhood origin where the subject has an active participation. The features that differentiate obsessives are guilt, order, rationalization, doubt and love-hate ambivalence, in addition to obsessive reproaches and prohibitions. The symptomatology of obsessive-compulsive disorders and obsessive personality disorder have similarities with the characteristics of the obsessive structure. Psychoanalysis seeks subjective rectification based on transference, free association of ideas and floating attention that are the key to unveil the unconscious, without reaching a complete cure, seeking self-knowledge in analysis that is unique to each individual.

**Keywords:** Obsessive neurosis, Psychoanalysis, Cure.

## CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN .....	I
ABSTRACT .....	II
CONTENIDO .....	III
INTRODUCCIÓN .....	4
ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA NEURÓTICA OBSESIVA, TRASTORNOS RELACIONADOS Y DIRECCIÓN DE LA CURA DESDE LA ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA .....	5
CONCLUSIONES .....	13
REFERENCIAS .....	14

## INTRODUCCIÓN

La neurosis es una de las tres estructuras clínicas propuestas en el psicoanálisis, junto a la psicosis y la perversión, analizada por Freud desde finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX y retomadas por Lacan desde mediados del siglo XX en adelante en su “retorno a Freud”, dando un nuevo enfoque al psicoanálisis en el que se conceptualizan la teoría y la práctica clínica.

La neurosis se la describe como el resultado del conflicto psíquico que existe entre las fuerzas que dirigen la personalidad, el yo y el ello. El yo se basa en el principio de la realidad y al ser la encargada de mediar entre las otras instancias del aparato psíquico y las reglas culturales, busca los medios para que el ello satisfaga los impulsos, que en primera instancia se encontraban de forma bruta en la amoralidad del principio de placer, de la forma más armoniosa posible con la realidad circundante y las normas morales (Villa, 2019).

Este trabajo académico tomará como referencia la variante obsesiva de la neurosis, donde se buscará analizar esta estructura con el fin de plantear una dirección de cura para la misma. Para cumplir con esta meta, en primer lugar, debemos describir cuáles son los rasgos que distinguen este tipo de estructura de personalidad desde un enfoque psicoanalítico, también se identificarán los síntomas de las patologías relacionadas con la neurosis obsesiva como los son el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de personalidad obsesiva desde los manuales diagnósticos. Y como último objetivo se tratará de conceptualizar la cura desde el psicoanálisis para poder trabajar con la personalidad neurótica obsesiva.

Este trabajo de investigación es de enfoque cualitativo de tipo descriptivo, con una metodología basada en la revisión bibliográfica de documentos actuales y clásicos del psicoanálisis y de los temas relacionados con la problemática a trabajar esperando que sea útil para aclarar los conceptos asociados a la neurosis obsesiva para poder manejar de manera correcta en la práctica clínica estos casos y tener una buena dirección a la cura.

## **ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA NEURÓTICA OBSESIVA, TRASTORNOS RELACIONADOS Y DIRECCIÓN DE LA CURA DESDE LA ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA**

La neurosis, en los sujetos se desarrolla a partir de la reactivación de una vivencia sexual temprana de inicio en la infancia, por hechos que se dan en el presente, esto genera angustia que hace actuar los mecanismos de defensa del yo, en este caso la represión, que en última instancia fracasa y se necesita utilizar otros mecanismos para controlar las representaciones que no son tolerables para el yo (Saltarín, 2018).

En este punto la neurosis tiene dos elecciones, la histeria y la obsesión, la primera se produce cuando hay una pasividad por parte del sujeto en la vivencia sexual infantil, y la segunda es un sujeto activo en busca de placer. Freud mencionaba que estas vivencias no son del todo reales, son fantasías que en lo inconsciente no puede ser diferenciada de la realidad (Pallas, 2016).

Estas vivencias que no pueden ser soportadas, en las estructuras histéricas, el yo actúa considerándolas como no existentes, aunque la carga afectiva aún esté presente se utilizan mecanismos de defensa como la conversión o la somatización para minimizarla, convirtiéndola en inofensiva para el yo (Pallas, 2016).

Por otro lado, las estructuras obsesivas no poseen esta capacidad de transformación, por este motivo utilizan el recurso de divorciar la representación de su carga afectiva para que se debilite y no llegue a la conciencia. Pero el afecto queda aún flotando y se une a otras representaciones que no tiene relación alguna con la experiencia traumática, esta conexión del afecto y algún pensamiento que, en sí, es aceptado por la conciencia se denomina nexos falso (Freud, 1894), entonces el placer prohibido queda desplazado, junto con la representación, al simple hecho de pensar, provocando las ideas obsesivas y la rumiación (Pereira, 2018).

Las personas con estructura obsesiva, al que se denominará obsesivo, tienen una fijación en la fase anal, en esta etapa psicosexual de la niñez donde el poco control de esfínteres es relacionado con la vergüenza, la culpa, el asco y el sadismo. Si este control se enseña a una edad temprana y de manera muy rígida el niño tendrá deseos hostiles contra las figuras parentales que buscan que deje lo natural por lo establecido socialmente, es en esta instancia donde el superyó puede constituirse de una forma

muy severa donde buscará que el sujeto siempre tenga el control de sí mismo y de las situaciones (Sánchez, 2014).

De esta forma, la dificultad de tener un control de esfínteres le generaba al sujeto, estos sentimientos desagradables, así son elaborados de manera retroactiva mediante mecanismos de defensa como la formación reactiva; por ejemplo, los rasgos excesivos de orden y el aseo en contraste con la suciedad que sentían en la infancia.

La estructura neurótica obsesiva es diferenciada por poseer ciertos rasgos que según Saltarín (2018), haciendo una lectura de Simon Brainsky, se caracteriza por una necesidad de control, que es la que predomina su diario vivir y que de cierta forma no le permite explotar sus potencialidades y pone grandes límites para poder siempre tener dominio de esas áreas; la meticulosidad también está presente al momento de organizar sus actividades; presenta fluctuaciones sadomasoquistas con orígenes en la etapa anal; presentan rasgos coleccionistas anudados al deseo de dominar; la duda y la ambivalencia son pilares fundamentales en la sintomatología del obsesivo.

La libido y el yo tienen puntos de fijación distintos, en la etapa fálica y en la etapa anal respectivamente. El yo por su parte presenta una maduración temprana y la libido se desenvuelve en una regresión a instancias primitivas. Por esta razón el obsesivo utiliza mucho la racionalización. Otros mecanismos de defensa utilizados son la anulación y el aislamiento, que puede evidenciarse cuando el obsesivo narra un evento, que pueden ser considerados como traumáticos, con poca o nula carga afectiva (Saltarín, 2018).

Entre los rasgos del obsesivo están las prohibiciones y los mandatos, que se ubican en una ambivalencia por el hecho de que también encuentra satisfacción ligada a ellos, al igual que la prohibición primaria. Estas prohibiciones, devienen generadas a partir de los pensamientos obsesivos y cumplen con la función de reparar o apaciguar el castigo por incumplir con el tabú, que en primera instancia fue reprimido pero aparece transformado en la consciencia.

Mariscal (2016), basándose en los escritos de Freud, menciona que los síntomas en el obsesivo son de dos grupos, los negativos, que se impone la severidad del castigo, las medidas cautelares y de precaución, estos síntomas son los que se dan en una primera instancia; de manera opuesta están los síntomas positivos que vienen a ser las medidas de satisfacción sustitutiva que estará presente bajo un camuflaje de

manera simbólica, y que será la que predomine de forma última en el progreso de la neurosis.

Como se había mencionado anteriormente, la duda aquí cumple un papel importante, pues el obsesivo quiere escapar de la realidad que la percibe como intolerable, de esta manera el neurótico la evita y huye de ella, el mecanismo de defensa de aislamiento también le sirve como apoyo para cumplir con este deseo (Villa, 2019).

La duda también se ve presenciada en los actos de reparación que utiliza para evitar las consecuencias que el obsesivo cree que aparecerán si no se los realiza, que en última instancia es para apaciguar el conflicto interno y de sus posibles consecuencias que el superyó impone; estos actos de reparación se hacen, pero el sujeto aún duda de su efectividad y nunca termina de estar seguro de su protección contra las represalias (Mariscal, 2016).

Estos actos de reparación o compulsiones aparecen de manera conjunta con actos mentales que se dan en forma de analizar, realizar operaciones matemáticas, entre otros que, dependiendo de la intensidad de la representación latente, puede llegar a expresarse en forma de psicosis al presentar delirios o pseudo alucinaciones (Ulloa, 2021).

La culpa está presente en la neurosis obsesiva por la severidad en la que se configuró el superyó, de esta manera el superyó culpabiliza el yo de los impulsos reprimidos inaceptables para la sociedad pero que el yo no está consciente de la existencia de ellos. De esta forma existe un sentimiento de culpa a nivel de conciencia, pero la razón de ello se encuentra en lo inconsciente (Ordóñez, 2015).

Según Pedroza (2016), el proceso de formación de las representaciones obsesivas se divide en tres etapas, En la infancia o "periodo de la inmoralidad infantil" dicho así por Freud en el que se viven experiencias de seducción infantil (pasivas) que luego dan paso a la regresión. Luego, en la infancia misma, se experimenta placer en agresiones sexuales dirigidas al sexo opuesto, que a posterior se vuelven reproches hacia el mismo individuo.

Este mismo autor manifiesta que con la maduración sexual termina el primer periodo dando paso al siguiente, en el momento en el que la memoria de aquellas acciones placenteras en relación a las acciones pasivas, aligeran la represión del reproche para sustituirlo originando la vergüenza o desconfianza a sí mismo como un síntoma defensivo primario. Por último, en la tercera etapa, el sujeto obsesivo disfruta de

bienestar aparente, aunque esto solo significa que se ha logrado instituir la defensa psíquica.

El padecimiento empieza a manifestarse durante la cuarta etapa, debido a que se produce el regreso de aquellos recuerdos reprimidos causado por fallas en la defensa, sin embargo, Freud dice que no se podía asegurar si dichas memorias vuelven de manera espontánea o más bien como consecuencias de perturbaciones sexuales del presente. Así mismo, estas memorias no vuelven intactas a la conciencia, más bien forman una especie de pacto o convenio de aquellas representaciones ya reprimidas y las que las reprimen.

Freud también planteó un síntoma llamado técnica de desfiguración por elipsis, que se presenta cuando el sujeto cree que sus pensamientos tienen una actitud todopoderosa la cual podría causar un efecto negativo a él o a sus seres queridos, o afectar a algo de la realidad presente o futura (Pedroza, 2016).

Pedroza (2016) refiere que el obsesivo se plantea tres necesidades: la necesidad de plantearse como duda su postura frente a la vida; la necesidad de encontrar una respuesta lógica ante los síntomas de mandamientos o prohibiciones que presentan; y como última necesidad está la muerte como alternativa para solucionar los problemas que se presentan.

Esta necesidad de duda está dada en base a la dualidad amor-odio que está siempre presente en los obsesivos. Esta lucha interna que no se define, no sabe exactamente qué es lo que siente por el otro, y esta duda por saber si es amor u odio se ve redirigida a otros ámbitos que no tienen relación aparente (Mariscal, 2016).

La ambivalencia de amor-odio se encuentra también en las relaciones amorosas del neurótico obsesivo, entonces se genera esta duda sobre el amor; tratando de evitar que se desencadene esta ambivalencia, se priorizan los pensamientos y generan compulsiones para dejar en segunda instancia las relaciones afectivas y reducir las pasiones como medida de protección. Así el obsesivo no quiere verse envuelto en el compromiso del amor, pero este mismo miedo le genera angustia (Mariscal, 2016).

Los obsesivos sienten culpa, pero la razón de esa culpa no es conocida por él, Ortega (2015) menciona que la culpa y el castigo devienen sobre el neurótico por el hecho de ubicarse en una posición de privilegio para la madre. La madre busca llenar ese vacío con el hijo que puso en primer lugar sobre el padre pero que no logra satisfacer, así el niño se ve investido como objeto de privilegio por el deseo insatisfecho de la madre.

Enfocando el tema de investigación hacia un punto clínico y psicopatológico se muestra a continuación una revisión a los trastornos mentales que tienen una relación directa con la estructura neurótica obsesiva y que están presentes en los manuales diagnósticos vigentes en la actualidad, como los son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2000) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V por sus siglas en inglés) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno obsesivo - compulsivo tiene sus orígenes descriptivos en 1838 en los trabajos de Jean Etienne Dominique Esquirol, posteriormente el psicólogo francés y precursor del psicoanálisis, Pierre Janet, publicó un texto relacionado con las obsesiones que dio un impulso para popularizar la relevancia de esta afectación durante esa época. De manera contemporánea Freud escribía sobre las psiconeurosis de defensa y pulía sus teorías psicoanalíticas, teniendo un apogeo la acepción de neurosis obsesiva en la comunidad científica durante la primera mitad del siglo XX (Peralta, 2017).

Con la llegada de la segunda ola del conductismo se dio un enfoque diferente al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), como punto de partida las teorías del aprendizaje, a finales del siglo XX con la presentación del DSM IV se lo adscribe con el nombre de la patología que se conoce actualmente, pero englobado en la categoría de trastornos de ansiedad, ya en el DSM V tiene un apartado para los trastornos obsesivos compulsivos y relacionados (Peralta, 2017) por el hecho de que su característica fundamental son los actos compulsivos y no la ansiedad (Lozano-Vargas, 2017), aun así se encuentra ubicado después del apartado de los trastornos de ansiedad debido a su relación. De esta manera se representa su particularidad sin soltar del todo lo significativo de la ansiedad (Berrio y Luciano, 2017).

En la actualidad tanto en el DSM V (2014) y en el CIE 10 (2000) tienen criterios diagnósticos similares para el TOC, el criterio A siempre es que se presenten obsesiones y/o compulsiones. Ambos manuales reconocen a las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes que devienen de forma intrusiva a la conciencia con constancia incesante, estas ideas generan significativa molestia o ansiedad, por esta razón el paciente genera esfuerzos para combatirlos.

Por estos intentos de combatir las obsesiones se generan las compulsiones que son definidas como comportamientos reiterativos, incluyendo los actos mentales, que tienen como finalidad reducir el malestar generado por las obsesiones; también tienen

el objetivo de prevenir algún hecho catastrófico de daño hacia sí mismo o hacia otros, estos actos de por sí solos no son placenteros, además de estar relacionados de manera poco realista con lo que buscan prevenir, rozando el sinsentido. Por lo general, la persona que los realiza está consciente de ello.

Para finalizar con el diagnóstico de TOC se debe tomar en cuenta el tiempo que consume los síntomas en su diario vivir, este debe ser clínicamente significativo. Para agregar también se debe descartar si la razón principal de la sintomatología es producto de otro trastorno mental o alguna sustancia.

Otra patología que puede estar relacionada a manera de estructura de personalidad es el trastorno de la personalidad obsesiva compulsiva, como se encuentra en el DSM V, y en la CIE 10 se refieren a esta enfermedad mental como trastorno anancástico de la personalidad que lo definen como un esquema de características donde predomina la cautela para tener todo en un estado de perfección incluyendo el dominio sobre la situación y los demás, siendo detallista en las minuciosidades, que están en constante revisión para verificación, exigiendo esto de una manera inflexible (APA, 2014; OMS, 2000). Se menciona que las obsesiones y compulsiones están presentes pero con una intensidad inferior a las presentadas en el TOC (OMS, 2000), este grupo también presenta muchas dudas que lo condiciona a ejecutar revisiones constantes y realizar nuevamente lo que ya había hecho (Sanz Correcher et al., 2019).

Para diagnosticar este trastorno de personalidad deben estar presentes como mínimo cuatro síntomas de los que aparecen en los manuales diagnósticos, entre ellos están la inquietud por su planificación de actividades como las reglas y los pormenores olvidando el fin último de la labor que se llevaba a cabo. El querer realizar todo de manera prolija impide la finalización de las actividades.

En materia de productividad presenta un elevado nivel de entrega que puede, incluso, dejar de lado otros intereses que causen satisfacción como pasatiempos o amistades. Prefieren ser los encargados directos de los pendientes a delegar la responsabilidad a otros, salvo que cumplan con las exigencias de hacerlo de la misma forma que él lo haría.

Estas personas son muy moralistas y siguen con firmeza los valores y la ética, además de las normas sociales. Se muestran avariciosos y acumuladores de cosas sin ningún significado emocional. Además, pueden presentar incertidumbre y cautela con gran intensidad, también pueden ser obstinados y rígidos.

Por esta vía nos encontramos con una sintomatología similar entre los trastornos propuestos en los manuales diagnósticos vigentes que tienen como característica principal lo obsesivo-compulsivo y la estructura neurótica con dirección a lo obsesivo propuesta por Freud desde el psicoanálisis.

Ahora, para realizar un estudio más preciso, se procede a abordar un pequeño caso donde se fusiona la teoría con la práctica, Wilson es un joven que asiste a consulta preocupado por presentar ideas perturbadoras. Estos pensamientos hacen referencia a que le puede pasar algo malo a su novia como llegar a morir. Para elaborar este malestar tiene ideas reparadoras, se persigna o reza un padre nuestro. Dice que estas ideas le producen insomnio al punto de recurrir a la ingesta de drogas para poder inducir al sueño.

En la anterior narración podemos evidenciar como Wilson presenta ideas obsesivas de daño o muerte de la pareja donde podemos identificar una característica de la obsesión que tiene una relación directa con el complejo de muerte, el deseo de muerte que fue dirigido en primer momento al padre regresa de lo reprimido anexando su afecto a otro pensamiento (Rostagonotto y Yesuron, 2020). También podemos identificar que para evitar estas ideas el sujeto tiene la necesidad de realizar rituales que el obsesivo utiliza para protegerse de las represalias que puede tomar la autoridad interiorizada del nombre del padre por tener estos deseos tabú (Herbert 2018; León-Lopez, 2018).

Ahora ya conocido el funcionamiento de la neurosis obsesiva y los trastornos relacionados que pueden causar un malestar significativo si se desbordan las características patológicas, se buscará encontrar una dirección para llevar la cura psicoanalítica y la forma en cómo trabajar los síntomas.

Para llegar a ello primero hay que saber, ¿qué es la cura para el psicoanálisis?, en un principio Freud creía que la curación de las neurosis podía llevarse a cabo con el único hecho de develar lo inconsciente llevándolo a la conciencia del paciente, la forma de hacerlo era creando un ambiente estructurado en función del inconsciente en donde la energía psíquica pueda fluir de manera espontánea, los tres elementos principales que deben existir en la relación analista - analizado son la transferencia, la asociación libre de ideas y la atención flotante (Klein, 2014).

En una segunda instancia, mientras Freud pulía su teoría, desarrollando nuevos conceptos, le da una revisión al concepto que tenía de cura y la reformula, sigue

existiendo como punto principal la transferencia, pero ya no lo es todo, en ese momento plantea que el analista no debe acceder a ese amor de transferencia, pero sin prohibir al paciente sentirlo, así utiliza este amor para motivar a encontrar la cura, siempre a criterio del analista saber cuándo manejarlo a riesgo de cometer errores. En este punto Freud introduce la necesidad de hacer un pacto analítico entre la persona del analista y el yo del paciente para combatir con la compulsión a la repetición de lo que causa malestar, ofreciendo todo el material disponible y necesario para poder construir y reconstruir con base en ellas a pesar de las resistencias que se presenten (Klein, 2014).

Entonces Freud (1938) nos dirá que para dar por terminado el análisis cuando, en primer lugar, los síntomas presentados por el paciente no sean motivo de tormento y se deje atrás la angustia; como segundo punto que corresponde al analista, es determinar si lo incomprendido se ha aclarado, las resistencias se han eliminado y lo reprimido se ha vuelto consciente en tanto sea posible y necesario para evitar que la repetición de los esquemas patológicos se presente. De esta forma la cura vendría a darse a criterio del analista, sin existir un punto exacto de corte.

Toda cura en psicoanálisis es individual y que, mas allá de la eliminación del malestar, busca el conocimiento propio, el saber más de sí mismo, eso que por tanto tiempo estuvo escondido pero que se expresaba a través de otros medios, lo reprimido, dejar de lado la ignorancia de lo que lo constituye, pues el camino del conocimiento nos lleva al bienestar, pero existen múltiples resistencias que nos impiden llegar a ello, entre estos impedimentos nos encontramos con el goce del síntoma a pesar del sufrimiento que produce (Restrepo, 2019).

Así de esta forma debemos de reubicar la posición subjetiva del sujeto con respecto al síntoma, y al trauma que desemboca en él. García (2019) refiere que las entrevistas preliminares son de significativa importancia en el proceso analítico por el hecho de que nos permite identificar en primera instancia la estructura que posee el analizado, y desde este punto ya comienza a presenciarse un trabajo de rectificación subjetiva, donde el paciente empieza a cuestionarse sobre su padecer (Bustos, 2016) y hacerse cargo de ello, a pesar de que este deseo sexual infantil reprimido que es origen de la neurosis no es algo que se quiera saber (Waldisperg, 2018).

## CONCLUSIONES

Después de hacer un recorrido bibliográfico sobre la neurosis obsesiva podemos llegar a la conclusión de que ésta se produce a partir de un evento traumático sexual de origen en la infancia donde el sujeto tiene una participación activa en esta vivencia, que queda reprimida y surge en una segunda instancia pero su afecto queda desligado de ellos por los mecanismos de aislamiento produciendo nexos causales a otros pensamientos en forma de reproches obsesivos, que serán contrarrestados con rituales y prohibiciones que son generados para eliminar ese sentimiento de culpa. Esta culpa aparece por la existencia de un superyó muy fuerte que es producto de una fijación en la etapa anal, por esta razón se presentan tan ordenados y meticulosos, pero también está presente en ellos la duda, la racionalización que lo hace vivir en el mundo de los pensamientos; y por último se encuentra la ambivalencia amor-odio.

En la revisión de los criterios diagnósticos de los trastornos obsesivo compulsivo y de la personalidad obsesiva compulsiva se logró identificar cierta relación existente entre estas patologías y la estructura neurótica obsesiva. Así en el TOC encontramos las obsesiones y las compulsiones como criterio principal, los mismos podemos identificar en un obsesivo, también en el trastorno obsesivo de la personalidad encuentra relación al presentar obsesiones y compulsiones de baja intensidad, pero encontramos otras similitudes como el presentar la duda como un síntoma primario, el ser escrupulosos, y el tener siempre una necesidad de control de lo que realizan.

Como último punto debemos pensar en que la cura para el psicoanálisis tiene un desarrollo y cambio a lo largo del tiempo teniendo como principios básicos tres elementos: la transferencia, la asociación libre de ideas y la atención flotante. Con estos elementos de base el analista buscará realizar una rectificación subjetiva en el obsesivo, pues una sanación completa no es posible, revelando lo inconsciente por medio de interpretaciones que deben de ser en momentos precisos para superar las resistencias existentes, estas interpretaciones buscan que el analizado se cuestione, conozca y reconozca sobre su padecer, de esta forma el conocerse trae consigo el bienestar. El análisis, por ende, es individual, tiene siempre su toque particular y único.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Berrío García, N. y Luciano Restrepo, D. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Revista Poíesis*, (32), 101-115. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2303>
- Bustos, V. (2016). Deseo Del Analista, La Transferencia Y La Interpretación: Una Perspectiva Analítica. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 97-112. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8060>
- Freud, S. (1894). *Neuropsicosis de defensa*. En *Obras Completas*. Tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. En *Obras Completas*. Tomo XXIII. Amorrortu.
- García Valenzuela F. Y. (2019). Entrevistas preliminares: la existencia de lo inconsciente. *Affectio Societatis*, 16(31), 192-206. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v16n31a08>
- Herbert, A. (2018). La ilusión y la religión según el pensamiento de P. Ricouer en la obra de S. Freud. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. <https://www.aacademica.org/000-122/449>
- Klein, A. (2014). El concepto de cura en la perspectiva freudiana. Un análisis crítico de algunas variables intervinientes. *Tesis Psicológica*, 9(2), 282-298. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139039784018>

- León-López, P. (2018). Fuera de los límites del yo. *Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis*, (18), 63-73. <https://doi.org/10.15446/djf.n18.71461>
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista De Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 35 - 41. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>
- Mariscal, R. (2016). *Memorias de un amor: la resignificación de la separación de los padres en un caso de neurosis obsesiva* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo digital. <http://eprints.uanl.mx/14292/>
- Ordóñez, P. (2015). *El padre ausente: la figura paterna y la formación del superyó en la estructuración de la neurosis obsesiva* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo digital. <http://eprints.uanl.mx/11355/1/1080215508.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Ortega, N. (2015). *“La Gallina Degollada” La Madre Insatisfecha Y La Suplencia Del Padre, Un Caso De Neurosis Obsesiva* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo Digital. <http://eprints.uanl.mx/9663/1/1080215025.pdf>
- PALLAS, C. (2016). *Consideraciones sobre la neurosis obsesiva en la obra freudiana*. [Trabajo final de grado , Universidad de la República Uruguay]. Archivo digital. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10103>
- Pedroza, N. (2016). *“La Incertidumbre En La Vida Y El Temor A La Muerte”. Un Caso De Neurosis Obsesiva* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo digital. <http://eprints.uanl.mx/14293/>

- Pereira, A. (2018). A Relação Entre Psicopatologias Não Neuróticas, Neurose Obsessiva E Pulsão De Morte. *Psicologia em Estudo*, 23,1-14.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287159842015>
- Restrepo, L. (2019). Las paradojas de la resistencia durante el proceso de cura según la perspectiva psicoanalítica. *Affectio societatis*, 16(31), 148-170.  
<https://doi.org/10.17533/udea.affs.v16n31a06>
- Rostagnotto, A. J., y Yesuron, M. (2020). Criterios En La Comprensión De La Neurosis Obsesiva. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(5), 151-170.  
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31411>
- Saltarín, M. (2018). *NEUROSIS OBSESIVA Y ELECCIÓN DE OBJETO: Un estudio de caso*[Tesis de maestría, Universidad del norte]. Archivo digital.  
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8287/133803.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sanchez, I. (2014). La personalidad Obsesivo-Compulsiva (McWilliams, N. Diagnóstico Psicoanalítico. Comprendiendo la estructura de personalidad en el proceso clínico). *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (47).  
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000853&a=La-personalidad-Obsesivo--Compulsiva-McWilliams-N-Diagnostico-Psicoanalitico-Comprendiendo-la-estructura-de-personalidad-en-el-proceso-clinico>.
- Sanz Correcher, P., Vega González, L. S. y Molina Martín, J. D. (2019). Trastornos de la personalidad. Formas límite. Trastorno obsesivo-compulsivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 12 (85). 4975-4983.  
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.002>

- Ulloa, E. (2021). *La duda en la neurosis obsesiva: una exploración conceptual desde el psicoanálisis*. [Trabajo de titulación, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Archivo digital. <http://201.159.223.180/handle/3317/16005>
- Villa, M. (2019). *La neurosis obsesiva a partir de Freud y Lacan*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República Uruguay]. Archivo digital. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/22886>
- Waldisperg, V. (2020). Sobre la ética del Psicoanálisis. Aportes para una crítica a la noción de responsabilidad subjetiva. *Revista Digital Lecturas*. 18(1). 76-89. <http://hdl.handle.net/2133/18446>