



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**MONOGRAFÍA DEL
TRABAJO TERAPÉUTICO
LLEVADO A CABO EN
INSTITUCIONES
EDUCATIVAS**

MARZO, 2010

616.891 7
315+

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología

Integrantes:

**Stefanía Collantes
Andrea Guerrero
Ana Labanda
Keila Mora
Tatiana Torres
Alen Velásquez Grau**

Director de Prácticas

Psic. José Acosta

**Período
B-2010**

TOMO I

Psicoanálisis / Neurosis
Instituciones educativas /

DEDICATORIA

Queremos agradecer de manera especial y sincera al Psicólogo José Acosta Jiménez, quien se encargó de direccionarnos en nuestras prácticas pre-profesionales y en la elaboración de esta monografía.

Su confianza, orientación y sobre todo la capacidad de impartir sus saberes fueron el cimiento para la consecución de este trabajo.

Nuevamente gracias por su apoyo profesor y le brindamos los mejores deseos.

CONTENIDO

✚ INTRODUCCIÓN.....	I – II
✚ CAPITULO I	
MARCO REFERENCIAL TEORICO	
1. TEORÍA PSICOANALÍTICA.....	3
1.1 Conceptos fundamentales del Psicoanálisis.....	4
2. TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	14
✚ CAPITULO II	
ANÁLISIS INSTITUCIONAL	
1. CENTRO ARTESANAL MUNICIPAL AMAZONAS.....	18
1.1 Generalidades del Colegio.....	19
1.2 Objetivos de la Institución.....	19
1.3 Población atendida.....	19
1.4 Problemas frecuentes.....	20
1.5 Experiencia en la Institución.....	20
2. FUNDACIÓN COLEGIO ALEMAN ALEXANDER VON HUMBOLDT.....	21
2.2 Generalidades sobre el Colegio.....	21
2.3 Objetivos de la Institución.....	21
2.4 Población atendida.....	21
2.5 Problemas frecuentes.....	22
2.6 Experiencia en la Institución.....	22

3. SOCIEDAD DE BENEFICENCIA SEÑORAS LIBANESA – SIRIA.....	22
3.1 Generalidades sobre la Institución.....	23
3.2 Objetivos de la Institución.....	23
3.3 Población atendida.....	23
3.4 Problemas frecuentes.....	23
3.5 Experiencia en la Institución.....	24

✚ CAPITULO III

PSICOPATOLOGÍA

1. EL ASPECTO PSICOPATOLÓGICO.....	26
1.1 Qué es psicopatología.....	26
1.2 Los modelos en psicopatología.....	27
1.3 Modelo Biológico (Psiquiátrico).....	29
1.4 Modelo Psicodinámico.....	32
2. ESTRUCTURAS CLÍNICAS.....	42
2.2 Criterios de normalidad /anormalidad.....	42
2.3 Neurosis.....	57
2.4 Psicosis.....	72
2.5 Perversión.....	75
3. MODOS DE POSICIONAMIENTO EN LA NEUROSIS (INSTANCIAS NEURÓTICAS).....	77
3.1 Neurosis Infantil.....	78
3.2 Neurosis en la adolescencia y etapa adulta.....	136

✚ CAPITULO IV

LA TÉCNICA EN PSICOTERAPIA BREVE

1. INTRODUCCIÓN.....	194
2. LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO.....	196
3. PRIMERA HERRAMIENTA: LA INFORMACIÓN Y REEDUCACIÓN.....	199
3.1 Importancia de fomentar la cultura psicológica (promoción – tarea de inserción).....	199
3.2 Rol del psicólogo clínico en la Institución.....	202
4. PSICÓLOGO CLÍNICO- CULTURA INSTITUCIONAL: su importancia dentro de la cultura Institucional Educativa como agente indagador de la estructura organizacional.....	210
5. QUÉ ES LA PSICOTERAPIA BREVE	
5.1 Justificación.....	217
5.2 Concepto.....	217
5.3 Campos de acción.....	219
5.4 Criterios para solicitar ayuda terapéutica.....	221
5.5 Posibles desventajas de la psicoterapia breve.....	227
5.6 Deserciones en la psicoterapia breve.....	228

5.7	Indicaciones.....	232
5.8	Contraindicaciones.....	237
5.9	Marco teórico.....	238
5.10	Temporalidad.....	258
5.11	Fines terapéuticos.....	258
5.12	Situación Problema.....	259
5.13	El Foco.....	260
5.14	Punto de urgencia.....	267
5.15	Hipótesis psicodinámica inicial.....	267
5.16	Resultados y mecanismos terapéuticos.....	267
5.17	Técnicas.....	268

6. EL PROCESO PSICOTERAPEÚTICO

6.1	Bases de la planificación.....	278
6.2	Plan de trabajo para el servicio de la psicología clínica a desarrollarse en Instituciones Educativa.....	285
6.3	Enfoque, método, técnica e instrumentos.....	292
6.4	El proceso de evaluación y psicodiagnóstico..	298
6.4.1.	Introducción.....	298
6.4.2.	La evaluación psicológica.....	300
6.4.3	El psicodiagnóstico.....	391
6.4.4.	El proceso de tratamiento.....	464

6.4.5. El informe psicológico.....511

✚ **CAPÍTULO V**

INFORMES PSICOLÓGICOS..... 536

✚ **CONCLUSIÓN**..... 604

✚ **BIBLIOGRAFÍA**..... 605

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta los resultados de la investigación desarrollados durante nuestras prácticas clínica, consideramos indispensable presentar los aspectos que fundamentaron nuestro quehacer como pasantes de Psicología Clínica, así como dar cuenta del ejercicio profesional que se gestó a partir de los conocimientos adquiridos durante nuestra preparación profesional tanto teórica como práctica.

Ahora bien, para que esto no pase a ser una repetición de conceptualizaciones hemos enlazado a éste trabajo lo que fue el Plan de Actividades llevado a cabo en nuestras prácticas pre-profesionales tanto en Fundaciones como en Instituciones Educativas. Este plan estuvo básicamente enfocado en dos tipos de actividades: la prevención primaria (promoción, psicohigiene y psicoprofilaxis) y la prevención secundaria (diagnóstico e intervención psicológica).

En el primer capítulo desarrollamos las referencias teóricas que dan soporte al trabajo realizado, se ha buscado consolidar los aportes del psicoanálisis y en los aspectos pertinentes, reconocer los recursos que aporta la teoría del aprendizaje social.

El segundo capítulo, nos permitió repensar nuestra inserción en las distintas instituciones, los abordajes que permitieron reducir las resistencias al cambio y el incremento en los espacios de colaboración; sin embargo, no dejamos de



reconocer las dificultades que todavía se presentan en las instituciones, creemos, por la incipiente cultura psicológica que todavía padecemos.

En el tercer capítulo, abordamos lo fundamental en el trabajo que nos ocupa, el aspecto psicopatológico, determinante para el diagnóstico y la planificación de la intervención psicológica.

El cuarto capítulo, pretende delimitar un modelo de trabajo, aspecto que tiene diferencias marcadas por las habilidades personales de los practicantes y su interés por esta disciplina, que a la vez la consideramos un arte; no dejamos de prevenir al lector de nuestro interés permanente por el control de los riesgos en la psicoterapia, el fomento de la identificación y la sugestión, aspectos que permanentemente fueron planteados como riesgos de este tipo de práctica.

Luego hacemos una presentación de una selección de casos atendidos en consulta, el diagnóstico realizado, las propuestas para la intervención y los resultados de las mismas.

Finalmente, creemos que la experiencia nos ha permitido realizar la consolidación de los aprendizajes y la práctica, mostrando sus efectos a lo largo del recorrido que presentamos en este trabajo que demandó de una sincronización de los pensamientos, las dudas y acuerdos logrados; todo esto con el respaldo de los aportes de una bibliografía que permanentemente nos sirvió de referencia y soporte.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

Al realizar prácticas pre profesionales, es indispensable profundizar los contenidos teóricos-prácticos aprendidos en el transcurso de los estudios universitarios para de esta forma poder aplicar técnicas, métodos y sistemas de trabajo de acuerdo a los lineamientos de política de cada institución donde se desarrollan las prácticas correspondientes, permitiéndonos de esta forma descubrir, adquirir y perfeccionar destrezas y habilidades en el área de Psicología, para así integrarnos adecuadamente al mercado ocupacional de nuestro interés.

A continuación se expondrá los referentes teóricos, tanto del psicoanálisis como de la teoría conductista en su vertiente cognitivo – conductual, los mismos que nos permitieron cumplir con eficacia y profesionalismo el desarrollo de nuestras prácticas pre - profesionales.

1. TEORÍA PSICOANALÍTICA

Se tratará al psicoanálisis a través de dos de sus teóricos centrales, Freud y Lacan, quienes en sus apuestas teóricas sobre el procedimiento terapéutico, se cifraron en una ética que recupera al sujeto. Como hiciera notar Lacan (1964/2001), la terapia psicoanalítica será entendida como una acción concertada por el hombre, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico, consistiendo justamente en hacer hablar. Existe un punto dentro del mismo acto de hablar que puede evocar lo más profundo de cada sujeto, elucidándose una relación entre palabra y deseo, vía el afecto.

A esto se une lo que Lacan mencionara en 1959, al sugerir que la clínica psicoanalítica, en lo que a la atención de sujetos se refiere, debería ubicarse del lado de un ideal de no-dependencia, o más exactamente, de una suerte de profilaxis de la dependencia siempre subjetiva.

A lo que se apunto es a que los pacientes puedan darse cuenta de la posición que han asumido en el conflicto que los afecta, cual es su participación y cómo pueden lograr cambios en esa posición.

Nuestra tarea clínica se apoya en las referencias fundamentales de la teoría psicoanalítica, ya que reconocemos que esta teoría ha dado un invaluable aporte en la explicación de los procesos psíquicos del ser humano, tanto en la génesis de sus conflictos como en los caminos a seguir para aliviar los síntomas del paciente.

1.1 Conceptos fundamentales del Psicoanálisis

En el transcurso de nuestras prácticas pre-profesionales, se han atendido diversos casos, en los cuales ha sido indispensable el manejo de los siguientes conceptos como herramientas teóricas fundamentales que orientan la posición del analista respecto de los obstáculos que comporta la clínica actual y de la cual la psicoterapia no se aleja: inconsciente, repetición, síntoma, transferencia y pulsión.

- **Inconsciente**

Con esta palabra podemos designar, en primer lugar, todo contenido mental que no se encuentra en la conciencia y al que el sujeto únicamente puede acceder con dificultad. Pero, en segundo lugar, este término también se usa para designar uno de los sistemas del aparato psíquico: es la parte no consciente que sólo puede ser consciente con grandes esfuerzos por parte del sujeto y en particular, gracias al trabajo de la terapia. En el inconsciente se encuentran los deseos, instintos y recuerdos que el sujeto reprime por resultarle inaceptables, fundamentalmente a causa de sus propias valoraciones morales.

El gran descubrimiento de Freud es que las fuerzas inconscientes determinan nuestro comportamiento tanto o más que las conscientes, siendo éstas en último término derivadas de las anteriores. El inconsciente se revela en actos

fallidos, en el olvido que tiempo después regresa a nuestra memoria (lo que muestra su carácter activo), o las sugerencias post-hipnóticas, por ejemplo.

En su primera tónica o teoría del aparato psíquico, Freud separa la conciencia del preconscious (lo que, sin estar presente en un momento dado, puede hacerse consciente o evocarse con mayor o menor esfuerzo), y del inconsciente, constituido por contenidos reprimidos no accesibles a las otras entidades por la acción de la represión. Se rige éste último por el proceso primario, sobre todo por los mecanismos de condensación y desplazamiento.

En 1923, Freud sintetiza las tres instancias del aparato psíquico que conforman la 2ª tónica: ello, yo superyó.

- ✓ **Ello:** es el polo pulsional, y sus contenidos son inconscientes en su totalidad, bien innatos, bien reprimidos y adquiridos. Es la reserva básica de energía psíquica. Funciona según el proceso primario, por el que se busca una satisfacción inmediata (principio de placer) y que se manifiesta típicamente en la estructura. También lo podemos encontrar claramente en el proceso de pensamiento de niños pequeños.
- ✓ **Superyó:** es el juez, la censura, las normas sociales. Su función es la de conciencia moral. No es innato, sino que se adquiere por interiorización de las exigencias y prohibiciones paternas al resolver el complejo de Edipo. Es en parte consciente, pero también hay representaciones valorativas y demandas sociales asumidas tácitamente en la primera infancia y que han permanecido inconscientes.
- ✓ **Yo:** es el mediador entre el ello y superyó, y entre éstas y la realidad externa al sujeto, aunque sólo es relativamente autónomo. Es el factor que liga los procesos psíquicos, pero a la vez ha de poner en marcha mecanismos de defensa cuando recibe señales de angustia. Tales defensas buscan mantener el bienestar psicológico normal, aunque un funcionamiento alterado de las mismas puede conducir a la aparición de una psicopatología.

Los Mecanismos de defensa son una serie de métodos o técnicas inconscientes que utilizamos todas las personas con el fin de evitar la angustia o ansiedad que nos producen las frustraciones o los conflictos de nuestro psiquismo. Son dispositivos del Yo que consisten en arrojar fuera de la conciencia algún aspecto de la realidad, ya sea física o psicológica con el objeto de evitar la angustia o dolor psíquico.

A continuación se recoge una breve descripción de los mecanismos de defensa más comunes dentro de nuestras prácticas pre-profesionales.

- × **Represión:** consiste en rechazar y mantener fuera de la conciencia todos aquellos contenidos que resultan dolorosos o inaceptables para el sujeto. Su acción sobre la conciencia afecta a los actos del individuo, aunque éste no sea consciente de ella. Lo reprimido aparece, aunque distorsionado, en los actos fallidos, los lapsus, los sueños o las fantasías. Sólo se olvidan los hechos que provocan angustia o ansiedad, no todas las circunstancias desagradables sucedidas en el pasado de un individuo. Existen distintos tipos de represión:
 - **Aislamiento:** La conciencia retenía los hechos pero no los sentimientos que esos hechos habían provocado (vergüenza, culpa, dolor moral, etc.).
 - **Negación:** consiste en rechazar una idea perturbadora o desagradable sin arrojarla al inconsciente, sino negándola en la propia realidad. Ejemplo: cuando alguien dice "No es cierto que haya deseado alguna vez su muerte". Al negarse a aceptar el deseo, la persona admite implícitamente la existencia del mismo.

- × **Regresión:** el sujeto regresa a épocas anteriores de su desarrollo psíquico, es decir, reproduce comportamiento pasados que le resultaban satisfactorios. Ejemplo: cuando desarrolla conductas infantiles ante la aparición de un conflicto, buscando con ellas la antigua protección maternal para no tener que afrontar la responsabilidad o la toma de decisiones.

- × **Desplazamiento y sublimación:** técnica defensiva que consiste en llevar a cabo una sustitución. Los sentimientos perturbadores, puesto que

son considerados tabúes o prohibidos para la persona, se desvían hacia otro objeto que no posee esas características. De esa manera, se evita la angustia. La sublimación es una forma de desplazamiento. Ejemplo: una persona con sus impulsos sexuales reprimidos (y, por lo tanto, incapaz de mantener relaciones de pareja) deriva esa energía hacia la solidaridad, declarando amar a la humanidad y desarrollando conductas de ayuda social.

- × **Proyección:** consiste en proyectar sobre los demás sentimientos, deseos o impulsos inaceptables para uno mismo, con lo cual se evita la frustración personal. Ejemplo: cuando una persona no quiere admitir que ama a otra, puede llevar a cabo una proyección y convencerse de que es amada por la otra persona.

- × **Formación reactiva:** cuando un deseo es reprimido, el sujeto puede realizar conductas totalmente contrarias a ese deseo, generando así una reacción negativa con el fin de evitar la angustia. Ejemplo: personas con deseos homosexuales reprimidos que, al no aceptarlos conscientemente, desarrollan actitudes de suma hostilidad hacia los homosexuales, manifestación odiarlos e, incluso, reaccionando agresivamente ante ellos.

- × **Racionalización:** los individuos tratan de autoconvencerse, dando explicaciones a los demás y a sí mismos, dando explicaciones a los demás y a sí mismos, de tal forma que los sentimientos inaceptables o reprimidos puedan ser justificados mediante la presentación de ciertas razones. Ejemplo: personas con deseos homosexuales, para no ser acusadas de discriminación contra los homosexuales, muchas personas intentan demostrar que su odio contra ellos obedece a razones bien fundadas.

- × **Identificación:** consiste en paliar nuestras frustraciones internas imitando la conducta de una persona a la que dotamos de características ideales. Ejemplo; es un mecanismo que aparece con asiduidad en la

adolescencia, sobre todo por la facilidad de idolatrar a cantantes, futbolistas, etc.

- × **Compensación:** consiste en realizar mentalmente y de forma imaginaria lo que uno es incapaz de llevar a cabo en su vida real.

- **Repetición**

El hecho de que en las representaciones, los discursos, las conductas, los actos o las situaciones que vive el sujeto, algo vuelva sin cesar, la mayor parte de las veces sin que él lo sepa y, en todo caso, sin una intención deliberada de su parte. Este retorno de lo mismo y esta insistencia se hacen fácilmente compulsivos y, por lo general, se presentan bajo la forma de un automatismo.

Desde un punto de vista clínico importa distinguir la repetición de la reproducción; es que, a diferencia de aquella, esta última es actuada, ejecutada voluntariamente por el sujeto. La comprensión del fenómeno de la repetición remite directamente al del trauma; su teorización pone en juego nociones muy diversas, entre otras las de fracaso (neurosis de fracaso, neurosis de destino) y culpa, y revela un principio de funcionamiento psíquico radicalmente diferente de aquel, descrito en los términos clásicos, que está dominado por el principio de placer.

La técnica analítica consistirá, por lo tanto, no sólo en explorar las formaciones del inconsciente, sino también en tener en cuenta la repetición y explotar el material que esta revela. Su nueva eficacia va a depender no sólo de su capacidad de hacer desaparecer tal o cual síntoma, sino también de trabar tal o cual compulsión repetitiva a la que el paciente está sometido.

Era fácil demostrar a continuación que las conductas repetitivas de fracaso eran por lo tanto simultáneamente una manera de soportar el peso de la culpa y una prueba de que esta última no se conformaba con ello puesto que exigía siempre nuevos fracasos. Se revelaba así una función particular de la repetición: pagar por una culpa subjetiva y disminuir con ello su carga, aunque sin saldarla de la vida psíquica que Freud había establecido hacía mucho

tiempo: que el funcionamiento del sujeto, aun a menudo de manera aparentemente paradójica, o de manera inconsciente, buscaba siempre la obtención de la satisfacción, obedecía siempre al principio de placer. Y este ya no era el caso.

Entonces Freud formuló la siguiente hipótesis. Cuando a un sujeto le ocurre algo a lo que no puede hacer frente, es decir, cuando no lo puede integrar al curso de sus representaciones ni lo puede abstraer del campo de su conciencia reprimiéndolo, entonces ese acontecimiento tiene propiamente valor de trauma. Trauma que, por supuesto, para dejarlo en paz al sujeto, exige ser reducido, ser simbolizado. Su retorno incesante -en forma de imágenes, de sueños, de puestas en acto- tiene precisamente esa función: intentar dominarlo integrándolo a la organización simbólica del sujeto.

La función de la repetición es por lo tanto recomponer el trauma («recomponer una fractura», como se dice). Pero, por otra parte, a menudo se evidencia que esta función es inoperante. De hecho, por lo general la repetición es vana: no llega a cumplir su misión, su tarea es renovada sin cesar, siempre por rehacer. Así manifiesta su carácter de automatismo y termina perpetuándose al infinito. Para Freud, la repetición por lo tanto es la consecuencia del trauma, una vana tentativa por anularlo, una manera también de hacer algo con él, que lleva al sujeto a un registro que no es el del placer, puesto que repite algo que no responde en nada a un deseo.

Desde 1964, en el Seminario XI, «Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis» (1973), Lacan propone distinguir las dos vertientes de la repetición, sirviéndose de dos conceptos aristotélicos, la *tyche* y el *automaton*. El *automatón* designa para él la insistencia de los signos, ese principio de la cadena simbólica; en cuanto a la *tyche*, dice, se trata de lo que está en el origen de la repetición, lo que desencadena esta insistencia -en suma, el trauma-, es el encuentro, que no ha podido ser evitado, de algo insoportable para el sujeto. A esto insoportable que Freud intentaba tomar en cuenta con la pulsión de muerte, Lacan va entonces a conceptualizarlo bajo el término real: lo imposible, lo imposible de simbolizar, lo imposible de enfrentar para un sujeto.

O sea que la repetición, para él, está en el nudo de la estructura: indicio e índice de lo real, ella produce y promueve la organización simbólica y permanece en el trasfondo de todas las escapatorias imaginarias.

- **Pulsión**

Freud denomina pulsiones a las fuerzas que se suponen tras las necesidades del Ello, y cuya energía procede de fuentes fisiológicas en última instancia. Tales pulsiones se reducen a dos fundamentales: Eros y Tánatos.

La primera de ellas, también llamada pulsión de amor o de auto conservación, busca crear unidades cada vez mayores por ligazón, y su base energética se denomina libido. La libido se transforma a lo largo del desarrollo: al principio se vuelca en el Yo (narcisismo primario); luego el Yo dirige la investidura libidinal de objetos (casi siempre personas).

Este proceso está dotado de una movilidad potencial enorme, aunque a veces se producen fijaciones a objetos determinados para toda la vida. Freud explica que las tendencias sexuales poseen una extraordinaria plasticidad, de tal manera que si una de ellas se ve constreñida por las imposiciones de la realidad, otra puede ser satisfecha en compensación. Sin embargo, la privación mantiene su carácter patógeno porque los medios que oponemos son limitados, e igualmente lo es la capacidad individual de usarlos (la sublimación sólo elimina una parte de la libido, y muchas personas subliman en un grado muy restringido).

La principal restricción recae sobre la movilidad de la libido, pues son pocos los fines y objetos que permiten su satisfacción, de forma que, además de la privación, la fijación es el otro gran factor etiológico de las neurosis.

Tánatos, la pulsión de muerte o agresiva, busca el efecto contrario: destruir las conexiones. Su aspiración es la eliminación total de las tensiones (la muerte, en suma); la conservación de la vida exige dirigir parte de su energía hacia el exterior como agresión y destrucción; si el objeto último es el Yo, los efectos son autodestructivos.

- **Complejo de Edipo**

La teoría psicoanalítica da a conocer los momentos estructurales en la subjetivación del individuo, tales como la instauración de la ley mediante el complejo de castración, y el complejo de Edipo, que de su buena o mala transición dependerá para que un sujeto sea capaz de entablar relaciones sanas o conflictivas con los demás; por lo que la dinámica relacional con los objetos primarios del niño que son sus padres o quienes haya desempeñado esta función, es determinante en la formación de la estructura de la personalidad del ser humano, la misma que puede ser neurosis, psicosis o perversión.

La sexualidad en el niño se manifiesta de manera distinta a la de los adultos, que seguirán su evolución y su desarrollo hasta conducir al sujeto a la elección de pareja. El complejo de Edipo es un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. Este período es calificado por Freud como fálico, porque corresponde a la organización de la libido en torno del primado del falo (pene).

El psicoanálisis ve en el complejo de Edipo, no solamente el conflicto mayor que determina a la evolución psicológica del niño y su paso a la madurez; sino también el "punto nodal", a partir del cual las relaciones que constituyen la familia humana se organiza. El complejo edípico ofrece al niño dos posibilidades de satisfacción, una activa y otra pasiva, es decir que el niño puede situarse en el lugar del padre con una actitud masculina y tratar como él a su madre o querer sustituir a la madre y dejarse amar por su padre.

También se conoce a estas dos posibilidades de satisfacción como Edipo positivo y negativo, tanto en el niño como en la niña.

- El primero (Edipo positivo) se presenta como deseos de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto.
- El segundo (Edipo negativo) se presenta en la inversa, amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto.

El complejo de Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano. Lacan distingue tres tiempos del Edipo: el primero de ellos el niño trata de convertirse en aquello que es deseo de la madre, no sólo en el hecho de recibir sus cuidados y atenciones, sino de alcanzar ese algo más que hay en el deseo de la madre.

Es aquí donde juega el tercer tiempo, el falo, relacionado con todo el orden simbólico para la madre. Para complacer a su madre debe ocupar el lugar del falo, el niño renuncia a su propia palabra y se somete al deseo de la madre, es decir, el niño viene a completar a la madre en falta, ubicándose en el lugar del falo imaginario, quedando capturado en el deseo de la madre.

- **Asociación libre**

El método básico de psicoanálisis es la asociación libre, también denominada «regla fundamental». El paciente es conminado a comunicar a su analista todas sus ocurrencias y asociaciones. Los sueños, los deseos, las esperanzas, las fantasías, así como los recuerdos de la infancia, son de interés para el psicoanalista (en tanto está articulado en su discurso), que escucha para intervenir cuando resulte oportuno. Sin embargo, para el analista rige también un correlativo de esta regla fundamental denominada atención parejamente flotante o, simplemente, atención flotante, la que establece que debe hacer a un lado, justamente, todo lo que corresponda a los intereses y las consideraciones que le sean propias.

Según Freud, debe recibir lo que su paciente le comunica sin detenerse en si se ha fijado en algo. Con respecto a la interpretación, en su libro *La interpretación de los sueños* manifiesta Freud que el psicoanalista no debe disputarle la interpretación al inconsciente.

El término asociación libre puede considerarse libre en la medida en que no está orientado y controlado por una intención selectiva (consciente), pero no es "libre albedrío" en tanto está sujeta al determinismo del inconsciente. Al referir el paciente lo que le venga a la mente, no debe importarle cuan insignificante, trivial o desagradable le pueda parecer la idea, pensamiento o imagen (ambos

productos de la acción de la resistencia). Los lapsus son actos erróneos para la conciencia, en los que se manifiesta una descarga del inconsciente. Para Freud, el lapsus expresa un motivo personal relevante, desconocido para la personalidad consciente. A menudo el lapsus no es obvio y se revela sólo después de una larga cadena de asociaciones.

Una segunda área explotada por la asociación libre es la de los sueños, considerada la vía regia al inconsciente. Para el psicoanálisis expresan deseos insatisfechos, los cuales generalmente se disfrazan por ser inaceptables para la organización consciente del individuo. Freud distingue dos tipos de sueños: el sueño manifiesto, que generalmente parece incoherente y sin sentido pero que presenta algún tipo de historia narrativa; y el sueño latente, que se refiere al significado del sueño manifiesto. El análisis es precisamente esto lo que pretende descubrir, lo latente detrás de lo manifiesto. Los sueños brindan información importante, ya que en esta situación es cuando la censura se encuentra más relajada y la resistencia se encuentra debilitada. Los anhelos y deseos que tiene prohibido el acceso en los estados conscientes tienen una oportunidad de escaparse tras el velo de la desfiguración onírica.

- **Transferencia**

La repetición va a echar una nueva luz sobre la transferencia: esta no aparece de aquí en adelante sólo como un fenómeno pasional, un enamoramiento, en gran parte inducido por la posición que ocupa el analista, sino más bien como un fenómeno repetitivo, como la revivencia de antiguas emociones. En tanto repetición, la transferencia constituye por lo tanto una resistencia, la más importante de todas, capaz de paralizar completamente el progreso de la cura. Pero también suministra precisamente la posibilidad de captar in situ el funcionamiento de la repetición y, gracias a su interpretación, puede llevar al único desenlace posible de la neurosis y de la cura misma.

Cuando se habla de transferencia en la terapia, se considera que el paciente transfiere sobre la figura del analista demandas libidinales experimentadas en la infancia en relación a personas que fueron importantes o significativas para el niño. La transferencia ofrece la oportunidad para poner en acto los conflictos

infantiles y estructuras cognoscitivas que condujeron a las represiones y a las distintas formaciones de sus neurosis; y asimismo proporciona al sujeto las condiciones para rectificar esos hechos que tuvieron lugar en la infancia y que, por permanecer inconsciente, se habían mantenido refractarios a sus intentos previos de influir en ellos.

La contratransferencia será aquel conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y frente a la transferencia. Se le considera un elemento muy importante en el trabajo analítico porque cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual puede interpretar las expresiones del inconsciente en los demás.

2. TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL

A pesar de tener claro que la teoría Psicoanalítica es nuestra base conceptual, existen conceptos dentro de la teoría cognitivo conductual que nos sirven de apoyo. Este modelo plantea una aproximación y explicación del ser humano desde múltiples dimensiones, proponiendo que el comportamiento y la interpretación de la realidad están determinadas por la persona, es decir, por su manera de percibir los distintos hechos y características de su entorno, aunque dicha percepción o "realidad" atiende a patrones, leyes o principios generales de aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante, refuerzos, aprendizaje vicario, etc.).

Plantea una aproximación patológica de los trastornos de la personalidad. Sostiene que en la manera de interpretar los acontecimientos, nuestros pensamientos, sentimientos e imágenes, contribuyen a las reacciones de estrés que experimentamos y en las conductas que se ponen de manifiesto. Por esto se postula a la cognición como la vía para producir, moldear y cambiar la conducta disfuncional.

En nuestra formación como psicólogos clínicos también nos basamos en la terapia cognitivo conductual, ya que al informar, recomendar y elaborar objetivos con el paciente estamos pretendiendo que éste adopte nuevas formas de pensar y nuevas maneras de comportarse frente a diferentes situaciones.

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que esté teniendo, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes. Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el paciente, y se formula un plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas.

Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico.

Esta corriente psicoterapéutica surge en la década del 50 e incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva (Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum), hasta adoptar la denominación que posee actualmente, Terapia Cognitivo-Conductual.

Tanto por la variedad de estrategias terapéuticas disponibles como por su eficacia, este enfoque se ha extendido a un amplio rango de trastornos psicológicos, así como a la promoción y prevención en salud.

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones. Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar. Así sentimos miedo en algunas situaciones, alegría en otras, aprendemos a resolver ciertos problemas, mientras que otros se nos van de las manos.

- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

Para esto, también es importante contar un poco sobre de esos espacios o lugares que nos brindaron las facilidades para nuestra formación.

1. CENTRO ARTESANAL MUNICIPAL AMAZONAS

Este centro se encuentra ubicado en el sector sur-occidental de la ciudad de Guayaquil, y cuenta alrededor de 200 alumnos de entre 13 y 24 años tanto hombres como mujeres, para organizar una formación profesional que les permita una fácil inserción al sector laboral de la ciudad.

Cuenta con una directora de planta y una Directora General que atiende a los Centros que hay en la ciudad.

A pedido de la Directora General de los centros artesanales, los Estudiantes de Psicología de la Universidad Católica solicitaron para ayudar en el curso de acudir a las instalaciones a tal de observar y documentar el funcionamiento de este centro que se encuentra en un edificio que no pertenece al sector de educación sino que pertenece al sector de comercio y servicios. Sin embargo, los 2 años que se han pasado desde que se inició el curso, se ha requerido la atención de los estudiantes de psicología para brindar apoyo en el desarrollo de los cursos, pero por limitados recursos del municipio, cuando los estudiantes de psicología se han ido al curso y no pueden asistir, aún así, ellos han sido una gran ayuda para algunos en nuestra vida.

1.1 Generalidades del Colegio

El Centro Artesanal Municipal Amazonas es un colegio creado por el Municipio de Guayaquil en el cual se aceptan jóvenes hombres y mujeres, por lo general desde los 14 años de edad, para que cursen los años básicos del colegio que son Octavo, Noveno y Décimo, la diferencia es que en este centro se da una formación Artesanal en 3 tipos de especialidades:

1. Belleza
2. Panadería y Pastelería
3. Corte y confección

Al terminar el Decimo año los jóvenes obtienen el título de Maestros Artesanales el cual les da un beneficio extra para entrar al mundo laboral ya sea dentro de una empresa o un negocio propio.

Después de graduarse del colegio artesanal, pueden optar por terminar el bachillerato en otro colegio de su elección.

1.2 Objetivos de la Institución

El objetivo principal de la institución es el instruir a los jóvenes con habilidades Artesanales de las diferentes especialidades que hay para que puedan enfrentar el mundo laboral, que muchos de ellos a temprana edad, lo necesitan para sostenerse a nivel económico personal y familiarmente.

1.3 Población atendida

Los alumnos de la institución son de condición socio-económica baja y habitan en diferentes sectores por lo general del sur en las llamadas cooperativas o invasiones.

Los jóvenes suelen provenir de familias disfuncionales con padres divorciados, separados, madres solteras, o conflictos graves como alcoholismo y drogas. Incluso en el plantel había chicas menores de edad embarazadas, con hijos, casadas.

1.4 Problemas frecuentes

Por lo general los profesores derivaban a los alumnos por problemas de tipo educativo como notas y conductas, sin embargo al tratar a los jóvenes claramente podíamos notar sus fuertes problemas emocionales y familiares que simplemente no los dejaban desarrollarse ni desenvolverse bien como personas y menos aun en el ámbito educativo. Enfrentaban problemas como: abuso de autoridad de familiares, problemas de intervención con pandillas y drogas, relaciones amorosas con hombres mayores de edad, inestabilidad con las parejas de esposos y los hijos, homosexualidad, violencia.

1.5 Experiencia en la Institución

La experiencia que vivimos en la institución fue realmente gratificante, ya que a mas de desarrollar nuestras habilidades y técnicas psicológicas, pudimos aprender más de la verdadera realidad por la que pasan muchos de los jóvenes en nuestra ciudad, que probablemente sea la de otros más en nuestro país y en América Latina.

Pudimos aprender a buscar formas de comunicación con los adolescentes en diferentes ámbitos de su vida, y en el ámbito educativo pudimos aportar con información para que los jóvenes tengan una visión más clara del rumbo que desean tomar en su vida estudiantil.

Aprendimos lo importante que es en estos centros artesanales una evaluación final para ayudarles con una elección de especialidad en el bachillerato y una buena ubicación en un colegio, ya que al no haber tenido una educación estandarizada como en un colegio normal podría tener deficiencias en ciertas materias.

En cuanto a la Institución como tal, tuvimos muy pocos problemas con el apoyo de los maestros, la verdadera dificultad se dio cuando nos encomendaron una tarea muy larga que nos tomaba mucho del tiempo para atender a nuestros pacientes, y al no realizarla con la rapidez que exigían se empezó a sentir un ambiente tenso, a razón de que a los directivos les era difícil recordar cual era nuestro verdadero rol, a pesar de las muchas veces que se las explicábamos.

2. FUNDACION COLEGIO ALEMAN ALEXANDER VON HUMBOLDT

El Colegio Alemán Humboldt de Guayaquil es un colegio mixto particular. El área de Orientación está encargada de la parte psicológica del plantel, la cual brinda un espacio para que sus estudiantes puedan hacer uso del departamento de Orientación y sean escuchadas sus demandas. Así como también la derivación de casos clínicos, si lo fuese necesario, ya sea de parte del personal docente o padres de familia.

La Universidad Católica, presta el servicio de Psicología Clínica para la Institución, creando un espacio para los practicantes de dicha carrera que responden a las altas demandas de atención existentes sin que ello les representase gasto alguno.

2.1 Generalidades sobre el Colegio

El Colegio Alemán Humboldt de Guayaquil cuenta con una trayectoria educativa de 50 años en el Ecuador. El plantel integra una red de 117 colegios alemanes en el extranjero, que son patrocinados por la República Federal de Alemania.

Actualmente el plantel cuenta con tres secciones: Preescolar, Primaria y Secundaria matutina y vespertina. Vespertina para estudiantes de bajos recursos económicos; que es la población atendida por los practicantes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

2.2 Objetivos de la Institución

Tiene como objetivo principal preparar a los jóvenes para las necesidades del mundo globalizado, proporcionándoles los conocimientos científicos, prácticos y humanísticos requeridos para formarse tanto en el ámbito profesional como personal. Busca formar personalidades abiertas y seguras de sí mismas.

2.3 Población atendida

En el colegio se atendieron aproximadamente 50 niños y adolescentes, entre 6 y 18 años. Y a su vez se trabajó con padres y familiares responsables del

cuidado del estudiante atendido. También se realizaron pruebas de orientación vocacional para estudiantes de noveno y doceavo curso respectivamente.

2.4 Problemas frecuentes

Las derivaciones más usuales de parte del personal docente eran: problemas de atención, lenguaje, desinterés en los estudios, bajo rendimiento académico, problemas de agresividad y conducta. Por parte de los padres: problemas conyugales que repercuten en la conducta del hijo, ausentismo parental, agresividad, conflictos fraternales, falta de límites y problemas relacionados con la sexualidad.

Parte del proceso terapéutico es involucrar a los padres o familiares encargados del cuidado del estudiante, puesto que cumplen un rol preponderante para la mejoría y evolución del tratamiento a seguir con el estudiante. Por ello, se cita y se pide la colaboración de los padres para que el trabajo psicológico sea reforzado desde el hogar.

2.5 Experiencia en la Institución

La institución brindó un ambiente de colaboración y disponibilidad para despejar cualquier duda con respecto a la práctica profesional. Es importante recalcar los puntos sobresalientes de la institución; ya que trabaja en equipo, de manera interdisciplinaria, donde cada uno es parte del conflicto y por ende es integrador y favorece a los estudiantes. Proporcionó también un espacio adecuado y de confiabilidad para trabajar con estudiantes y padres. En su gran mayoría los padres asistieron a las citas acordadas, hubo muy buena disponibilidad, salvo algunos casos donde no hubo respuesta de los padres y no se pudo seguir el tratamiento y fueron derivados.

3. SOCIEDAD DE BENEFICENCIA SEÑORAS LIBANESA – SIRIA

Esta Sociedad de beneficencia está bajo la administración de la Sra. Janett Chedraui Montalván y dirección de la Mg. Carmen Patiño de Miranda de la Guardería República de Líbano “Blanca Bucaram de Garzosi” y la Unidad Educativa Claire Bucaram de Aivas, la cual solicitó a la Universidad Católica, el

servicio de Psicología Clínica para su institución, para las practicantes de dicha carrera y se permitió brindar, a la población de la Institución, un servicio que respondiera a las altas demandas de atención existentes sin que les representara gasto alguno.

3.1 Generalidades sobre la Institución.

Se trata de una Institución de Educación Mixta, de tipo particular.

3.2 Objetivos de la Institución

La institución tienen como objetivo principal, el brindar una adecuada educación preescolar, escolar y secundaria a niños y adolescentes de los sectores circundantes. Se trata de una institución la cual ha proporcionado un espacio para las estudiantes del último año de la carrera de psicología clínica, objetivo que permite prestar servicios a la comunidad y consolidar en la práctica las herramientas teóricas proporcionadas por la Universidad.

3.3 Población atendida

En la institución estudian aproximadamente 1000 niños, en tres niveles diferentes:

Nivel	Edades	Cantidades
Pre-kinder	3 – 4 años	2
Kinder	4- 5 años	3
Primaria	5 – 11años	7
Secundaria	11-16ños	7

3.4 Problemas frecuentes

Entre los motivos de consulta más habituales encontramos: divorcio de los padres o separación, migración, falta de límites, celos fraternos, agresividad, dificultades académicas, neurosis infantil y problemas de conducta y atención.

Es de importancia señalar que, en el trabajo psicológico realizado con niños en general, de toda la unidad, se trabajó con los padres de los mismos. Es por esto que la labor terapéutica realizada en la institución se lo hace especialmente con los padres de familia, a pesar que el objetivo principal es

alcanzar la mejoría emocional del niño. Si no se llegase a contar con la colaboración de los padres en el hogar, el trabajo con el niño no tendrá el éxito esperado. Realizamos la labor terapéutica de esta forma, porque guiados por la teoría psicoanalítica, el síntoma del niño: es el síntoma de sus padres.

3.5 Experiencia en la Institución

La experiencia en la institución en general ha sido grata, no sólo por el hecho de que nos dio un lugar para la práctica profesional, sino también por su material humano compuesto tanto por el personal docente como por los niños que asisten a dicha Institución.

Dada las resistencias propias que surgen por niveles no controlados de temor, ansiedad, desconocimiento, o la represión que emerge por pensar que se va a invadir en el terreno de su intimidad, entre otras cosas afines, las defensas se presentaron notablemente en situaciones como: cuando algunas maestras manifestaban no tener ningún caso que requiera ser abordado, que todos sus estudiantes se encontraban "bien"; un sinnúmero de preguntas sobre el estado de los niños, justificando todo su desempeño, deslindándose de toda "responsabilidad"; también se acercaban y averiguaban sobre la terapia, exigiendo progresos inmediatos; otros maestros simplemente no se involucraban.

Todo ello, se tuvo que trabajar, explicando nuestra función continuamente, el periodo de evolución y tratamiento, las limitaciones que suelen darse en torno a la familia y su oportuna ayuda al prestar el tiempo, espacio, datos y colaboración en clases, para así generar ese apoyo sistémico que logra mejores resultados. Sin embargo, y pese a las aclaraciones, algunos miembros pertenecientes a la institución no mostraron interés en la práctica realizada ya que se emitían comentarios de forma indirecta que no favorecieron al trabajo y relación de parte de las practicantes.

Una de las mayores restricciones fue la falta de espacio para trabajar con los pacientes y padres de familia, ya que fueron dos practicantes y solo había un

espacio para trabajar donde tuvieron que turnarse para no perturbar el espacio brindado de parte del terapeuta al paciente.

Además nos encontramos con dificultades al ejercer nuestras practica, una de ellas fue la inexperiencia con la que llegamos a las mismas, lo que provoco en un principio sentimientos de inseguridad y ansiedad al ejercer, sentimientos que fueron desapareciendo a medida que se reforzaba la tarea a través de la práctica y el asesoramiento de nuestro director.

Por último, fue la falta de colaboración de algunos padres de familia, que no asistían a las entrevistas o hacían caso omiso al elaborar las recomendaciones señaladas por la psicóloga practicante, con lo cual se veía impedida la labor terapéutica y por ende los resultados de mejoría del paciente infante.

CAPÍTULO III

PSICOPATOLOGÍA

1. EL ASPECTO PSICOPATOLÓGICO

Es de fundamental importancia la teoría psicopatológica en el modelo psicoterapéutico (de apoyo) que nosotros manejamos, porque mediante este conocimiento se identifican los síntomas y mecanismos defensivos, los cuales determinan las diferentes estructuras de la personalidad. Este discernimiento nos conduce a tener metas selectivas, coherencia y operatividad para la planificación de objetivos. Propiciar una centralización en la tarea contribuye a hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas y en una terapia de duración limitada.

En la práctica terapéutica el eje central generalmente está dado por el motivo de consulta; subyacente y ligado al motivo de consulta hay un conflicto nuclear exacerbado, el que se inserta en una situación grupal específica y en la que un examen analítico nos permite distinguir zonas con diversos componentes:

- Aspectos caracterológicos del paciente,
- Aspectos histórico - genéticos individuales y grupales reactivados,
- Así como también una zona que concierne al momento evolutivo individual y grupal y otra de determinantes del contexto social más amplio, con la que también se vinculan todos los componentes citados.

1.1. ¿Qué es psicopatología?

Es una forma global de prescribir y conceptualizar el orden de estudio. "Conceptualizar" significa "dar explicaciones". La psicopatología sirve para explicar la conducta anormal o disfuncionalidades de orden emocional, a la vez nos sirve para investigar y, posteriormente, para poder experimentar e interpretar los hallazgos.

1.2. Modelos en psicopatología.

Para el estudio de la psicopatología, existen 2 enfoques y/o modelos (teorías o paradigmas) basados en distintos criterios, los cuales explican de manera disímil los diversos trastornos o disfuncionalidades de tipo emocional, como lo son: el **biomédico o psiquiátrico** y el **psicodinámico**.

Hemos llegado al punto en dónde es necesario hacer una distinción conceptual en lo referente a dos términos empleados: criterio y modelo (paradigma):

- + Criterio: es una norma o regla, que guía o conduce el conocimiento, respecto a un objeto concreto. Sirve para orientar o delimitar una serie de hechos. Los criterios se definen como aquella condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada en un determinado modelo o paradigma.
- + Modelo o paradigma: nos da una definición más amplia: "norma global de ordenación". Constituye una forma concreta de abordar un tipo de problema. Es como "una parte del prisma", por ejemplo, el mismo cristal con diferentes copas; es decir, explica el problema, desde un ángulo distinto. Dicho de otra manera, un paradigma constituye un conjunto de reglas que "gobiernan" una determinada disciplina. Estas "reglas" se asumen normalmente como "verdades incuestionables", porque son "tan evidentes" que se tornan transparentes para los que están inmersos en ellas (como el aire para las personas o el agua para el pez). Lo que se vive hoy son permanentes "cambios paradigmáticos", en la educación, la economía, los negocios, las empresas, la política. Aquí nos referiremos a un conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo "compartida" por un grupo de científicos que implica una metodología determinada (Alvira, 1982). El paradigma es un esquema teórico, o una vía de percepción y comprensión del mundo, que un grupo de científicos ha adoptado.

¿Por qué existen 2 modelos y no sólo uno?

Es por la indeterminación intelectual producto de la evolución de pensamientos. Dicho de otra manera, porque existen varias perspectivas o posturas basadas en aspectos revolucionarios e innovadores de pensamientos, los cuales,

empiezan a cuestionar los paradigmas anteriores debido a que se conocen otros criterios plausibles.

Este hecho imposibilita la tarea de llegar a un consenso que determine de manera única y universal lo que es un trastorno y por qué se da éste. Por ejemplo, estas 2 teorías explican de manera diferente la etiología de las enfermedades psicosomáticas a partir de disímiles criterios:

- 1) por agentes biológicos que predisponen la aparición de esta enfermedad, malformaciones orgánicas, por condicionantes climáticos, etc. (*modelo biomédico-psiquiátrico*);
- 2) así como por factores de orden psíquico-social puesto que estos sujetos parecen haber sufrido una fragilización en este sentido al principio de su desarrollo, en el estadio pre-objetal exactamente, edad pre-verbal, en la que lo orgánico, lo fisiológico, lo psicológico y lo relacional son indistintos y donde la indiferenciación de sujeto-objeto convierte al sujeto en extremo dependiente de su madre; es decir, puede que halla sufrido carencias en lo concerniente a necesidades de seguridad (protección y cuidados físicos y emocionales), de afecto (cariño, empatía, contacto físico y psíquico) y de respeto (a los sentimientos, espontaneidad y forma de ser del niño/a); así tenemos, por ejemplo, el asma que generalmente se da en niños dependientes y madres sobreprotectoras que les cuesta muchísimo desprenderse de su hijo. Son madres que dificultan el establecimiento de una relación dual, impidiendo que el niño evolucione hacia su primera separación de la madre creando así el trastorno de ansiedad de separación lo cual incide en la aparición del cuadro asmático. (*Modelo psicodinámico*).

Así, nos encontramos con una multiplicidad de criterios, los cuales diagraman el modelo o paradigma correspondiente ya sea el psiquiátrico o psicodinámico, para valorar lo que constituiría un trastorno mental.

Localizamos también otro problema: ¿Dónde valoramos la frontera de lo normal o lo anormal? El aspecto social está relacionado, a la hora de valorar la enfermedad. Por ejemplo:

- El uso de drogas, en Ecuador, constituye o hace inferencia a algo patológico, a una conducta inadaptada y totalmente anormal.
- El uso de drogas, en tribus, es algo cultural.

A partir de estas pequeñas aclaraciones, a continuación presentamos los modelos o paradigmas que se encargan del estudio de la psicopatología para su consecuente creación de tipos de intervención y estos son:

a) Modelo biológico – psiquiátrico (científico tradicional).

Este modelo se basa en objetivos muy específicos y saca conclusiones, con respecto a esos objetivos.

Existen 2 tipos de criterios con los cuales trabaja este modelo psicopatológico:

✚ Criterio Estadístico: En todas las ciencias se utiliza la estadística y, por tanto, también se aplica en psicopatología. Las variables que definen la “Psicopatología” están condicionadas por la conducta de la persona. Estas variables tendrían una distribución normal, ya que ésta se basa en la distribución habitual o común de conductas de la población general de referencia de esa persona. De esta manera cuando “algo” es psicopatológico, nos referimos a todo aquello que se desvía de la normalidad, lo cual es “algo” poco frecuente y que no se incluye dentro de la distribución normal de una población y este dato nos sirve de referencia. Por tanto, todo lo psicopatológico es algo poco común.

✚ Criterios sociales/ interpersonales (cultural): Hablamos del consenso social. Para que nosotros podamos decidir si “algo” es psicopatológico, es necesario que sea socialmente aceptado, es decir, que haya un contexto en cual basarnos. El contexto social, es el puesto en común, de hábitos y normativas sociales que constituyen algo mayoritariamente aceptado, no obstante, el contexto social puede equivocarse, ya que corresponde a un concepto cultural el cual es muy susceptible a cambios.

Así, la perspectiva biológica, también llamada biomédica o médica, fisiológica o neurofisiológica o psiquiátrica se encarga del estudio de trastornos mentales,

los cuales son considerados como enfermedades que son producidas por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo, es decir, que mediante los criterios estadísticos y sociales se logró un consenso en el cual se dicta que todo trastorno mental tiene como base las anomalías de orden fisiológico y anatómico, las cuales repercuten a nivel emocional y conductual del individuo.

De esta manera, queda estipulado que la causa primaria de la conducta anormal o anomalía mental, es la alteración (estructural o funcional) del cerebro. Estas alteraciones pueden ser:

- + Anatómicas. Anomalía en cuanto al tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales.
- + Bioquímicas. Los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal pueden tener alterada su función, por exceso o por defecto.

Las alteraciones pueden ser el resultado de factores genéticos, trastornos metabólicos, infecciones, alergias, tumores, trastornos cardiovasculares, traumas físicos, estrés, etc. Las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anomalías biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.).

El tratamiento del modelo biológico deberá centrarse en corregir tales anomalías orgánicas siendo este su objetivo específico.

Supuestos básicos o postulados del modelo biológico

El modelo médico-psiquiátrico de los trastornos psicopatológicos, se fundamenta en una serie de criterios centrales que contribuyen a configurar los componentes básicos de su estructura:

1. *Signo*: indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo.
2. *Síntoma*: indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional. Unidad mínima descriptible en psicopatología. Estos se pueden clasificar en:

- ✦ Primarios. Nos orientan hacia un diagnóstico determinado.
 - ✦ Secundarios. No cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.
3. *Síndrome*: conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. Agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas.
 4. *Enfermedad mental (entidad nosológica)*: estructura totalizante en la que adquieren sentido los fenómenos particulares, y dota de recursos explicativos al médico para comprender desde los factores etiológicos del trastorno hasta la validez del pronóstico, aumentando, la eficacia del tratamiento.
 5. *Discontinuidad entre lo normal y lo anormal*: el trastorno mental, al ser considerado como una enfermedad, se clasifica y diagnostica de criterios categoriales.

Clasificación de los diferentes trastornos

- ✦ Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- ✦ Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- ✦ Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- ✦ Trastornos relacionados con sustancias
- ✦ Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- ✦ Trastornos del estado de ánimo
- ✦ Trastornos de ansiedad
- ✦ Trastornos somatomorfos
- ✦ Trastornos facticios
- ✦ Trastornos disociativos
- ✦ Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- ✦ Trastornos de la conducta alimentaria
- ✦ Trastornos del sueño
- ✦ Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- ✦ Trastornos adaptativos
- ✦ Trastornos de la personalidad
- ✦ Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

b) Modelo Psicodinámico.

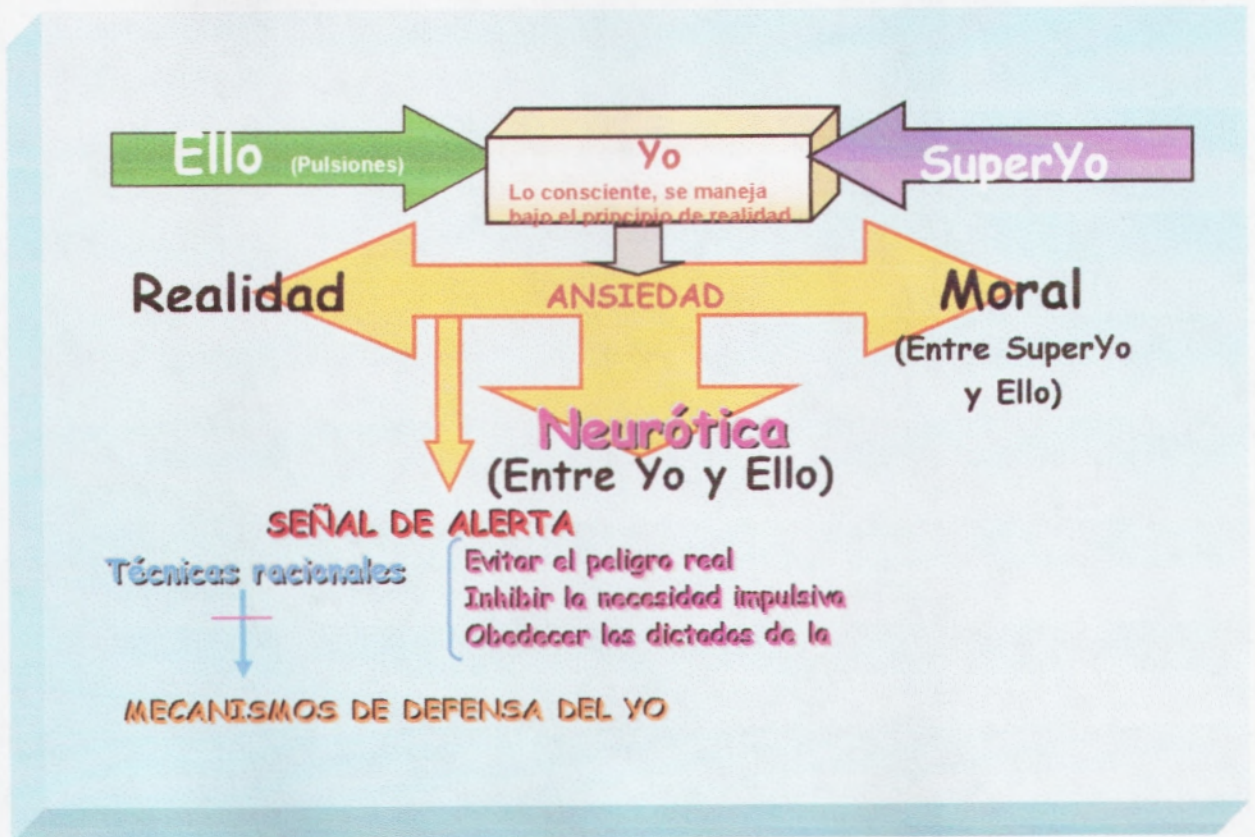
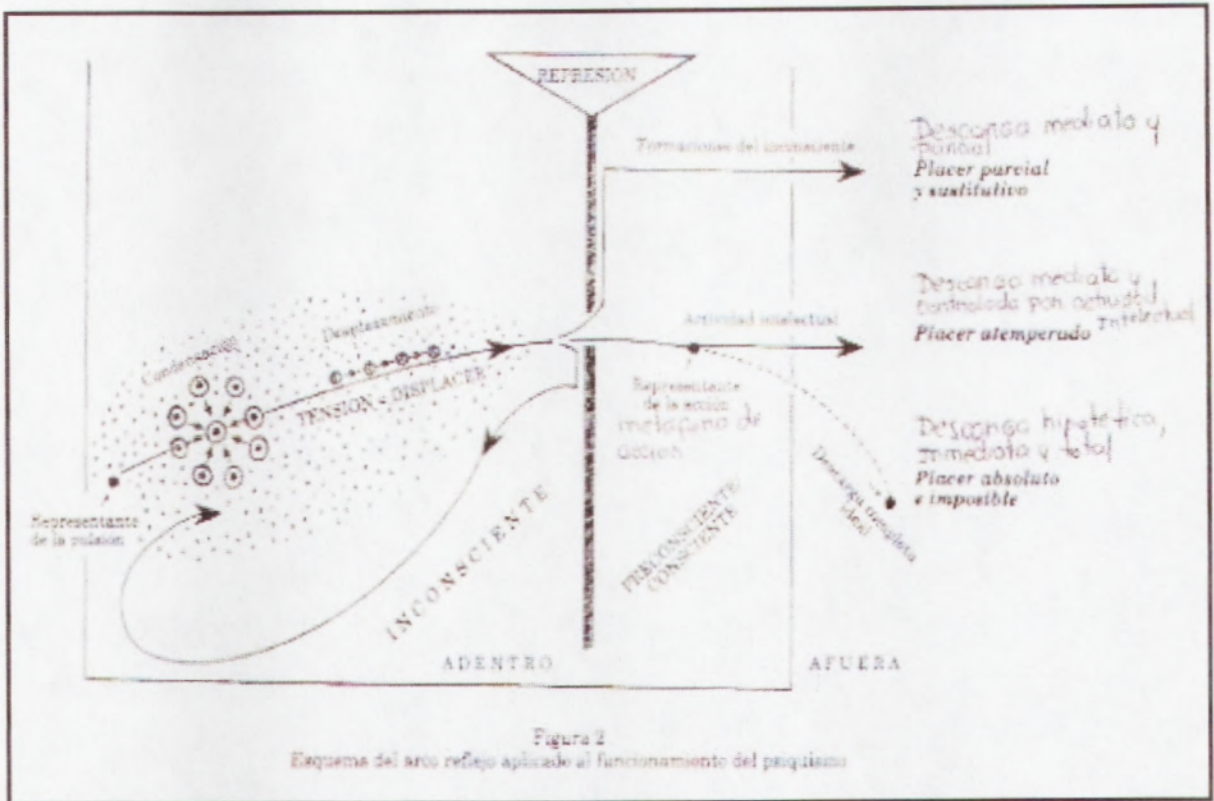
Los procesos psicológicos constituyen la causa fundamental de los problemas emocionales-mentales y psicosomáticos.

El modelo psicodinámico pone énfasis en los contenidos inconscientes como base etiológica de los trastornos emocionales y toma como punto de partida los estilos de apego (gratificantes o carenciales) que experimenta el sujeto con el objeto (relaciones con el otro/relaciones objetales) en etapas posteriores o iniciales de su vida y de esta manera ha permitido comprender el origen de los trastornos a partir de la historia de la relación del sujeto con su medio.

La formulación Psicodinámica brinda el medio para describir estados mentales anormales, de comprender sus orígenes y de desarrollar una base racional para su tratamiento.

En síntesis, el concepto principal que aborda esta teoría es el **inconsciente**, que está compuesto de deseos o pulsiones innatas reprimidas que han escapado a la conciencia, rara vez acceden a ella y, cuando lo hacen, es de forma encubierta como síntomas neuróticos, sueños o bromas, creaciones artísticas, mitos, religión y estructura del carácter, entre otras. El inconsciente, según Freud, es dinámico y se basa en el "principio del placer".





Por esta razón, para esta teoría **la conducta** es el producto de fuerzas, motivos e impulsos mentales hipotéticos y de los procesos psicológicos que los regulan, inhiben y encauzan. Dicha conducta es la respuesta de un conjunto de antecedentes que se han asimilado de la infancia, su historia, sus relaciones, factores ambientales, culturales, y del medio actual que lo rodea, todo ello equivale al conocimiento que cada sujeto posee sirviéndole de herramienta para percibir y responder a la sociedad.

Psicodinámicamente, la curación del neurótico exige recorrer el camino inverso al que causó el problema, es decir, descubrir las emociones ocultas que subyacen a los síntomas, asociarlas a sus verdaderas causas (los maltratos y conflictos familiares, el desamor, etc.) y, reviviéndolas en el presente con coraje y sin culpa (no sirve su mero conocimiento intelectual), superarlas poco a poco con la ayuda del terapeuta.

Por tal motivo, la intervención del psicoanalista implica un largo proceso de autoconocimiento (análisis), duelo y liberación que ayudará al sujeto a entender su problemática vital, asumir su responsabilidad en el presente y superar o aliviar el malestar. Sólo entonces, no siendo ya necesarios, la mayoría de sus síntomas desaparecerán por sí mismos. El psicoanalista le proveerá al paciente los insumos necesarios para que el sujeto de cuenta de su propio malestar, lo entienda y se implique en su problemática. (Para Pichón Rivière todo ser humano dispone de un núcleo central en su personalidad a partir del cual se generan las distintas patologías /núcleo central patogénico/ y que proviene del duelo central vital no elaborado).

Supuestos básicos o postulados del modelo psicodinámico.

1. *Motivación:* los motivos son representados subjetivamente por pensamientos y sentimientos, y objetivamente, por una tendencia hacia ciertos tipos de acción.

Freud utilizó el término alemán "trieb" para referirse a los motivos humanos básicos. La palabra ha sido traducida generalmente como "instinto" y señala que los impulsos básicos supuestamente contenían una forma de energía psíquica.

2. *Inconsciente dinámico*: son los condicionantes importantes de la conducta que no son reconocidos por el sujeto. Los procesos mentales inconscientes condicionan cualquier área de la conducta humana, como síntomas neuróticos, sueños o bromas, creaciones artísticas, mitos, religión y estructura del carácter, entre otras.
3. *Principios reguladores*: la conducta es regulada de acuerdo con determinados principios básicos. Estos organizan la expresión de motivos específicos y seleccionan entre ellos cuando entran en conflicto uno con otro o con la realidad externa. Uno de estos principios es la búsqueda del placer.

En pacientes con alguna psicopatología parece que rige únicamente el *principio del placer* (goce), el cual se basa en la satisfacción inmediata y totalitaria, sin tomar en cuenta los aspectos nocivos producto de esa conducta y las restricciones del medio; y el *principio de realidad*, el cual se fundamenta en la búsqueda de placer pero tomando en cuenta las leyes-normas, es decir las restricciones sociales con las cuales se maneja la consciencia, así, su descarga placentera es parcial y no total.

4. *Fijación y regresión*: la regresión es el retorno a un modo anterior de adaptación y la fijación describe la incapacidad de madurar más allá de una determinada etapa de desarrollo que generalmente corresponde a una edad más temprana. En los pacientes hay aspectos regresivos y otros apropiados a su edad.
5. *Emoción*: estados del organismo que afectan la mente y el cuerpo. Incluyen respuestas fisiológicas características, afectos subjetivos, pensamientos y fantasías, modos de relaciones interpersonales y estilos de acción manifiesta.
6. *Subjetividad*: es la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basada en el punto de vista del sujeto, y por tanto influida por los intereses y deseos particulares del sujeto. Se refiere a las específicas interpretaciones que disciernen cualquier aspecto de la experiencia. Son únicas para la persona que las experimenta, las qualia, que sólo son accesibles a la consciencia de esa persona. Aunque ciertas partes de la experiencia son objetivas y accesibles a cualquiera.

7. *Aparato psíquico*: (concepto psicoanalítico); con esta expresión **Freud** se refiere a la mente humana; utiliza la palabra "aparato" para subrayar la capacidad que tiene la mente para la transformación de la energía psíquica, y la existencia de partes o instancias que modulan y controlan los recorridos de dicha energía.

El término "aparato psíquico" es una metáfora ya que no existe en la realidad concreta un aparato que se pueda localizar, es decir, no hay una localización anatómica o fisiológica, constituye una metáfora que trata de explicar el funcionamiento psíquico en el sujeto, o sea es una analogía del funcionamiento neurológico del arco reflejo.

Psicodinámica de los estados psicopatológicos

➤ Normalidad y patología

Aunque no hay definiciones generalmente aceptadas, al menos en este modelo, se considera psicopatología a la conducta que es menos que óptimamente apropiada para un determinado individuo en una etapa determinada de su vida y en un medio ambiente determinado.

➤ Estructura de la neurosis.

La neurosis representa un compromiso entre un deseo inaceptable, reprimido y un temor inconsciente. En condiciones normales o habituales, una persona puede tener temor ante un estímulo real, pero la situación se complica cuando las consecuencias peligrosas que se temen no son ni reales ni inmediatas, sino más bien originadas en fantasías o temores imaginarios resultado de experiencias de la niñez y que generalmente son inconscientes.

El conflicto entre un deseo y un temor inconsciente origina la ansiedad, uno de los síntomas más corrientes de malestar psicológico. De esta manera, algunas personas manifiestan fobias, obsesiones, compulsiones, fenómenos de conversión o diversos rasgos de carácter. Estos cuadros más complejos son para el psicoanálisis resultado de mecanismos de defensa.

➤ Síntoma y carácter

Los síntomas neuróticos son patrones de conducta que el individuo afectado experimenta como fenómenos que no forman parte de su yo o de su personalidad. Como ejemplos está la ansiedad, depresión, fobias, obsesiones, compulsiones y los fenómenos de conversión.

El Síntoma tiene varias acepciones (sentidos), entre ellas, el síntoma como una formación del inconsciente. Como la aparición en virtud de respuesta a un vacío significativo (manifestación inconsciente del orden de lo simbólico). El síntoma encuentra su expresión a través del cuerpo pero no tiene un origen orgánico. Aparece dando cuenta de un retorno de lo reprimido, es decir, cuando fracasan las defensas yoicas, ahí aparece el síntoma, es el resultado de una respuesta a la represión.

Las modalidades del síntoma: el síntoma puede *metaforizarse (cara significativa del síntoma)*, es decir, se produce una sustitución (reprime), lo que reprime es la pulsión. Y *metonimizarse (satisfacción)*, es decir, se produce un desplazamiento. Constituye una transacción, éste aparece porque la estructura del sujeto no quiere el cambio y así adviene el síntoma como una manera de estabilizarlo

Los rasgos de carácter son patrones de conducta más generalizados que van penetrando imperceptiblemente en la personalidad total de un individuo. A diferencia de los síntomas neuróticos, la persona los considera parte de sí mismo y que reflejan como es.

Aunque las estructuras psicodinámicas subyacentes a los síntomas y los rasgos de carácter están estrechamente relacionados, presentan problemas totalmente diferentes en las entrevistas y el tratamiento.

➤ Lo neurótico y lo psicótico

La neurosis constituye una condición normal presente en todo ser humano debido a que éste percibe diversas conflictivas que se le presentan en la vida, las cuales producen una desestabilización a nivel emocional; las personas neuróticas no presentan cuadros patológicos severos o en extremo

incapacitantes puesto que mantienen las funciones vitales relativamente estables.

Por el contrario, los pacientes psicóticos son personas enfermas, lo que significa que tienen dificultades de adaptación más penetrantes y extendidas. Las áreas consideradas esenciales para la adaptación, como la percepción, la experimentación de la realidad, la capacidad de relaciones interpersonales sostenidas y el mantenimiento de las funciones autónomas del ello, pueden estar afectadas.

Los mecanismos de defensa pueden considerarse psicóticos o neuróticos, aunque algunos acompañan a ciertos estados psicóticos.

Clasificación de las estructuras clínicas o instancias psicopatológicas del modelo psicodinámico.

Desde una perspectiva psicoanalítica, se habla de tres categorías nosográficas principales: **psicosis, neurosis y perversión.**

En este sentido cabe diferenciar al psicoanálisis francés de otras posturas, por ejemplo, de aquellas que sostienen una linealidad continuada de patologías de las cuales es posible entrar o salir.

En el caso psicoanalítico se plantea una seriación de las estructuras, por lo que la constitución subjetiva de un sujeto no es modificable en ese sentido. El psicoanálisis no sostiene entonces la salida de estas estructuraciones básicas sino diferentes maneras de situarse en estas relaciones subjetivas. Se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo.

Para entender esto es preciso distinguir que la psicología tradicional realiza sus diagnósticos a partir de sucesos fenomenológicos observables, como por ejemplo mediante una descripción de comportamientos al modo de los manuales diagnósticos. El psicoanálisis parte de una base organizativa mayor por lo que los rasgos sintomáticos no bastan para definir una estructura. Por otra parte el psicoanálisis cuestiona la distinción tradicional normalidad –

enfermedad por considerarla dependiente de la connotación médica, debido a que bajo una lectura psicoanalítica, todas las personas presentarían un posicionamiento en alguna de las tres grandes categorías.

Se parte así de un origen lógico en relación a la dinámica edípica, y una fuerte concepción teórica pero de difícil apreciación por parte de aquellas personas (profesionales o no) que no se encuentran familiarizadas con la lógica teórica ni con la terminología característica del psicoanálisis.

Las estructuras básicas dependen de una relación simbólica en la dialéctica, también simbólica del paso edípico del ser al tener. Cobra importancia el significante en relación a la falta y la completud del Otro (significante fálico). Planteado así, se parte de momentos lógicos cruciales y determinantes en la constitución del sujeto, y de diferentes maneras según las cuales un sujeto se relaciona o no con lo simbólico de estas apreciaciones. Así cobra importancia la posible intervención del significante llamado paterno (no del padre real) y su intervención en la dialéctica.

Básicamente, las estructuras nosográficas psicodinámicas son:

- *Neurosis; que a su vez se distingue en tres tipos:*
 - *Histeria*
 - *Neurosis Obsesiva*
 - *Fobias*

- *Psicosis; que a su vez distingue tres tipos:*
 - *Paranoia.*
 - *Esquizofrenia*
 - *Maniaco Depresivas*

- *Perversión*

PSICOPATOLOGÍA

Describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.

Como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la OMS: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados "no-sanos" en el proceso mental.

Para el psicoanálisis o modelo psicodinámico
Este término constituye un concepto muy problemático debido a que da cuenta de una estructura estable, fija. La estructura del sujeto es algo que se construye, por esta razón, las estructuras no son fijas ni absolutas. Se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo.

FUENTES

PSIQUIÁTRICA

Este modelo entiende que la enfermedad mental es igual a la enfermedad física, por lo que posee una etiología orgánica. Además, tendrá un curso determinado y un pronóstico concreto. Para este modelo, la conducta anormal no es más que un mero síntoma que indica una alteración orgánica. El tratamiento será de tipo orgánico-médico.

Postulados básicos:
Signo Síntoma
Síndrome Enferm. mental

Clasificación de los diferentes trastornos
Trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia
Delirium, demencia,
Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos del estado de ánimo
Trastornos somatomorfos
Trastornos disociativos
Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos de la conducta alimentaria, etc.

Concepto: Descriptiva.

Etiología: no hay. No le interesa las causas de la enfermedad. Se interesa en signos y síntomas, en el origen orgánico.

Conducta: Síntomas y signos anormales. Es algo inadaptado o distorsionado. Depende de anomalías fisiológicas-orgánicas.

Tratamiento: Médico. Administración farmacológica de acuerdo a su cuadro clínico.

Pronóstico: Dudoso y difícil.

Psicopatología: Trastornos mentales. Describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje.

Objetivo: Desaparición del síntoma.

Concepto: Causas

Etiología: Motivos. Identificar situaciones conflictivas que en el crecimiento generan la aparición de síntomas.

Conducta: Simbolismo. Producto de fuerzas, motivos e impulsos mentales hipotéticos y de los procesos psicológicos que los regulan, inhiben y encauzan.

Tratamiento: Psicoterapéutico.

Pronóstico: Depende de las fuerzas yoicas.

Psicopatología: El psicoanálisis lo llama Estructuras clínicas debido a que las entidades o estructuras del sujeto se construyen por esta razón no son fijas.

Objetivo: Lograr insight, implicación subjetiva, identificar el conflicto, manejar el conflicto. Fortalecimiento del Yo.

PSICODINÁMICA

Su máximo representante es Freud. Según este modelo la enfermedad mental está causada por las tensiones generadas por las fuerzas dinámicas enfrentadas dentro del psiquismo. Estas fuerzas actúan a nivel inconsciente a través de las pulsiones, las cuales son reguladas por el mecanismo de la represión.

Postulados básicos:
Motivación
Inconsciente dinámico
Principios reguladores
Fijación-regresión
Emoción
Subjetividad
Aparato Psíquico

Psicodinámica:
Normalidad-patología
Estructura de la neurosis
Síntoma y carácter
Lo neurótico y lo psicótico

Estructuras clínicas:
La estructura del sujeto es algo que se construye, por esta razón, no son fijas ni absolutas. Las estructuras nosográficas psicodinámicas son:
Neurosis: Histeria, Fobia, Obsesión
Psicosis: Paranoia, Esquizofrenia, Maniaco-Depresiva.
Perversión.

PSICOPATOLOGÍA

OBJETO

Descripción, observación y evaluación de la conducta anormal

Investigación de las causas y factores mantenedores y productores de la conducta anormal

Conducta anormal

Pero primero se ha de definir conducta anormal, lo cual no es sencillo, no hay un solo criterio que la defina. Una conducta anormal la podríamos definir en función de:

- Frecuencia e intensidad
- De que los demás la perciban como irracional o incomprensible
- Que sea molesta para los demás (daño)
- Que sea molesta para sí mismo (sufrimiento)
- Conducta no adaptativa
- Violación de las normas éticas no escritas (implícitas) (por ejemplo, una persona que va a casa de un amigo y se quita la ropa)

Aspectos relevantes en Psicopatología El ser humano es:

Instinto-Pulsión

Fijo e invariable (orden genético); el ser humano responde a la pulsión o deseo que varía en su funcionalidad

Producto del ambiente social concreto en que crece y se desarrolla

Implica cultura, tradiciones, creencias, religión grupo étnico al que pertenece y aspecto ideológico de su grupo primario.

Histórico

El ser humano es producto de su historia, de sus elementos arcaicos, puede que se determine de una manera catastrófica en sus primeros años de vida (privado de amor, con carencias, relaciones objetales carenciales). Ej. Niños con síntomas depresivos (influye las condiciones en que creció: como era la relación con la madre, cómo lo alimentaron, crianza del niño, etc.)

Adolescentes y Adultos

Conceptualizaciones personales a partir de su pensamiento lógico-racional y crítico ayuda a entender su problemática.

Estructura Económica

En la que el sujeto está inmerso, su condición económica, la estructura económica afecta al ser humano.

Condición laboral

Afecta tanto al sujeto como a su entorno familiar. La tensión y la angustia que vive el sujeto la perciben todos sus miembros familiares, en especial los niños; el niño percibe al padre enojado, tenso, con distress, porque se vuelve distante. Por ésta razón, los padres deberían tener los elementos para explicarles al niño. Éste es el efecto de las relaciones de producción.

La Religión

Permite canalizar muchas cosas. Provee seguridad, alivio, esperanza, asegura valores. Disminuye la angustia existencial (De dónde vengo, qué hago, a dónde voy).

Pertenencia

El sujeto debe asumir el problema que tiene:

Debe identificar lo que está pasando. Necesidad de esclarecimientos.

En la medida que el sujeto comprende y se identifica con la problemática eso es pertenencia o implicarse en el síntoma

2. ESTRUCTURAS CLÍNICAS

Nuestro marco conceptual parte de un escenario organizativo complejo y estructurado con bases conceptuales psicodinámicas, sistémicas y cognitivo conductuales por lo que los rasgos sintomáticos no bastan para definir una estructura y es necesario tomar en cuenta muchos otros criterios.

2.1. Criterios de normalidad / anormalidad (salud / enfermedad).

El marco teórico en que nos basamos, cuestiona la distinción tradicional de normalidad – enfermedad por considerarla dependiente de la connotación médica, debido a que bajo una lectura psicoanalítica, todas las personas presentarían un posicionamiento en alguna de las tres grandes categorías. La estructura del sujeto es algo que se construye, no es algo que ya está establecido y depende de muchos factores determinantes, entre ellos las experiencias o vivencia arcaicas (primeras relaciones objetales).

Con esto queremos expresar que las conductas, y en este caso particular las llamadas “anormales o enfermas” pueden comprenderse como formas de vinculación de un sujeto consigo mismo y con el mundo que lo circunda. Los ámbitos los dividimos (Bleger) en psicosocial, o relación del sujeto con su mundo interno; socio-dinámico o de relación con su grupo familiar y otros primarios e institucional o de relaciones del sujeto con las instituciones básicas de su vida comunitaria (laborales, educacionales, recreativas).

En su camino evolutivo el ser humano se vincula a través de mecanismos psíquicos de proyección e introyección, que le van dando una representación interior valorativa (buena, mala o confusa) de sí mismo y de quienes le rodean. Estos mecanismos son más intensos en la infancia y van amortiguándose con la maduración, aunque por su persistencia en la base de la personalidad reciben el nombre de psicóticos lo que equivaldría a inmaduros (los objetos no son buenos o malos, sino ideal y omnipotentemente buenos o malos).

Por ésta razón, las estructuras no son fijas ni absolutas. Se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo.

Desde el punto de vista psicodinámico, se parte de un origen lógico en relación a la dinámica edípica. Las estructuras básicas dependen de una relación simbólica en la dialéctica del paso edípico del ser al tener. Cobra importancia el significante en relación a la falta y la completud del Otro (significante fálico). Planteado así, se parte de momentos lógicos cruciales y determinantes en la constitución del sujeto, y de diferentes maneras según las cuales un sujeto se relaciona o no con lo simbólico de estas apreciaciones. Así cobra importancia la posible intervención del significante llamado paterno (no del padre real) y su intervención en la dialéctica.

Siguiendo con la ponencia en cuanto a los criterios de salud y enfermedad, la definición de Freud, en el ámbito de lo mental, sobre este tema, es en todo sentido revolucionario: la salud es un estado que debe contener elementos de la neurosis y de la psicosis, y ninguna otra cosa.

Llamamos sana a una conducta, dice Freud, que asocia determinados rasgos de ambas reacciones, que como la neurosis no desmiente la realidad, pero que, como la psicosis, se empeña en modificarla. Esta conducta, adecuada a fines normales, lleva, naturalmente, a efectuar un trabajo que opere sobre el mundo exterior y no se conforma, como la psicosis, con producir alteraciones internas. Ya no es autoplástica, sino aloplástica. Es decir que la salud consiste en transformar la realidad, pero sin desatender al estado de la realidad y del sujeto.

La salud se opone a la enfermedad en el sentido en que ésta es un estado muy conflictivo pero donde el sujeto queda alienado por el conflicto sin posibilidades de transformación útil de la realidad externa: es decir, es un estado autoplástico, con transformaciones del propio sujeto en su interior, pero

sin transformación de lo exterior, salvo en el sentido del incremento o la complicación de la enfermedad; y **la salud se opone también a la normalidad**, aunque de un modo diferente, por ser la normalidad un estado de adaptación que implica una alienación del sujeto, impedido de producir transformaciones en el seno de la cultura.

La normalidad intenta abolir los estados de crisis y la visualización de diferencias, por ejemplo de pensamientos entre los sujetos que por su variedad o diferencias son una fuente de malestar en la cultura, pero también la única posibilidad de transformación. Éstas son, por lo tanto, las concepciones que tenemos en mente sobre la salud, la enfermedad y la normalidad cuando pensamos en los objetivos y criterios del psicoanálisis.

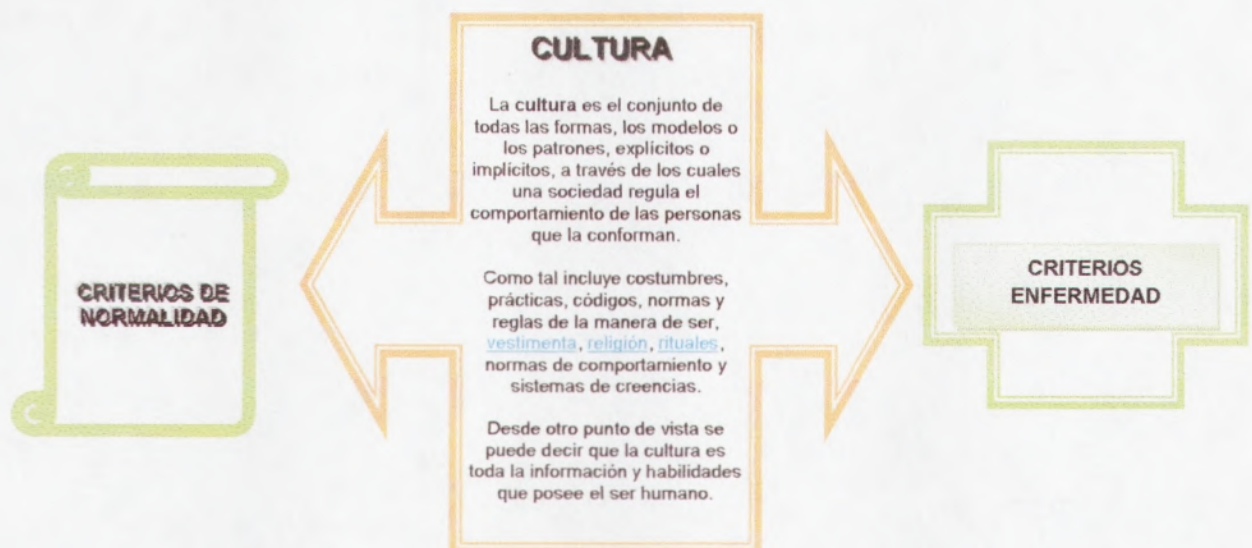
Dicho de otro modo, **el objetivo de la cura en este punto es el fortalecimiento del yo**, es cierto, pero en realidad, esto significa enfrentar al yo con lo que éste más teme: su falta de unidad, de síntesis, su finitud, la aceptación de las diferencias que amenazan fragmentar su ilusoria unicidad.

Entonces, lo que llamamos **salud**, y que por lo tanto debe figurar con carácter fuerte en la consideración del tema de objetivos del psicoanálisis, **la salud se manejaría en la posibilidad de adecuar las fortalezas yoicas**, superando los problemas que se le presentan al sujeto, ya que éste no está exento de conflictivas (porque el otro existe). La salud es un estado conflictivo bajo control del yo, el cual debe tener presente siempre los parámetros con que nos manejamos en la realidad y sin desentenderlos tratar de manejar cambios a nivel estructural que permitan una mejor acomodación o adaptación al medio.

Finalmente cabe recalcar también que los criterios de normalidad y anormalidad (enfermedad) son conceptos muy inestables, inconsistentes y débiles, debido a que son razonamientos netamente variables pues, dependen de diversos aspectos, entre estos: los culturales.

Es importante señalar esto debido a que la cultura constituye el conjunto de normas, hábitos, costumbres que hemos incorporado; es nuestra manera de desenvolvemos en la sociedad a partir de los semblantes introyectados.

Siendo así, tiene mucha relevancia y es necesario **emparentar los términos de normalidad y enfermedad (inadaptación) con la cultura**, debido a que, si para una cultura determinada ciertas conductas o rasgos puede implicar aspectos comunes y muy “normales” para ellos, en cambio, para otras cultura con hábitos y costumbres diferentes, puede significar datos que reflejan comportamientos o rasgos inapropiados, inaceptables, incoherentes o “enfermizos”, tachando al sujeto de loco o inadaptado. De aquí nace entonces lo que es considerado como “normalidad” (sujeto adaptado) y “anormalidad” (sujeto inadaptado).



¿Por qué las estructuras clínicas desde el punto de vista psicodinámico no son fijas?

Como se lo mencionó anteriormente, la psicopatología en el psicoanálisis se lo ve desde una perspectiva diferente a la médica-psiquiátrica. Una primera apreciación es que al sujeto no se lo puede ubicar de antemano (desde que nació) en una u otra categoría o cuadro patológico.

Estas dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones: una basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatómico-clínica y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona (incluyendo su pulsiones, introyecciones, temperamento) y que, por tanto, tiene en cuenta los aspectos psicológicos. Esta última concepción holística y dinámica prefigura el acercamiento de las disfunciones emocionales y la aparición de enfermedades psicosomáticas.

La importancia de los factores psicológicos en la enfermedad o en la presencia de alteraciones emocionales se han puesto de manifiesto a lo largo de la historia; estos ya no aparecen "construidos" como etiopatogénicos; es decir el enfermo siempre fue visto como hombre enfermo, pero sólo desde Freud se pudieron introducir los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del "enfermar".

En el psicoanálisis se da prioridad al significado simbólico de los síntomas en los pacientes. La estructura del sujeto es algo que se construye, no es algo que ya está establecido, depende de muchos factores determinantes con afinidad a **las primeras relaciones objetales** (vínculo arcaico primario con sus padres), de esta manera es que se va construyendo la subjetividad y la ubicación del sujeto en una estructura o instancia clínica, pero cabe recalcar que en ésta instancia en la que se ubica el sujeto no constituye algo determinante ni mucho menos sentenciante para él, ya que dadas las circunstancias, puede que éste cambie de una a otra, presente ciertos rasgos, cierta sintomatología, o esté exento de ellas.

Así, la estructura del sujeto es algo que se construye, por ésta razón, las estructuras no son fijas ni absolutas, se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo.

Constituyen un conjunto conformado por saberes y experiencias. Todo saber es relativo porque apunta a lo Real (lo Real se mueve entre dos registros: lo imaginario y lo simbólico), por ésta razón, no hay saberes absolutos.

Cabe recalcar que cobra mayor importancia la creación de estructuras intrapsíquicas a partir de la internalización de las relaciones significativas entre el sí mismo y los objetos. En términos generales la teoría psicodinámica sostiene que la evolución del psiquismo humano marcha en el sentido de un estado de total indiferenciación a estados de mayor diferenciación con respecto a objetos que emergen (Balint, 1979). Este desarrollo ocurre en base a la internalización de los aspectos que se diferencian o resaltan perceptivamente tanto del organismo y como de su entorno según la significación (investidura) libidinal o agresiva que tengan.

En un sentido amplio, la teoría psicodinámica contempla la estructura del sujeto como "el estudio psicoanalítico de la naturaleza, del origen de las relaciones interpersonales y origen de la estructura intrapsíquica que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándola, modificándola y reactivándola con otras, en el contexto de las relaciones interpersonales presentes."

Lo que esta teoría trata de explicar, es cómo vamos adquiriendo y desarrollando representaciones tanto de nosotros mismos como del mundo externo (enfaticando los objetos humanos significativos) a partir de la internalización de aspectos relativos a la percepción de tales objetos, percepción que a su vez se ve afectada o determinada por la representación previa de dichos objetos.

Esta teoría plantea distintas etapas, comunes para todo ser humano, por las cuales transcurre el desarrollo del mundo representacional, intermediario en nuestro contacto con lo real (lo que está más allá del sujeto). En general, se plantea un desarrollo que sigue la línea de la distinción y representación de

aspectos parciales, fragmentarios, evolucionando hacia una paulatina integración de tales aspectos parciales, conformándose representaciones más íntegras o "totales" tanto de uno mismo como de los objetos.

La teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico propone y expone su particular concepción acerca del desarrollo de las relaciones objetales. Además de la definición anterior, agrega una definición más restringida acerca de esta teoría: "La teoría de las relaciones objetales puede referirse también a un enfoque más restringido dentro de la psicología psicoanalítica, centrado en la constitución de representaciones intrapsíquicas diádicas o bipolares (imágenes del sí-mismo e imágenes objetales) como reflejos de la primitiva relación madre-hijo y su ulterior desarrollo en relaciones externas interpersonales diádicas, triangulares y múltiples."

Esta segunda definición pone el acento en la constitución y el desarrollo de las estructuras intrapsíquicas del aparato psíquico (ello, yo, superyó). Se acentúa el desarrollo simultáneo de componentes del sí-mismo y del objeto, como primitiva matriz bipolar de la conformación de representaciones internalizadas. Cada unidad de autoimagen e imagen objetal se inserta en un determinado contexto afectivo, y estas unidades sí mismo-objeto-afecto constituyen los primitivos determinantes de las estructuras psíquicas generales.

Entonces, se propone cuatro etapas básicas en el desarrollo de las relaciones objetales, que de manera esquemática se pueden resumir así:

- × **Primera etapa:** "Autismo" normal o periodo indiferenciado primario. Abarca el primer mes de vida, e implica el gradual desarrollo de una imagen indiferenciada sí-mismo-objeto, pre-requisito para establecer una relación simbiótica con la madre. Cualquier detención patológica, fracaso o fijación determinaría cuadros con carencia de esta simbiosis, como la psicosis autista.

- x **Segunda etapa:** "Simbiosis" normal o periodo de representaciones primarias indiferenciadas sí-mismo-objeto. Etapa que se inicia en el segundo mes de vida y concluye aproximadamente entre el sexto y el octavo mes. Periodo caracterizado por la consolidación de la imagen sí-mismo-objeto placentera, "buena", libidinal o gratificante. Esta constelación se convierte en el núcleo del sistema del sí-mismo en el yo, y como principal organizador de las funciones de integración en el yo temprano. Esta etapa concluye con la diferenciación estable de las autoimágenes y las imágenes objetales a partir del núcleo condensado de representaciones "buenas" sí-mismo-objeto.

En el desarrollo patológico durante esta etapa, en que la diferenciación entre los componentes del sí-mismo y del objeto sigue relativamente incompleta, persiste la tendencia a refusionar, con fines defensivos, las imágenes "buenas" del sí-mismo y del objeto. Esto implica una falta de definición de los límites yoicos (o la pérdida de ésta), característica en la psicosis simbiótica infantil, y en la mayor parte de las esquizofrenias y las psicosis depresivas (aunque en esta última la refusión no sería tan generalizada como en la esquizofrenia).

- x **Tercera etapa:** Diferenciación entre las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales. Esta etapa se inicia a partir de la consolidación de la diferenciación entre los componentes del sí-mismo y del objeto a partir del núcleo condensado de representaciones "buenas", y abarca la consiguiente diferenciación entre la representación del sí-mismo y la objetal a partir del núcleo condensado de representaciones "malas" o agresivas sí-mismo-objeto. Esta etapa concluye con la posterior integración de las representaciones "buenas" y "malas" del sí-mismo (dirigida hacia una concepción total del sí-mismo), y con la integración de las representaciones objetales "buenas" y "malas" (dirigidas hacia la constitución de representaciones objetales "totales" o constancia objetal).

El fracaso o la patología en este proceso de integración de representaciones de valencia opuesta, expresada como la regresión o fijación al estadio anterior de diferenciación estable entre los componentes del sí-mismo y objetales de igual valencia, determina la organización de personalidad de tipo fronterizo. En esta organización, los límites yoicos están consolidados, no así la concepción integrada tanto del sí-mismo como de los objetos. La organización fronteriza se caracteriza por la alternancia activa de estados yoicos de matiz afectivo opuesto.

Esta alternancia está sustentada por la utilización activa de la disociación primitiva o escisión como mecanismo utilizado para mantener separados entre sí representaciones, tanto del sí-mismo como objetales, de valencia afectiva opuesta.

- x **Cuarta etapa:** *Integración de las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales y desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas de relaciones objetales.* Esta etapa comienza en la parte final del tercer año y perdura a través de la fase edípica. Consiste en la integración de las auto representaciones con carga libidinal y agresiva, constituyéndose un sí-mismo integrado, y en la integración de representaciones objetales con carga libidinal y agresiva, conformándose las representaciones objetales "totales" y consolidándose la constancia objetal. Durante esta etapa se consolida la formación del yo, el superyó y el ello como definitivas estructuras intrapsíquicas generales.

La patología en esta etapa está representada por las neurosis y por las patologías de carácter de nivel superior tales como la personalidad histérica y la obsesivo-compulsiva. Estas patologías se caracterizan por la aparición de conflictos patógenos entre el yo y el superyó, el cual se encuentra bien integrado pero excesivamente estricto y punitivo.

- x **Quinta etapa:** Esta es la etapa de consolidación de la integración tanto del Yo como del Superyó, estableciéndose la composición tripartita del aparato psíquico (Ello, Yo y Superyó). Disminuye la oposición entre el Yo y el Superyó. Se consolida también el concepto de sí-mismo, lográndose una mayor correlación entre la percepción de sí-mismo y la realidad de las interacciones del sujeto con los demás. En la medida que los objetos internos están más integrados, mayor es la capacidad de tener una apreciación más realista de los demás, y a su vez, de remodelar las propias representaciones internas a partir de dichas apreciaciones.

El enriquecimiento del mundo interno en virtud de la consolidación de la identidad de Yo (sí-mismo integrado y objetos internos "totales") confiere profundidad a los contactos interpersonales actuales y establece un escenario interno capaz de tolerar experiencias de pérdida, soledad o fracasos.

En síntesis, las relaciones objetales arcaicas constituyen aspectos determinantes para la estructuración del psiquismo humano (fortalezas, carencias, conformación de instancias clínicas, etc.), en donde debemos asumir además, que la personalidad, los comportamientos, la salud psicológica están también condicionados por la clase de trato psicofísico recibido por el sujeto a lo largo de sus años de crianza. *Según nos trataron, así somos y actuamos*, a veces de modos terriblemente compulsivos, agresivos, hipomaníacos, etc. Y quienes nos trataron (bien o mal) no son personas desconocidas, sino nuestros propios padres, hermanos, abuelos, parientes, profesores, amigos, etc., que a menudo siguen ejerciendo su nociva influencia sobre el sujeto hasta el fin de sus días.

El psicoanálisis nos revela de inmediato que la mayoría de éstos síntomas neuróticos, psicóticos, depresivos, perversos, etc. (inseguridades, temores, represiones) no son sino la manifestación de determinadas heridas y conflictos conscientes o inconscientes que, a su vez, son el fruto de un determinado grado de **maltrato en la infancia**.

Dicho maltrato no hay que entenderlo exclusivamente en sentido físico, sino de un modo mucho más amplio, profundo y sutil. Psicodinámicamente hablando, es maltrato *cualquier tipo y grado de frustración de las necesidades intrínsecas del niño*. Las cuales podemos resumir del siguiente modo:

1. Necesidades de seguridad (protección y cuidados físicos y emocionales)
2. Necesidades de afecto (cariño, empatía, contacto físico y psíquico)
3. Necesidades de respeto (a los sentimientos, espontaneidad y forma de ser del niño/a)

La influencia del ambiente familiar y la educación recibida han sido factores determinantes. En este terreno, se valora como la seguridad que proporcionan las figuras paternas: estamos hablando del afecto gratificante, la tolerancia tranquilizante, la coherencia que proporciona un ambiente estable y el toque firme e imprescindible de la autoridad parental. Con estos ingredientes, que funcionan como cuatro pilares en los que se sostiene la llamada "mesa de la seguridad" (más otros estímulos educativos), el sujeto avanza, progresa en su autoestima, se desprende, se tranquiliza, aprende, se responsabiliza, etc., en resumen, opera de una manera congruente y homeostática.

Pero, cuando esta experiencia no ha sido gratificante; todo lo contrario, el sujeto ha sufrido carencias afectivas en un entorno familiar donde prevalece el autoritarismo, es decir, se imparten los límites de manera violenta, no hay flexibilidad, existe rigidez; o en hogares donde no se estipulan o demarcan los límites, hay confusiones de roles, anarquía, etc.

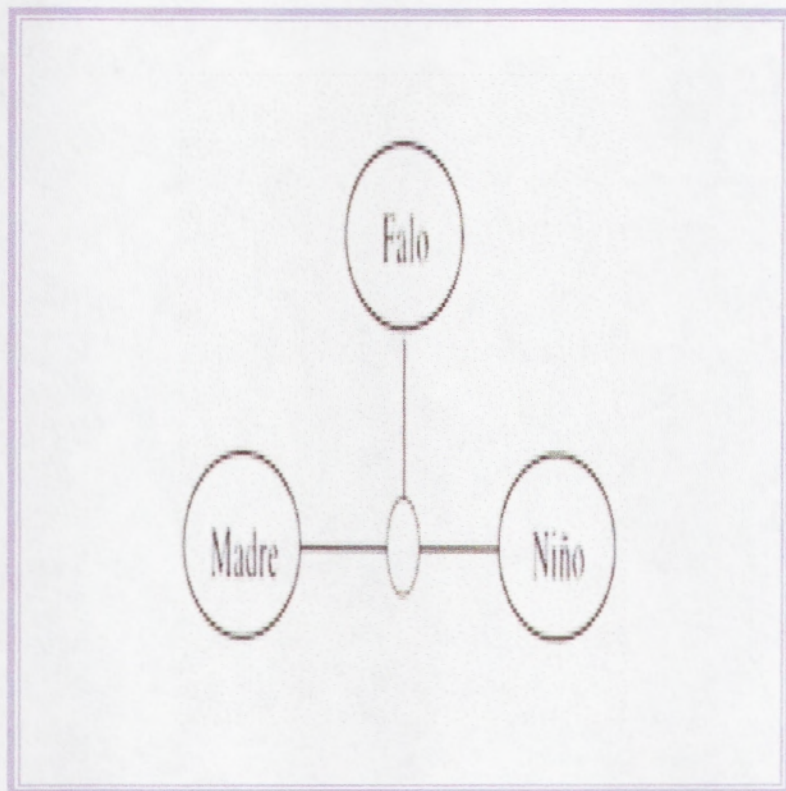
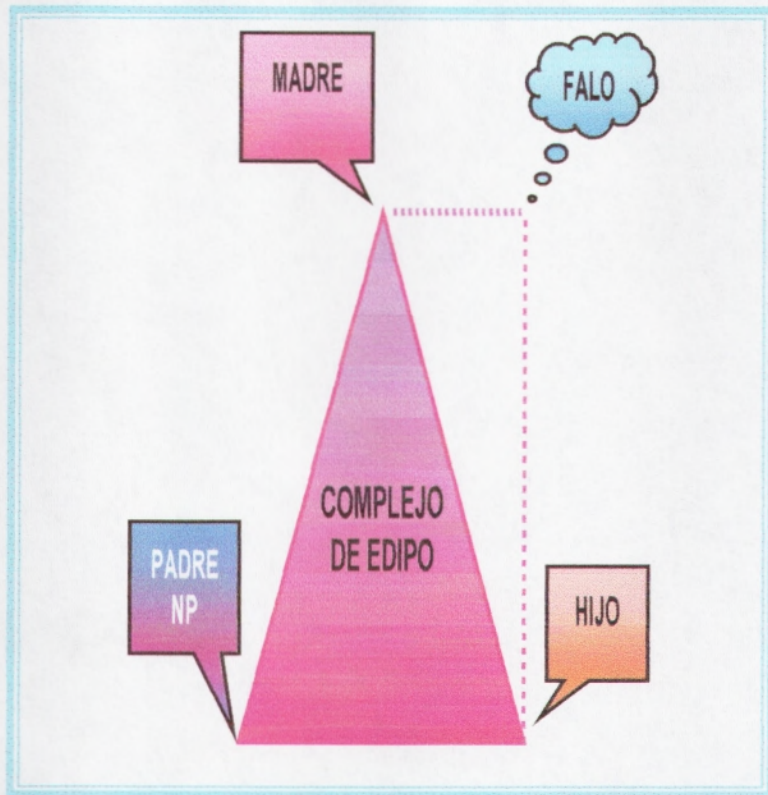
Por lo tanto, esto incide en el sujeto de una manera determinante ya que él ha introyectado todos estos semblantes carenciales y frágiles, los cuales constituyen rasgos inoperantes que repercuten en el sujeto en estadios ulteriores del desarrollo (adolescencia y adultez), con los cuales el sujeto se desenvuelve ya que esto es lo que él ha aprendido y constituyen sus fuentes o recursos para operar en el medio y con los otros.

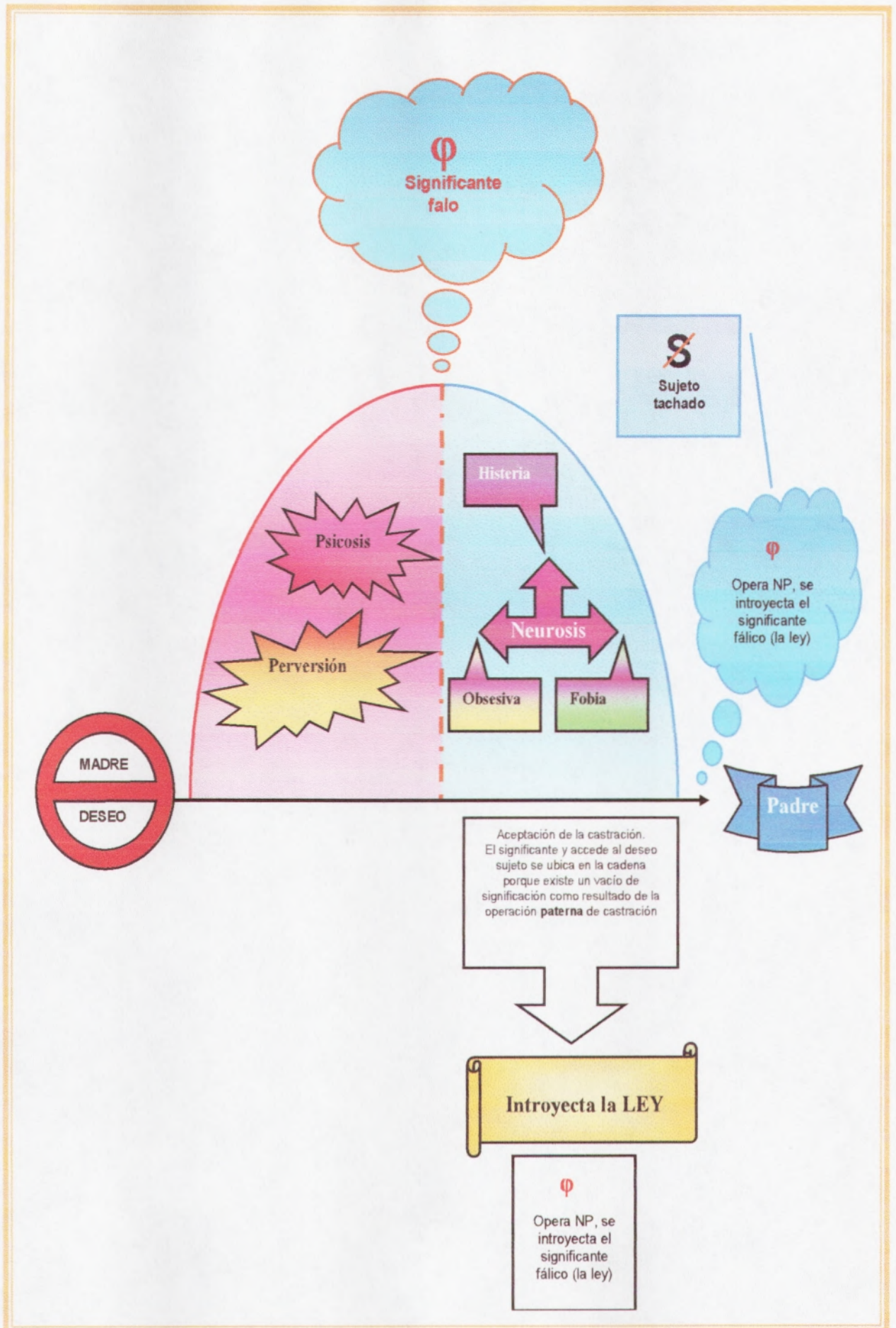
Dichos sujetos pueden presentar aspectos sintomáticos como estados depresivos, hipomaníacos, fóbicos, rasgos comportamentales como: conductas inhibitorias (privativas), sentimientos de peligro, culpas, auto exigencias, crisis de valores, baja autoestima, dificultades para adaptarse, desorientación y estados de confusión.

De esta manera, es importante señalar que a partir de la identificación de los mecanismos defensivos, tipos de ansiedades, rasgos comportamentales o caracterológicos dados a partir del tipo relaciones objetales en etapas posteriores que percibió el sujeto, podemos determinar qué estructura es la que existe de manera preponderante en él y a sabiendas de esa dinámica operacional (si el sujeto introyectó el significante de la ley, es decir, si hubo el rompimiento del estado simbiótico madre-hijo; si no operó éste, o si simplemente se la negó), así pues podemos dar una hipótesis diagnóstica del tipo de estructura que presenta el sujeto: **neurótico, psicótico o perverso**.

Resumiendo: el campo psicodinámico presenta tres grandes caminos posibles, los cuales emergen de la subjetividad humana para hacer frente y responder a las conflictivas relaciones que experimenta el sujeto con el objeto (relaciones objetales – sujeto/los Otros) en etapas posteriores, estas son las que provocan respuestas en nosotros (estados compulsivos, hipocondríacos, catatónicos, histriónicos, etc.), además ellas se encuentran condicionadas al tipo de capacidades o carencias que hemos introyectado; dicho de este modo, las estructuras nosográficas tratadas por el psicoanálisis son las siguientes: **NEUROSIS, PSICOSIS y PERVERSIÓN**.

Las tres se organizan alrededor del complejo de castración y dependen, por tanto, de la inscripción del Nombre-del-Padre (metáfora de la introyección de la ley).



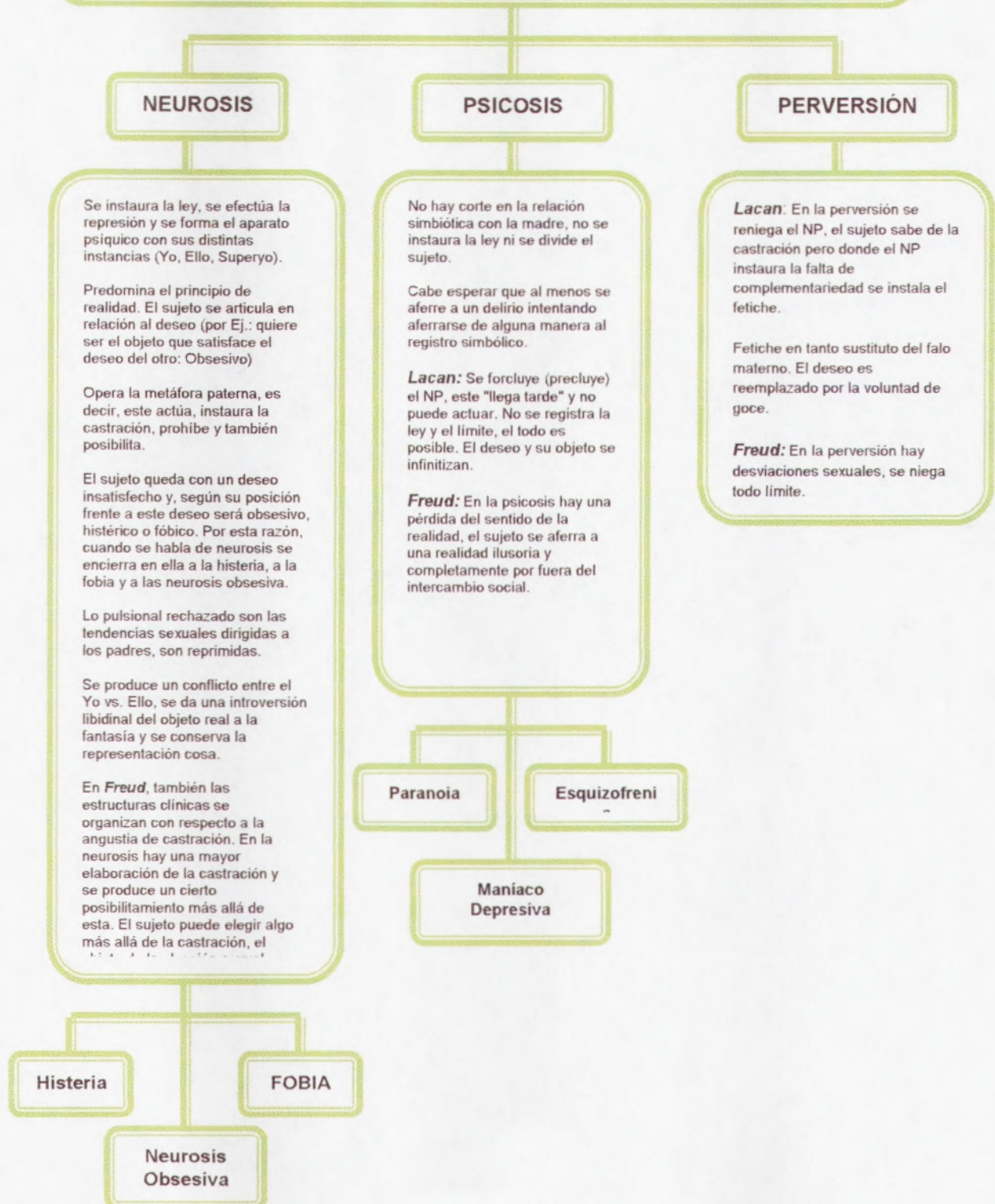


Estructuras Clínicas

La estructura del sujeto es algo que se construye, por ésta razón, las estructuras no son fijas ni absolutas.

Se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo.

Constituyen un conjunto conformado por saberes y experiencias. Todo saber es relativo porque apunta a lo Real (lo Real se mueve entre dos registros: lo imaginario y lo simbólico), por ésta razón, no hay saberes absolutos.



2. 2. Neurosis

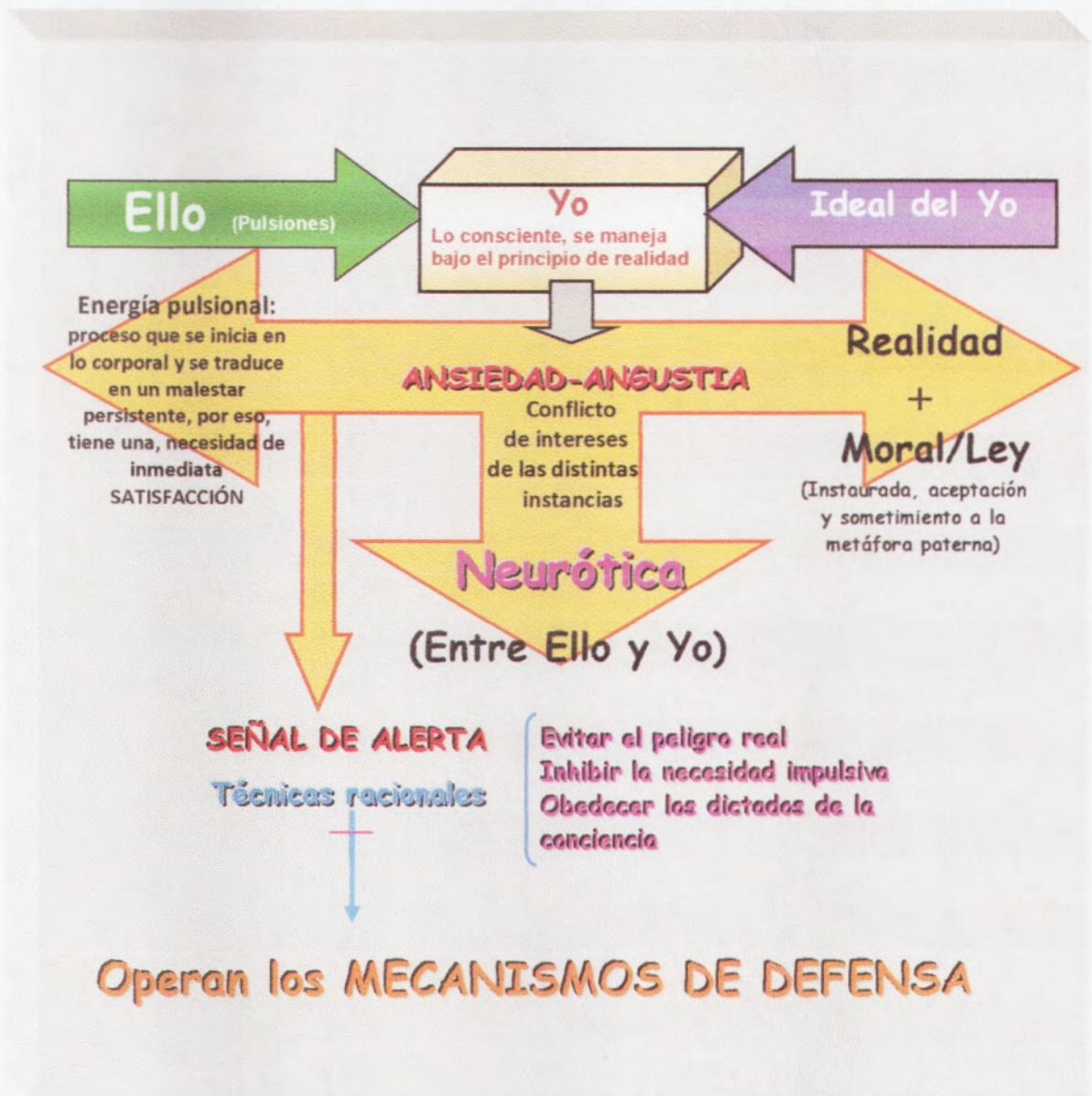
Opera la **metáfora del padre simbólico** (aquel que resulta de la resolución del complejo de Edipo), la institución paternal, es la metáfora que otorga los puntos de referencia que garantizan la autoridad y la ley en nuestras sociedades. El padre simbólico es aquel al que remite la ley, ya que la prohibición (interdicción), en la estructura, siempre está proferida en el Nombre-del-Padre. Es en tanto hay un significante del Nombre-del-Padre como puede haber castración, es decir, esa operación que limita y ordena el deseo del sujeto.

Para la explicación, es necesario referirnos a lo que es un **conflicto intrapsíquico**.

Freud esbozó varios aspectos del conflicto intrapsíquico entre las fuerzas represoras y el contenido reprimido. Aquí encontramos el conflicto entre una idea incompatible y un yo imbuido con juicios morales (introyección de la ley, del NP, es el Ideal del Yo) y actividad defensiva, sirviendo esta última tanto para separar una idea incompatible de su efecto asociado, como para rechazar la idea y el afecto. Varios años más tarde, Freud (1900) describiría los conflictos acerca de impulsos de deseo. Desde un punto de vista tópico, tal conflicto podía ubicarse en los puntos de censura entre el consciente, el preconscious y el inconsciente (pulsión)

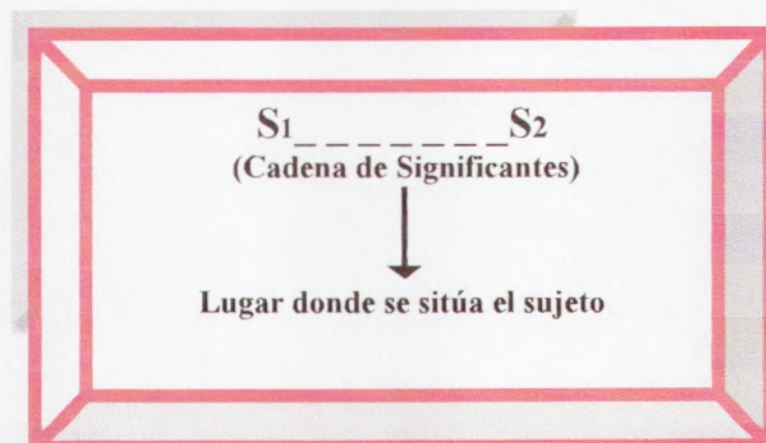
De aquí, metafóricamente hablando, el conflicto intrapsíquico constituiría una lucha de tensiones dadas por la introyección de la ley (cuando a operado satisfactoriamente la metáfora paterna), es decir, existen sentimientos contrapuestos: por un lado está la razón, la restricción (no desear a la madre-juicio moral) para satisfacer al padre ya que el sujeto lo ama y constituye el objeto de una identificación primaria, tomado de entrada como ideal (IDEAL DEL YO); pero al mismo tiempo opera un sentimiento de fastidio y odio debido a que ésta operación corta el vínculo simbiótico madre-hijo lo cual le proveía

protección, le generaba placer y satisfacción al sujeto, entonces **se instaura la angustia y ansiedad como respuesta a un vacío de significación**, en ese vacío se constituye el sujeto, dando como resultado una estructura normal, la cual responde ante la ausencia (la madre) a manera de síntoma y lo que hace el sujeto es que lo metaforiza (reprime) o lo desplaza (metonimia). Estamos hablando de la **NEUROSIS**.



Cabe señalar que ha operado satisfactoriamente la metáfora paterna, dando lugar a la inscripción del **significante Fálico** (ϕ), lo cual tiene varias implicaciones, entre ellas: el sujeto ha logrado inscribirse en la cadena significativa y acceder al deseo, es un ser deseante por que tiene falta (ya no es objeto como lo era en la relación especular o simbiótica madre/hijo), se incorpora en la cadena significativa. El deseo constituye la renuncia del sujeto a ser el falo. La castración materna es la división entre madre y mujer, supone entonces que la madre sea una mujer para el padre y el hijo acceda a ser sujeto, busque el objeto perdido (madre) y vuelque su mirada hacia otras mujeres.

Lacan propone caracterizar al **falo** (ϕ) como significante de la falta, de la carencia o del deseo. “Esta función de la falta, cuyo símbolo es el falo, no deriva de la diferencia anatómica de los sexos, sino que constituye una metáfora que sirve para explicar que el ser humano, hombre o mujer, debe inscribirse forzosamente en el que es **su único ambiente natural, el lenguaje; es decir, logra inscribirse en la cadena significativa**, lo cual implica estar en falta y motiva al sujeto a buscar el objeto perdido (Objeto A) que le fue arrebatado por el padre. Esta operación también implica estar en constante ansiedad y angustia por esa falta (metafóricamente hablando), y así se constituye el **ser neurótico**.



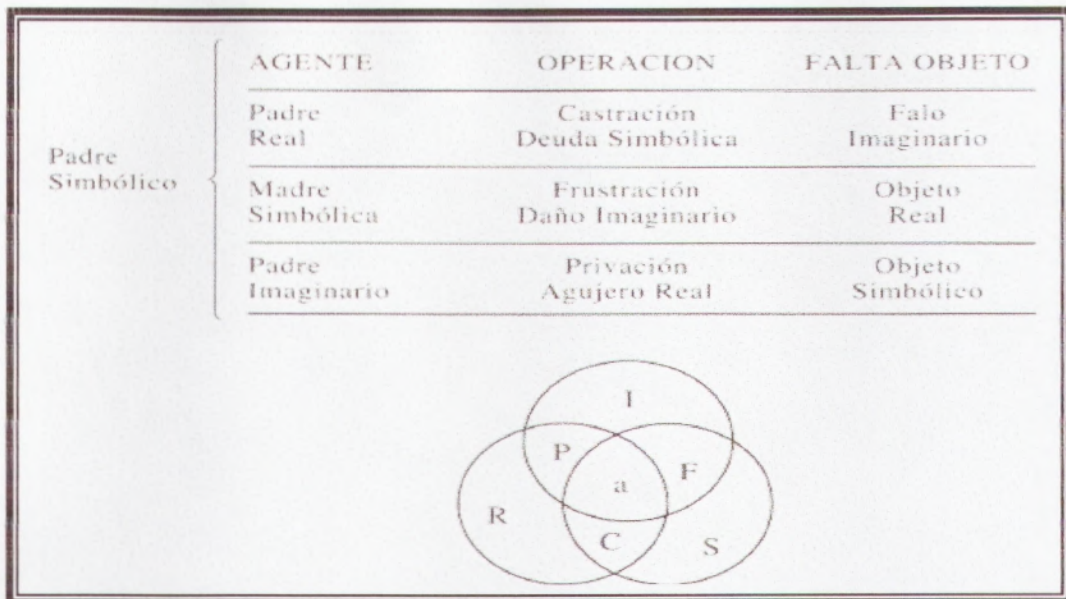
Por último es preciso indicar que si el **falo** (ϕ) es un significante, el sujeto no podrá tener acceso a él sino a través del Otro. Aquí es importante tener en cuenta que el significante fálico (significante de la falta y del deseo) al provenir del Otro, marca a ese Otro como sujeto a la falta y al deseo.

El significante fálico es la marca del deseo. Que el Otro desee (cualquier cosa, no importa aquí más que la función de desear) supone su **incompletud**, su **limitación, la pérdida de su omnipotencia**, en definitiva su **castración** (!). Esto es lo que afirma Freud cuando sostiene la castración materna como fundamental para la estructuración subjetiva del hijo, al final de su texto de 1923, *La organización genital infantil*.

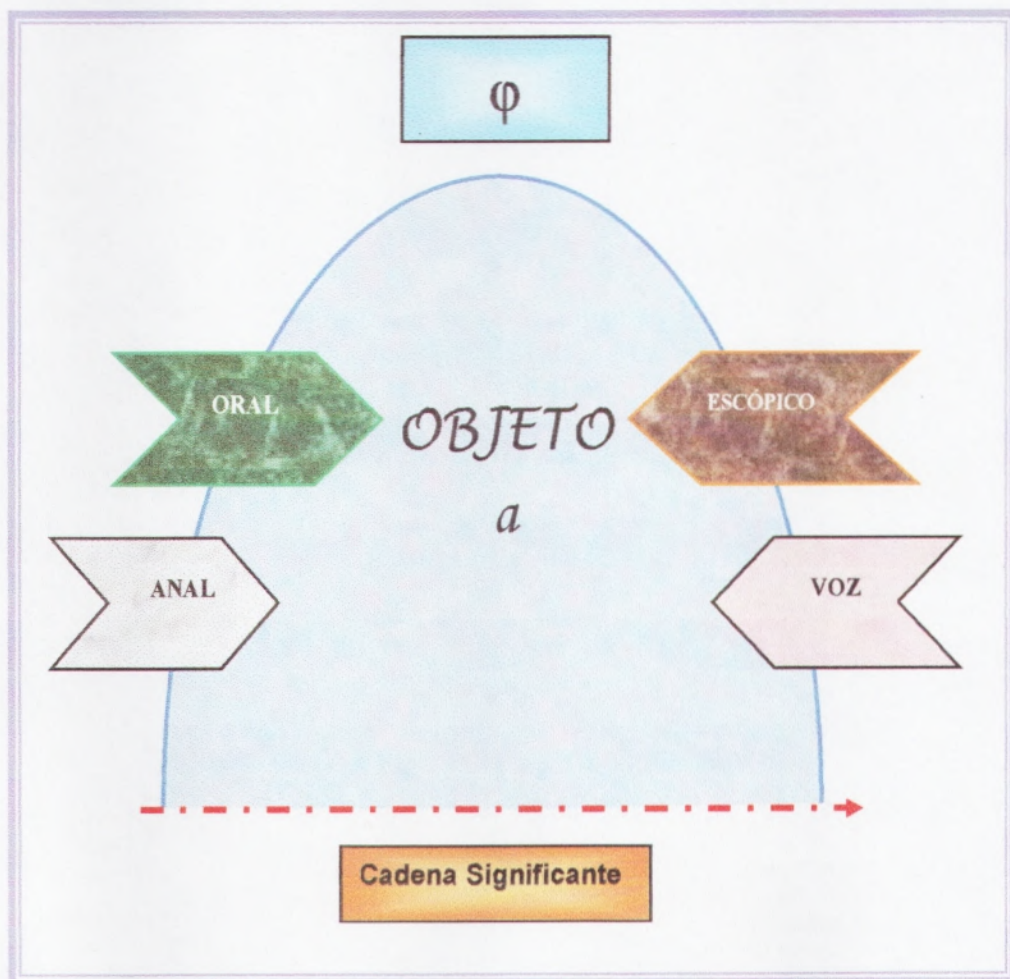
En conclusión, Lacan distingue el **falo imaginario** del **falo simbólico**. El primero es la designación en la teoría de la imagen por la cual el sujeto se representa a sí mismo como no faltándole nada, es lo que completa la falta. Podemos ejemplificar esto con el sujeto que imaginariza que se completa teniendo un auto, un título... algo que expanda su narcisismo.

Por su parte, el **falo simbólico** no es una imagen sino el significante de la falta, por ello puede ser sustituido por otra cosa que lo represente. Se lo puede tener, perder, dar, recibir... es sustituible. Esta idea de que el falo pueda desplazarse de un significante a otro, ya fue introducida por Freud en las equivalencias simbólicas entre pene-hijo-regalo-dinero (en *Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal* de 1917).

La significación del falo se inscribe en lo imaginario del sujeto por la metáfora paterna. Fórmula de la metáfora o de la sustitución significante, metáfora del Nombre-del-Padre, metáfora que sustituye este Nombre en el lugar primeramente simbolizado por la operación de la ausencia de la madre.



Si se pudiera decir, diríamos: Dime qué fantasma tienes y te diré qué principio de realidad tienes, dime cuál es el soporte de tu deseo ($\$ \langle a \rangle$) y te diré cuál es tu realidad. En tanto la fórmula del fantasma es la fórmula del deseo y es el deseo el que habla en nosotros. El fantasma es el camino, la vía hacia lo real. La Cosa es lo real.



Los **Objetos** α_1 son objetos parciales y separables; existen 4 modos o elementos de objeto a y uno que no corresponde a dicho objeto (el objeto fálico).

- **Objeto Oral.-** Es aquel objeto que no ha alcanzado una simbolización, es decir, no ha entrado a una articulación simbólica y por lo tanto no ha entrado a lo imaginario. El no comer implica un “no comer nada” por ejemplo: rechazar el pecho de vía madre, lo cual implica que si acepta el pecho no accede al deseo, en cambio si lo rechaza, accedería al deseo.
- **Objeto anal.-** Es el primer objeto simbólico. Se caracteriza porque se acepta cierto tipo de intercambio, es decir, que algo se cede, es en término de lo cedible (el sujeto cede el excremento). Este objeto anal constituye el primer objeto en el orden de la representación (como la deuda del obsesivo).
- **Objeto escópico (mirada).-** Va a existir una diferencia entre visión y mirada. La visión tiene que ver con la “visura”, es decir, con la función de la visión (ligado a lo orgánico), con el uso que le damos a nuestros ojos. Esto nos introduce en el campo del Goce. Los elementos de la visión se llaman señuelos los cuales son elementos distractorios (nos distraen).
¿Por qué la mirada no es la visión? En la mirada se habla de una FASCINACIÓN, nos quedamos fascinados mirando algo; los elementos que nos fascinan no tienen una función de placer sino de Goce (fascinación desde el orden del Goce), por ejemplo el voyeurismo. La mirada en el campo de la Neurosis está ligada a una Escena.
- **Objeto voz.-** Tiene relación con el Súper Yo, el objeto voz es uno de los componentes del Súper Yo. Es lo que nos habla desde adentro, lo que nos indica lo que se debe y lo que no se debe hacer. El súper Yo es un nombre perverso del padre.
Al igual que en el objeto escópico, aquí se debe hacer una diferenciación entre lo sonoro y la fonación.

Lo sonoro corresponde a sonidos inarticulados y sin sentido; la fonación, corresponde a los fonemas ligados a una significación. En la voz, cuando se trata de decir o comunicar algo, siempre queda un resto, algo inacabado.

- **Objeto fálico.**- No corresponde al Objeto a. El objeto fálico es IMAGINARIO, es el resultado de un ordenamiento simbólico. Si no se da ese ordenamiento simbólico, no se da ese objeto fálico como imaginario; es decir, hubo una operación del falo simbólico, en la medida que hubo esta operación es que podemos hablar de Fóbico o castrado en el plano de lo imaginario.

Los Objetos a (oral, anal, escópico, voz) siempre se ubican como causa del Deseo. Estos objetos siempre presionan para un retorno y la manera como quieren retornar incide en el Deseo, en el sujeto como deseante (Neurosis). En la Neurosis el ir y venir de los objetos siempre se va a dar.

La **pulsión** es un concepto límite entre lo físico y lo psíquico postulado por Sigmund Freud. Supone una exigencia demanda de acción por parte de una parte del cuerpo (física) a la mente (aparato psíquico). Sus elementos son Empuje, Meta, Fuente y Objeto.

En "*Pulsiones y sus destinos*" (1914), Freud nos dice que, las pulsiones se encuentran "compuestas" de:

1. Una **fuerza**, que es la zona del cuerpo desde donde brota la pulsión (boca, ano).
2. Un **empuje**: que es la magnitud de excitación puesta en juego por el movimiento pulsional, su "carga".
3. Un **objeto**: que es aquello hacia donde se dirige el movimiento pulsional y que tiene un carácter extremadamente variable.
4. Un **fin o meta**: constituido por la satisfacción, que siempre se realiza y que sucede en la propia fuente, en un movimiento de retorno.

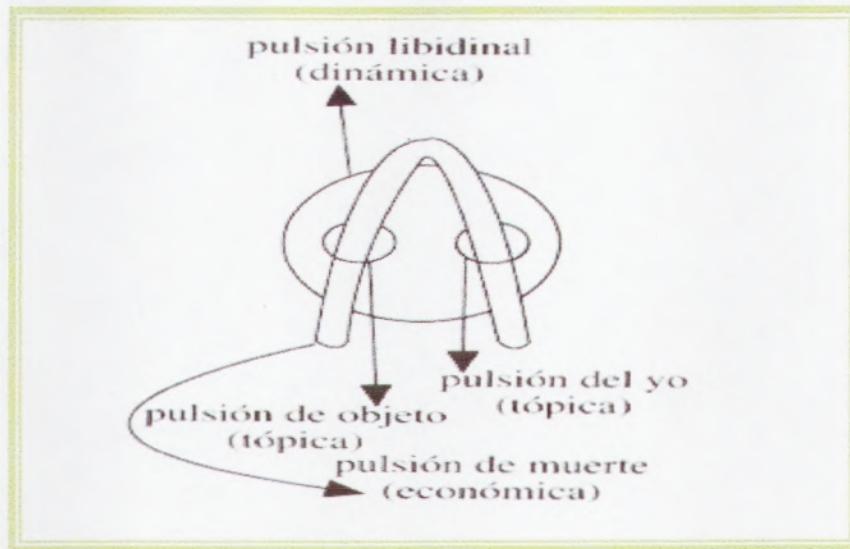
Repartidas en una serie de zonas erógenas, las pulsiones recorren, por una exigencia de trabajo para la vida psíquica, un trayecto que, desplazándose en torno al objeto, alcanzan, finalmente, la satisfacción parcial, en la misma fuente. La **libido** es un concepto relacionado pero diferente. Es la "energía sexual" del aparato psíquico. Esta puede estar en el "Yo" o ser catexizada en un "objeto".

Entonces, los componentes esenciales de la pulsión, fuente, exigencia de trabajo, objeto, fin, nos lleva a hacer una **diferencia con el concepto de instinto**: la pulsión no posee un objeto predeterminado por la naturaleza, sino que este es cambiante y esto nos permite hablar de los destinos de la pulsión. Su finalidad es la satisfacción, mientras que el instinto sirve a alguna finalidad útil para la supervivencia o reproducción de la especie; es decir, el instinto puede ser satisfecho con cualquier objeto (Ej.: un perro tiene hambre y come lo primero que ve). En cambio la pulsión, al estar originada en un deseo, su objeto es específico (Ej.: tengo hambre, quiero comer un caramelo, y solo tengo ganas de comer eso). Más tarde Lacan dirá que el ser humano tiene deseo y no necesidad porque ha sido atravesado por el lenguaje, pero ese ya es otro tema.

Por lo tanto, podemos decir que, la cualidad de la pulsión es la de poder cambiar de fin y objeto psicológicamente, por no estar determinada de forma innata, sino gozar de una plasticidad e indeterminación que le posibilitarán una estructuración humana que la haga capaz de alcanzar la meta real, pero corriendo, al mismo tiempo, el riesgo de posibles fijaciones o desviaciones.

En el ámbito de la psicopatología es la prueba más fiel de que, este empuje pulsional en búsqueda de la satisfacción, puede entrar en contradicción con el placer o el bien del individuo, incluso hasta el punto de comprometer su existencia. Los ejemplos de esta verdad freudiana, es la anorexia o las toxicomanías.

Freud habla de libido del yo y libido de objeto a nivel tópico y de pulsiones libidinales a nivel dinámico, siendo a nivel económico tanto las pulsiones del yo como las pulsiones de objeto, pulsión de muerte. La pulsión de muerte incide sobre la vida y sobre el sexo.



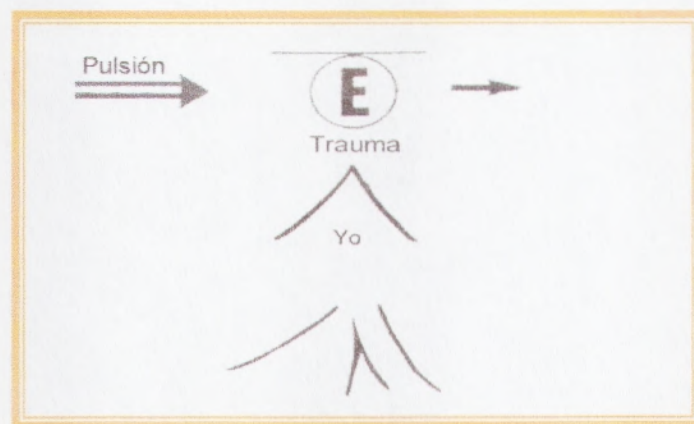
- ⇒ **Pulsión Libidinal.**- es dinámica porque constituye los conflictos que sustentan energicamente las mociones pulsionales.
- ⇒ **Pulsión de Objeto y del Yo.**- Es tópica porque hacen referencia a los lugares que ocupan en el aparato psíquico. Las pulsiones yoicas corresponden a pulsiones de autoconservación. Las pulsiones objetales oral, anal, escópica.
- ⇒ **Pulsión de muerte (tanatos).**- Económica porque se refiere a la energía psíquica que ellas aportan.

A manera de síntesis, en la **neurosis se reprime la significación primordial**, reservándose entonces el término utilizado por Freud característico de la estructuración neurótica **Verdrängung (Represión)**. Esta estructura esta basada en la inscripción de la función significante como punto de origen. La neurosis es una estructura cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil y son la lucha permanente entre los deseos y las defensas de esa persona.

En este punto es necesario aclarar que el psicoanálisis plantea diferenciar la estructura perversa de los rasgos perversos en la neurosis.

Freud destaca que los factores que determinan la **posibilidad de curación** están en relación con la magnitud de aquello que ha enfermado, y son: el valor del trauma, la fuerza pulsional en juego y el estado del yo.

Si lo pensamos un momento, veremos que estos factores son justamente los elementos que componen lo que actualmente se llama una estructura psicopatológica. Se expondrá de este modo:



La corriente pulsional, en determinado momento, se encuentra con el yo, pero con un yo que está formado por identificaciones y que, además, tiene una función inhibitoria.

Este yo tiene un encuentro con la pulsión, y en ese punto de encuentro entre la corriente pulsional del sujeto y el yo es que se forma la estructura.

Luego vendrán, a partir de este punto, otras situaciones que lo completan, como las defensas, el carácter. Si entendemos estructuralmente estos factores, la pulsión, el trauma, y el yo, y si los tomamos en la cura, estaremos en condiciones de garantizar hasta donde sea posible la no repetición de la enfermedad después de la cura.

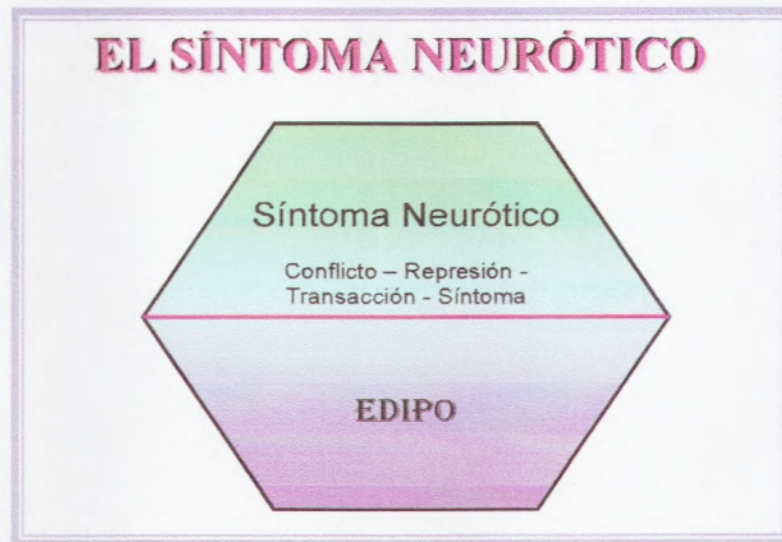
El objetivo de la cura puede expresarse entonces como un develamiento o descubrimiento de la estructura del sujeto, es decir, del trauma, de sus mecanismos defensivos característicos, del tipo de ansiedad presentes, etc. con la aproximación al registro de la verdad material; de la pulsión, con el agregado de la verdad histórica, la fantasía y del yo, esto es, del carácter identificador del yo tanto como del estado de su función inhibitoria.

Por estas razones, en toda práctica clínica es importante tener presente los criterios de curación, los cuales constituyen los más fieles y acertados indicadores de que ese proceso se está realizando o se ha realizado. Así, por ejemplo, tenemos a los criterios clásicos de ausencia de síntomas, vida sexual satisfactoria, buenas relaciones interpersonales, capacidad de trabajo, posibilidades de sublimación o dicho de otro modo, de creatividad.

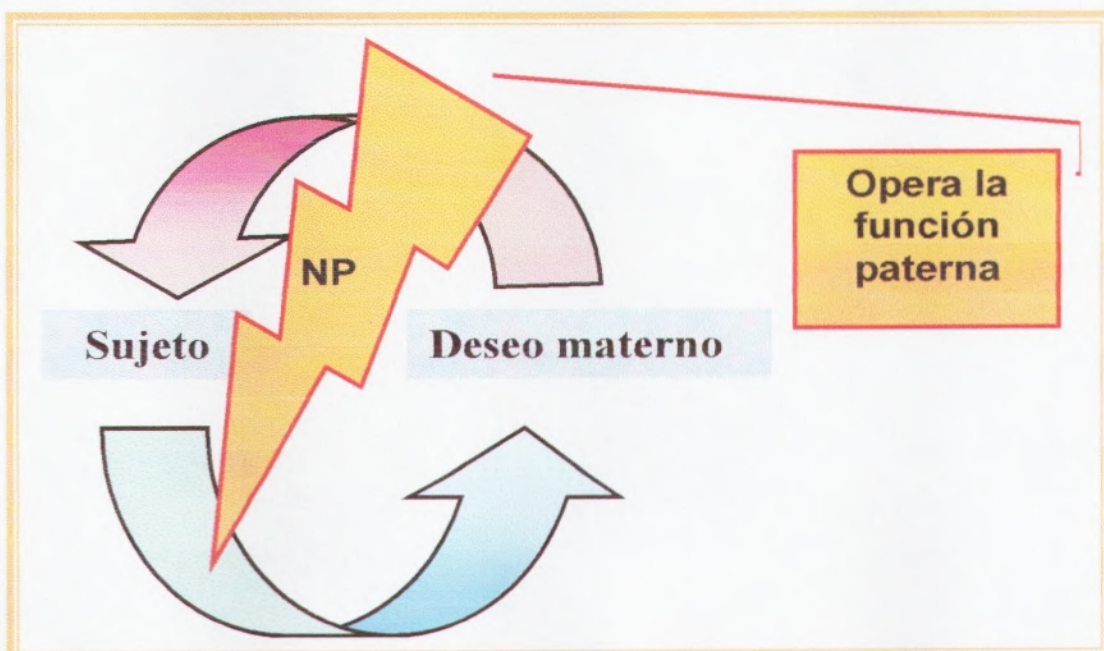
Estos criterios son en general aceptados; salvaguardando la razonable crítica de que varios de ellos pueden ser pasibles o susceptibles de distorsión ideológica por el paciente, y en el ámbito de la cultura en que vive. Para sentar nuestro propio punto de vista al respecto cabe recordar la definición de salud que dimos al comienzo, como un estado conflictivo, bajo control del yo. Pero todos éstos son criterios de curación que ocurren fuera del contexto del proceso terapéutico, son una consecuencia del mismo.

Ciñéndonos al ámbito freudiano, debemos mencionar, en el sentido de estos posibles criterios del proceso, los siguientes: el soñar, pero también el asociar al respecto; la emergencia de recuerdos que traen la historia y vencen la amnesia infantil; el asociar, con lo que implica de lenguaje que lleva al insight, cuya presencia o ausencia, por otra parte, es también un criterio de curación, y que produce la recirculación de los afectos. Se ha señalado también la evolución del diálogo psicoanalítico.

Finalmente, mediante estos registros clínicos del proceso terapéutico, cimentados en un aprendizaje, se puede lograr que el sujeto se acople, entienda su problemática mediante la comprensión de las dificultades, permitiendo un mayor grado de madurez, flexibilidad, asumiendo las responsabilidades propias, y finalmente desarrollándose en una forma más libre y congruente de funcionar que creemos que está en la dirección de las ideas de Freud sobre dicho proceso, que, como se sabe, no están unívocamente expresadas, sino dispersas en algunos artículos técnicos y clínicos.



OPERACIÓN DE LA METÁFORA PATERNA

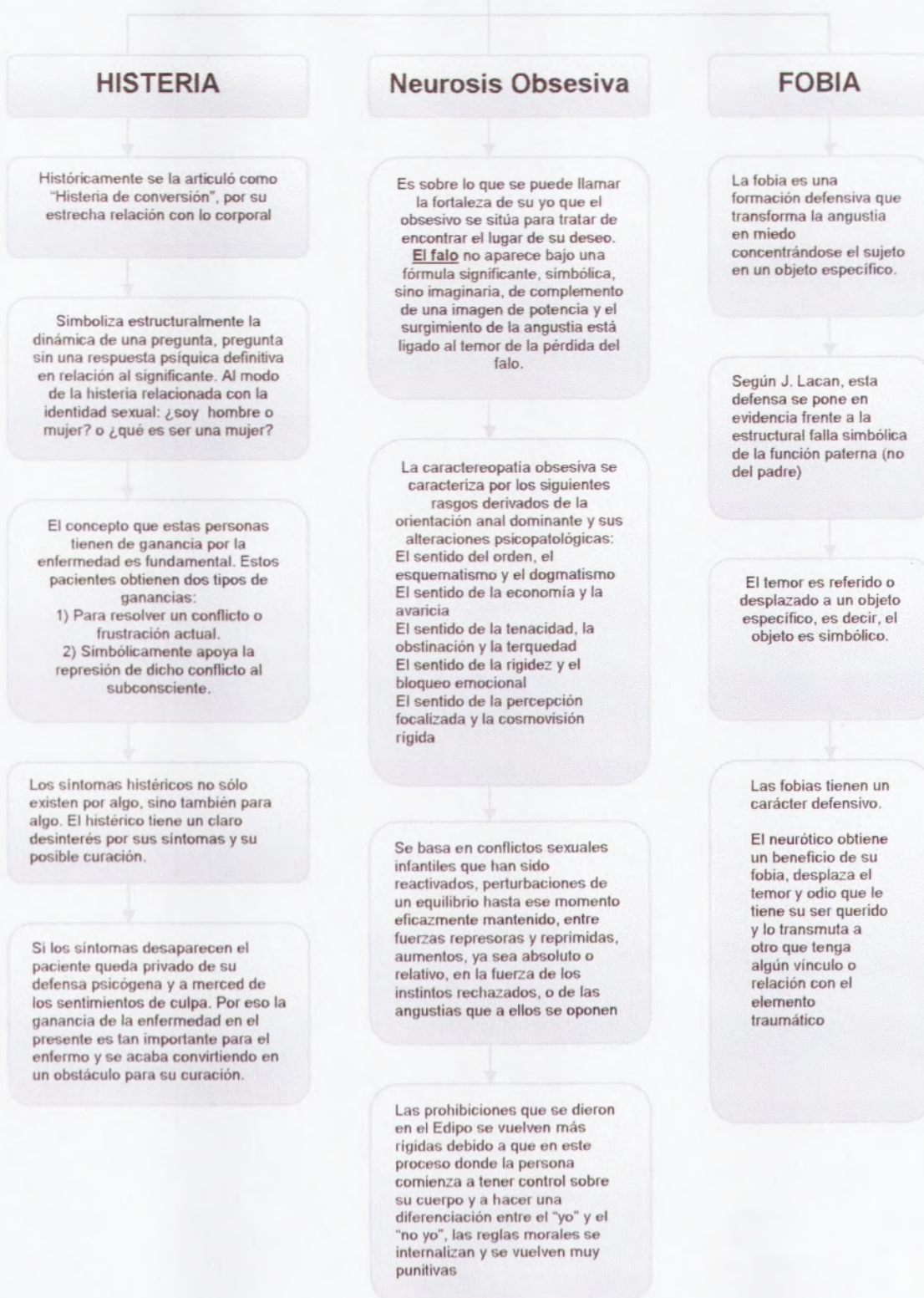




NEUROSIS

La manera de ubicarse en la neurosis depende del posicionamiento subjetivo devenido a partir de la inscripción simbólica del significante fálico.

Modos de posicionamiento



2.3. Psicosis

En la **psicosis** existe una negación o forclusión de la función del Nombre Del Padre (ausencia), no se instaura la ley, existe pura pulsión. El sujeto se encuentra identificado al objeto (madre), es decir, se mantiene el cuadro simbiótico ya que no opera el corte, entonces el sujeto se ve como “una parte de la madre”; constituye su objeto.

En la psicosis no hay falta, no hay vacíos. En conclusión, al no existir la metáfora paterna, en la cadena significativa no se instaura el sujeto ya que éste se encuentra en el cuerpo de la madre; el sujeto se convierte en el objeto Goce de la madre. Si no hay inscripción del Nombre del Padre se da una negación al acceso de los aprendizajes, es decir, no hay acceso a lo simbólico, está fuera del discurso, de la significación.



La diferencia entre el yo y los objetos implica la sanidad de la percepción, y con ella el acceso al registro de la temporalidad, con la consiguiente ubicación del sujeto en su momento del ciclo vital.

Para la **psicosis** el término utilizado es Verwerfung (Forclusión), a diferencia de la **neurosis donde se reprime la significación**, en este caso **se la expulsa del aparato psíquico**.

No hay instauración del deseo del Otro sino de un goce, y a esto se suma la ausencia de El Nombre del Padre. Constituye una condición mental severa caracterizada por la pérdida de contacto con la realidad. Es decir al no operarse el mecanismo de castración no se transfiere al mundo de lo simbólico, ni en la cadena significante sino que queda atrapado en el cuerpo del deseo (objeto del deseo de la madre). Normalmente son trastornos crónicos y pueden presentarse con sintomatología grave y muy disfuncional.

Las funciones yoicas están destruidas (no funcionan a nivel consciente), se manejan bajo el principio del placer, viven un mundo irreal o fantasioso (alucinaciones auditivas, táctiles y sensoriales). Por lo tanto, deben ser medicados.

En la práctica pudimos constatar que el mayor número de casos abordados presentaban síntomas neuróticos, por lo tanto, nuestro estudio se enfocará en el análisis de dicha estructura.

Además cabe señalar que en estos casos, la psicoterapia sólo es útil para los pacientes que han entrado en remisión.

PSICOSIS

Constituye un grupo de trastornos del comportamiento, el juicio y la percepción, en los cuales la persona parece perder el contacto con la realidad. Normalmente son trastornos crónicos y pueden presentarse con sintomatología grave y muy disfuncional. Las funciones yoicas están destruidas (no funcionan a nivel consciente), se manejan bajo el principio del placer, viven un mundo irreal o fantasioso (alucinaciones auditivas, táctiles y sensoriales). Deben ser medicados.

CARACTERÍSTICAS

- El Yo se encuentra supeditado al Ello (inconsciente, es pura pulsión) y se retira de un fragmento de la realidad.
- El Yo se desprende de la realidad (Pérdida de la realidad). Pero esto sucede no por querer poner límites al Ello (como sucede en la neurosis) sino por la creación de una realidad nueva (desmiente la realidad y la sustituye).
- Tiene como tarea armarse de nuevas percepciones que corresponde a su nueva realidad por vía de la alucinación.
- Las nuevas formas psíquicas (espejismos de recuerdo, formaciones delirantes, alucinaciones) son altamente penosas y angustiantes.
- No hay inscripción de la metáfora paterna.
- Queda instalado en el cuerpo de la madre, no accede al deseo.
- No hay falta, es puro goce, debido a que nunca existió la inscripción de la ley, no hubo vacío ya que no se rompe la alienación con el otro, al no existir vacío entonces no se accede al deseo.
- Se maneja bajo el principio del placer debido a que no existen los diques pulsionales (pudor, rubor y asco); es decir, se vive de la pura pulsión, sin restricciones.
- Desórdenes del pensamiento
- La emoción es exhibida de manera anormal (cambios en el afecto)
- Excitación extrema (manía)
- Depresión maniaca
- Mirada distorsionada de la vida. Creencias equivocadas ver, oír, o de lo contrario percibir cosas que no están presentes (alucinaciones)
-

Diferencia con el psicópata

Los psicópatas tienen emociones muy particulares marcadas por la explotación insensible hacia los demás (falta de sentimientos de culpa), incapacidad para relacionarse, ausencia de nerviosismo y vergüenza, es marcado su egocentrismo e incapacidad para amar, gran pobreza de reacciones afectivas básicas, la temeridad y el escrúpulo. Su base es orgánica: presentan anomalías a nivel de la amígdala cerebelosa (centro de emociones): tienen un incremento de la amígdala. No existe la consciencia moral. Grados de perversión y goce ante la calamidad, agonía o perturbación del otro. Capacidad retentiva para narrar hechos perturbadores; son conscientes de lo que hacen, no sufren de pérdida de la realidad, sus funciones yoicas no se encuentran destruidas.

El psicoanálisis divide la psicosis en paranoia, esquizofrenia y melancolía

Paranoia

Freud incluye en la paranoia el delirio de persecución, la erotomanía, el delirio de grandezas y el delirio celotípico.

Esquizofrenia

Presenta los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral

Maníaco Depresiva

Depresión mayor (melancolía). Como rasgo característico se puede manifestar la alternancia con un posicionamiento maniaco, situación que muestra semejanzas con lo denominado por la psicología y la psiquiatría como "Trastorno bipolar"

3.4. Perversión

Para la **perversión** el término utilizado por Freud es *Verleugnung* (renegación), aquí la significación del significante primordial se mantiene, pero no se deja de renegar contra ella. Así el perverso queda capturado en el deseo de la madre.

En términos psicoanalíticos, la perversión se caracteriza porque el sujeto cree en la castración pero a la vez se reniega de ella, es decir se sabe conscientemente de la falta estructural que remite simbólicamente a la envidia fálica, aunque en rigor nada le falte.

Lo que ocurre es una manera particular de significar el hecho evitando la angustia. Así la significación de la ley se mantiene, porque la madre (funcional) del perverso no es una madre fuera de la ley, sino que es una **madre fálica**, porque el perverso mantiene en el horizonte una madre referida a la significación paterna, de otro modo se hablaría de psicosis.

En la perversión el discurso materno es el representante o intermediario (significante paterno) pero no interviene de manera significativa más que fallidamente.

El deseo del sujeto constituye la identificación con el objeto imaginario de ese deseo (el deseo del deseo de la madre). Es decir, lo que desea la madre es un objeto imaginario (el falo) y el sujeto quiere identificarse con ese objeto materno.

CUADRO RESUMEN CLASIFICACIÓN DE ESTRUCTURAS CLÍNICAS

ESTRUCTURAS			
Criterios	NEUROSIS	PERVERCIÓN	PSICOSIS
Identidad del yo	Presente	Presente	Ausente
Juicio de realidad	Mantenido	Mantenido, pero con alteraciones	Ausente
Defensas	Avanzadas	Primitivas	Primitivas
Trastornos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obsesivo compulsivo ➤ Masoquista depresivo ➤ Histérico ➤ Fóbico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Egosintónica (está contento de serlo, alardea de su conducta perversa). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paranoia ➤ Esquizofrenia ➤ Maníaco Depresiva
Metáfora paterna	Opera la Metáfora Paterna, se instaura o introyecta la ley.	Se produce una desmentida de la operación del Nombre del Padre.	No opera, hay forclusión del NP.
El Objeto	Es simbólico (falo)	Imaginario	Real (Goce)

3. MODOS DE POSICIONAMIENTO EN LA NEUROSIS (INSTANCIAS NEURÓTICAS)

Dentro del campo de la Salud Mental destacan una amplia gama de manifestaciones conductuales y emocionales en niños y adolescentes que, de no ser reconocidas oportunamente, podrían ser fuente de conflicto en la familia, en la escuela y, en general, en toda la comunidad. Los modernos programas de atención a estas situaciones requieren de la participación de equipos integrados por especialistas diversos (médicos, psicólogos clínicos y psiquiatras), quienes pueden enriquecer la comprensión de estas conductas y proponer adecuadas estrategias de resolución. Este trabajo se propone aportar información actualizada sobre los principales problemas emocionales.

Si bien las etapas evolutivas tanto de la niñez como de la adolescencia hoy en día no pueden durar medio siglo, sin embargo, su impacto puede durar para toda la vida. De hecho, para muchos individuos, las experiencias de los años infantiles y de adolescencia no sólo modelan y colorean lo que les sucederá, sino que en gran medida lo determina. Para estos individuos, los mundos internos de conflicto e imaginación están fuertemente adheridos a las constelaciones psicológicas de la infanto-adolescencia y, en un sentido muy real, no se han movido mucho, si es que se han movido algo, más allá de las mismas, es decir más allá de los conflictos, recuerdos, momentos críticos y resoluciones a las que llegaron durante esa fase vital.

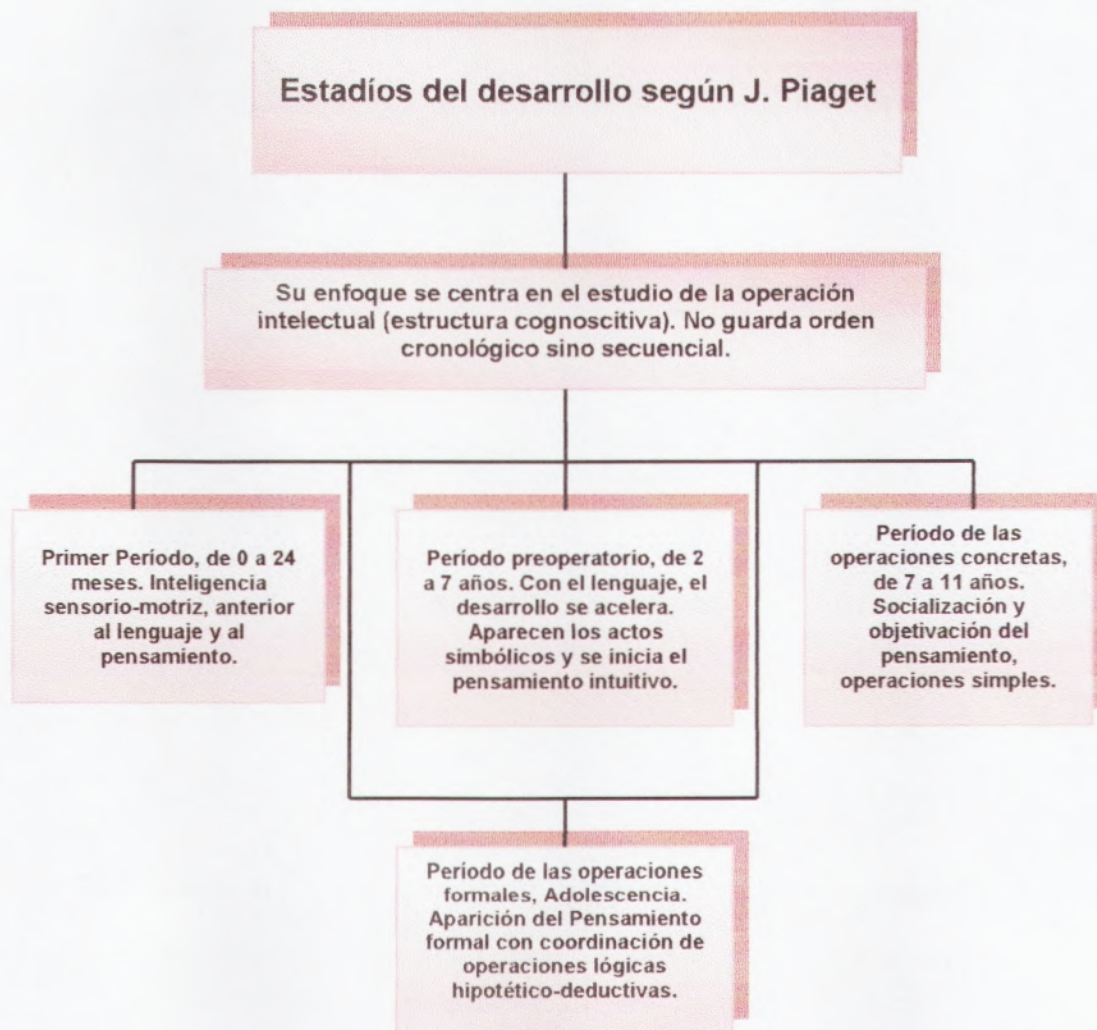
Para muchos individuos, estas soluciones son tan influyentes y perdurables que merecen no sólo un lugar más central en nuestra comprensión del desarrollo y sus vicisitudes, sino una designación, un término, propio. Por lo que vale, hemos llegado a pensar en estas soluciones duraderas a los conflictos infanto-adolescentes, con las que todos vivimos en mayor o menor medida, como *neurosis infantil y neurosis adolescente*.

3.1. Neurosis infantil.

Desarrollo psíquico infantil

El niño es un ser en evolución permanente, con grandes cambios que se operan en tiempos cortos. El desarrollo afectivo se realiza en la interrelación del niño con su ambiente, especialmente el humano (desde la vida intrauterina está unido íntimamente con la madre, con la que intercambia elementos vitales). Poco a poco se estructuran, se incorporan y hacen propios, emociones y sentimientos. Puede existir daño por carencia o por exceso.

El desarrollo infantil ha sido objeto de diversos estudios con variada orientación y según la doctrina psicológica de cada autor. Intentaremos un esquema descriptivo en concordancia con las escuelas de psicología más conocidas: la de J. Piaget, H. Wallon y la psicoanalítica de S. Freud.



Estadios del desarrollo según H. Wallon

Este autor orienta sus estudios al proceso de socialización

Primer estadio. Impulsivo puro, de 0 a 6 meses. De actividad motora refleja, conducta refleja ante los diferentes estímulos.

Segundo estadio. Emocional, de 6 a 12 meses. Aparece la simbiosis afectiva, hay necesidad de afecto, de compartir emociones.

Tercer estadio. Sensorio motor, de 1 a 2 años. Hay orientación hacia los objetos. La marcha y el lenguaje contribuyen al desarrollo.

Cuarto estadio. Proyectivo, de 2 a 3 años. La acción estimuladora lleva al niño a la necesidad de proyectarse a las cosas para percibirse a sí mismo.

Quinto estadio. Personalismo, de 3 a 11 ó 12 años. Se llega a la conciencia del Yo. Con la escolaridad entra en la fase de personalidad polivalente.

Valor funcional de la adolescencia. Donde prima la afectividad y hay acceso a los valores sociales.

Estadios del desarrollo libidinal según el psicoanálisis de S. Freud

El psicoanálisis valora el funcionamiento psíquico, da importancia al inconsciente y a los impulsos sexuales en forma dinámica. Distingue los siguientes estadios o fases:

Fase oral, de 0 a 2 años. El niño obtiene placer a través de la excitación bucal, succionando primero y mordiéndolo después.

Fase sádico-anal, de 2 a 3 años. La organización de la libido va unida a la retención y evacuación de orina y heces, y a la destrucción de objetos ambivalencia.

Fase fálica, de 3 a 5 años. Las zonas erógenas son los órganos genitales. La tensión se descarga por la masturbación. En esta fase se desarrolla el Complejo de Edipo, deseos amorosos y hostiles del niño hacia el padre del sexo opuesto y del mismo sexo respectivamente.

Fase de latencia, con disminución de la intensidad de los impulsos, permitiendo el paso a otros intereses (culturales).

Fase genital. El impulso sexual se centra en la zona genital. Reaparecen las tendencias desplazadas, el joven trata de desligarse de los padres convirtiéndose gradualmente en adulto.

Integración de los tres enfoques

Partiendo de un punto común, el estudio ontogenético de la personalidad, la integración de los tres enfoques organiza la observación clínica y permite observar los siguientes pasos evolutivos distribuidos en el ciclo vital:

- ⇒ En el niño de 0 a 12 meses, la afectividad consiste en reacciones emocionales como respuesta de un psiquismo de control precario. El bebé reacciona con ansiedad cuando el medio lo frustra. Las emociones de risa, satisfacción, distensión, son indicadores de seguridad, como la primera sonrisa ante la madre al 3° mes. La angustia al 8° mes, ante el extraño, es señal de inseguridad.
- ⇒ Durante el primer año, las reacciones emocionales están ligadas a la presencia de la madre. Entre el primer y tercer año se adquieren el lenguaje y la marcha, que lo llevan a explorar el mundo; las respuestas emocionales se tornan más adaptadas y variadas. Se hacen adquisiciones psicomotoras y se estructuran lazos afectivos. El niño tiende a independizarse. También en este período ocurre el aprendizaje del control esfinteriano. La conducta del niño dependerá en gran parte de la actitud de los adultos. El Yo va configurándose dentro de un mundo del cual el niño forma parte.
- ⇒ Entre los 3 y 6 años, período pre-escolar, la relación se establece entre varias personas: madre-padre-hermanos-otros. El niño va accediendo a su propia identidad, toma conciencia de las diferencias sexuales anatómicas y se inicia la sociabilidad.
- ⇒ Alrededor de los 7 años se logra la lateralización definitiva de ojo, mano y pie dominantes. El niño puede ser diestro, zurdo o ambidiestro, con lateralización total o cruzada. La relación con otros niños, inicialmente de rivalidad, se dirige progresivamente hacia el compañerismo y la participación.

- ⇒ Entre los 6 a 11 años, el niño se orienta hacia el mundo que lo rodea (extra familiar), se acelera el desarrollo de la socialización y la disciplina. Es la etapa escolar que favorece la influencia cultural, facilitada por la acción pedagógica y los contactos sociales. El pensamiento va tornándose más lógico y racional.
- ⇒ De los 11 a los 13 años, período puberal, con cambios psicofísicos notables, el carácter va estructurándose, adaptándose el comportamiento a la realidad. Empieza el control del mundo interior.
- ⇒ Hacia el 14º año comienza la adolescencia. Los desarrollos físico, psicomotor, intelectual y afectivo, cursan paralelamente. Las observaciones de la evolución somática y psicomotora son tan importantes que, particularmente al principio de la vida, pueden tener valor pronóstico y diagnóstico.
- ⇒ La adolescencia, es la etapa final de la edad evolutiva, considerando como tal el lapso comprendido entre el nacimiento y la adquisición de la estabilidad somática y psicológica propio del adulto. Dos procesos ocurren en ella, el crecimiento de la masa corporal con la configuración sexual definitiva, y el desarrollo de la personalidad; en ambos intervienen factores endógenos, genéticos y fisiológicos, así como exógenos, provenientes de la familia, el medio y la cultura.

La antropología nos dice que las culturas primitivas carecen de adolescentes, pues cuando el individuo alcanza cierta edad, pasa a integrar el grupo de adultos. Muchos jóvenes, sobre todo de países subdesarrollados y del estrato socioeconómico inferior, deben afrontar, desde la adolescencia, responsabilidades de adulto, bien sea por la ausencia de éstos en el hogar o por precariedad de recursos, enfrentando un mundo agresivo y alienante y sin los elementos básicos formativos.

En la adolescencia se distinguen teóricamente tres períodos: la adolescencia temprana, que comprende el promedio de 10 a 15 años; la adolescencia intermedia, de los 13 a los 18 años; y la adolescencia avanzada, de los 16 a los 21 años; siendo siempre más precoz en la mujer. Cada uno de estos períodos tiene expresividades propias en las áreas del pensamiento, sexualidad, socialización, esquema corporal y conducta.

La adolescencia sigue siendo un tema de palpitante actualidad, pues ella es, si cabe el término, un producto cultural, integrado por una constante psicodinámica universal y con variables de dimensiones ecológicas e históricas. Todo se inicia en la pubertad con una verdadera crisis fisiológica. En esta etapa se desencadenan los conflictos y los desajustes de conducta.

El adolescente comienza a experimentar sus necesidades propias, a sentirse dueño de sus derechos (situación lógica en un ser que completa su evolución para adquirir un estado definitivo); nacen las amistades, la integración con grupos afines (afinidad muchas veces imaginada por la necesidad de conseguir apoyo para afirmar la propia personalidad); descubre la naturaleza, la cultura, la sociedad, el sexo y el amor. Su curiosidad infinita y su instinto exploratorio lo arrastran a todos los campos del conocimiento. De la calidad y cantidad de sus contactos dependerá su personalidad adulta.

Normalmente, en el adolescente encontramos: la búsqueda de sí mismo y de su identidad, su tendencia a agruparse, la necesidad de intelectualizar y fantasear, la crisis religiosa, vocacional y existencial, su desubicación temporal, su evolución sexual, su actividad social reivindicatoria, las contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de su conducta, la separación progresiva de sus progenitores y las constantes fluctuaciones de su afectividad.

Exploración del psiquismo en el niño.

Debe realizarse por medio de la entrevista, en primer lugar con los padres, luego con el niño.

Cuando se trata de adolescentes puede prescindirse de la información paterna (no siempre) con el propósito de obtener la información pertinente. La entrevista implica la observación directa durante períodos variables.

Debe evaluarse: las conductas problema (quejas), el desarrollo global, la historia familiar, tanto en su organización y dinámica como en sus indicadores de patología; y, especialmente, lo que significa la conducta del niño para los padres.

Al niño debe explorársele aparte, tratando de romper las barreras de la inhibición. Una buena técnica es a través del juego y del dibujo libre, para después llegar al diálogo directo cuando el lenguaje del niño lo permita. Si el problema tiene relación con la vida escolar, debe establecerse comunicación con los profesores; cuando tenga relación con la salud física, la comunicación se hará con el pediatra. Todo esto con el conocimiento y consentimiento de los padres. Se tendrá siempre en cuenta el secreto profesional. Aislamiento, silencio, no interrupción, deben ser normas a cumplir estrictamente en la consulta.

Prevención de psicopatología infantil

El desarrollo de cada individuo se va estableciendo a partir de ciertos ejes los cuales implica la adquisición de nuevos comportamientos que permiten establecer un continuo en el desarrollo que lleva desde un estado de dependencia a una independencia.

Según Anna Freud estas líneas de desarrollo pueden ser utilizadas como criterios de evaluación aunque no se limita a una edad o etapa sino al continuo que el individuo debe hacer.

La independencia objetal, partiendo de la relación objetal primaria (madre) hasta las relaciones objetales adultas, la cual marca la capacidad que tiene un niño para defenderse sin la madre y establecer nuevas relaciones objetales.

La independencia corporal se marca cuando el niño es capaz de reconocer y diferenciar sus propias sensaciones internas. Va desde la lactancia hasta la alimentación racional y desde la incontinencia hasta el control de esfínteres implicando una identidad corporal. El manejo del espacio y del lenguaje principalmente establece una independencia social la cual se inicia con el juego hasta el trabajo permitiendo una identidad social.

Presentar estos ejes o líneas de desarrollo trae implícitos aspectos biológicos, sociales, genéticos, constitucionales y ambientales no solo del mundo interno individual que es cada niño, sino también se debe tomar en consideración el rol de la madre (o sustituta) que cuida el niño junto con su ambiente familiar, social y cultural; lo que supone que cada niño posee un método individual y único para hacer frente a la experiencia interna o externa de su propio desarrollo.

Pero existen también los criterios que permiten establecer la presencia de trastornos del desarrollo desde una perspectiva psicopatológica, la cual deberá partir de la relación niño-madre-entorno, con énfasis en el niño y las posibles alteraciones de su desarrollo.

Los ejes de desarrollo establecen normas evolutivas y es que el criterio principal de anormalidad es que la conducta persiste más allá de la edad en que es usual, es decir, que resulta inapropiada para la edad y situación del sujeto, se desata con demasiada facilidad y no se trata de un fenómeno evolutivo pasajero.

La psicopatología infantil como rama de la psicología que investiga en forma sistemática las condiciones mentales anormales, parte de que el niño es un ser en continua evolución por lo tanto el enfoque de la psicopatología no puede darse sino a través del desarrollo, el cual se inicia desde la concepción, pero teniendo en cuenta lo extenso y profundo del tema, me limitaré a situaciones que pueden ser vivida en un jardín infantil.

La neurosis infantil (síntomas neuróticos).

Una vez explicado de manera breve los aspectos normativos de la edad evolutiva, pasaremos ahora a centrarnos en la temática de la neurosis infantil.

Uno de los aspectos importantes que debe manejar el psicólogo clínico es la noción de *neurosis infantil*. Si bien se trata de un término abstracto y, en ciertos aspectos, bastante difícil de manejar, la idea de la neurosis infantil tiene valor, puesto que pone de relieve no sólo los conflictos concretos experimentados por un niño determinado, sino también el enorme impacto que el modo en que el niño los resuelve; es decir, las formaciones de compromiso que forja mientras emerge del período edípico- tiene en el resto de su vida.

Una buena relación de objeto, entendida como posibilidad de relación libre y lúdica del individuo con su mundo interno y con el externo, es la premisa para un desarrollo psicológico sano; todo aquello que empuja al niño a alejarse del objeto por considerarlo malo o peligroso puede inducir a la enfermedad mental.

Partiendo de la definición de neurosis: "Enfermedad menor de la organización de la personalidad, cuyos síntomas simbolizan los conflictos inconscientes del individuo y sus defensas contra la angustia"; cabe preguntarnos **¿se puede hablar de neurosis infantil?**

El diagnóstico de neurosis implica un yo constituido y coherente, por lo tanto la respuesta a la pregunta anterior debe partir de que la etapa infantil se caracteriza, precisamente, por su plasticidad y fluidez. Actualmente la ampliación de los estudios clínicos del niño y su desarrollo permiten afirmar la presencia de síntomas neuróticos en la infancia, más no de neurosis.

Estos síntomas están relacionados con los problemas que pueden plantearse al niño desde el tercer año, de su vida, en la edificación de su yo, con motivo de una situación conflictiva en su hogar y a veces con disposiciones constitucionales. Un "yo" débil, una relación ambivalente con sus padres y pares producen inseguridad y angustia.

El síntoma neurótico es una forma de defensa contra esa angustia, constituye un compromiso que permite al niño obtener ciertas satisfacciones: retener a su madre cerca de él regresar a un estadio inferior etc.; lo cual le ayuda a soportar su ansiedad.

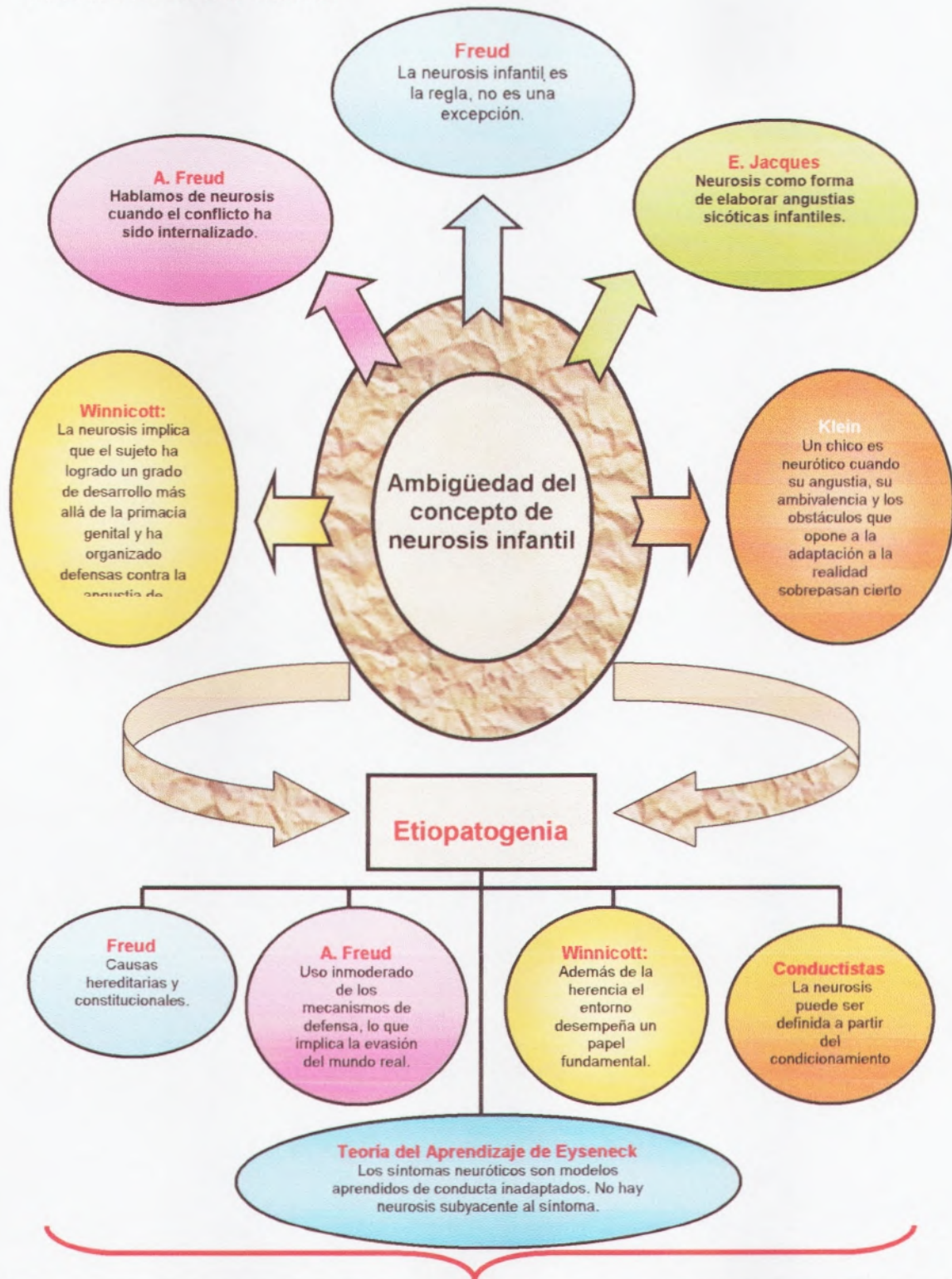
De esta manera, considerando el interesante problema de la neurosis en la edad evolutiva, es necesario dejar bien sentado que en el niño, por las características intrínsecas y típicas de su edad, no se puede hablar de neurosis, sino de síntomas neuróticos, que se traducen en una gran variedad de conductas y comportamientos psicopatológicos que no suponen sin embargo una organización mental ya estructurada, aunque, sin las oportunas medidas, pueden evolucionar en dicho sentido.

La clasificación clásica de la neurosis del adulto, introducida por Sigmund Freud, en neurosis histérica, neurosis fóbica y neurosis obsesiva, no halla correspondencia en el ámbito pediátrico, porque el funcionamiento mental del niño no ha permitido aún las interiorizaciones de la relación objetal sin las cuales no tiene sentido hablar de neurosis.

En la edad evolutiva, el síntoma psíquico, sea cual sea, expresa un malestar o un trastorno en la relación con la madre, con personajes significativos o con el ambiente exterior, no obstante, se halla íntimamente ligado al conflicto como compromiso temporal y reversible; es una defensa útil pero débil; es una detención en el crecimiento psicológico que sirve para encontrar soluciones de adaptación mejores y más acordes a las necesidades continuamente cambiantes.

Se considera, por tanto, que el proceso de maduración del niño debe pasar necesariamente por momentos más o menos largos y agudos de neurosis, que constituyen la regla más que la excepción, donde la movilidad y la plasticidad del síntoma están en función del crecimiento del niño y de los remodelamientos de los instintos, pulsiones y libido (impulsos) característicos de cada fase evolutiva.

Signos constantes son la ansiedad, angustia y la depresión, que representan las neurosis típicas de la infancia, en las que la ansiedad constituye un intento de superación del peligro, mientras que la depresión equivale a renunciar y a encerrarse en uno mismo.



Según la actitud que se adopte, la neurosis puede ser considerada como un simple síntoma o complejo de síntomas, sea como una fase del desarrollo, sea como un proceso.

Si el niño presenta una buena estructuración utilizará mente y cuerpo para crecer y construir su identidad; por el contrario, en los casos de relación de objeto alterada se produce un mal funcionamiento del cuerpo (enfermedad psicosomática) o una distorsión en el funcionamiento de la mente (neurosis y, en su forma más grave, psicosis).

En la página anterior se hizo hincapié en el hecho de que el cuadro neurótico en edad evolutiva es enormemente variable y polimorfo porque pueden coexistir varios síntomas sin que ninguno de ellos presente caracteres específicos que permitan establecer un diagnóstico. Cabe añadir además que la multiplicidad de síntomas puede atribuirse a dinámicas psicológicas de difícil interpretación porque están ligados a los procesos de maduración específicos de la edad de desarrollo y no a la problemática neurótica real.

Evolución de los síntomas neuróticos en la infancia.

Los psicoanalistas dicen que no es el síntoma el que hace a la neurosis sino el tipo particular de organización de la personalidad. Para Ana Freud la neurosis desaparece si el empuje hacia adelante de la libido impide la fijación y la regresión. El diagnóstico y pronóstico no puede hacerse más que en función del periodo evolutivo del niño.

Además el valor de un signo neurótico en el niño puede ser valorado solo refiriéndonos a su historia, al sentido que cobra en la organización de su personalidad.

Tratamiento de la neurosis infantil.

Los síntomas neuróticos forman parte de la evolución del niño, lo que importa es determinar hasta que punto se estructuran para permanecer y para reaparecer (fobia, histeria, obsesiones).

Los tratamientos ensayados son de tipo psicoanalítico, psicoterapia de apoyo, insight, cognitivo conductual. En algunos casos puede ser necesario una terapia medicamentosa y terapias con técnicas de descondicionamiento.

Prevención de las sintomatologías neuróticas en el infante.

La simple descripción sintomática no nos da ninguna orientación pronóstica.

El valor de un síntoma neurótico solo puede ser tenido en cuenta en relación con su biografía, en el sentido que adquiere en el conjunto de la organización de la personalidad.

La ansiedad y angustia como signos importantes de la neurosis en el niño

La ansiedad es parte de la respuesta ante el estrés natural que la vida cotidiana conlleva, pues más allá de la salud psicosomática en general que una persona posea, es normal que en algunos tramos de su diario vivir experimente algún nivel de ansiedad.

Es importante diferenciar estos dos términos, ansiedad y angustia que muchas veces se usan como si fueran sinónimos, y si bien hay un punto de contacto entre ambos, hay también diferencias.

A diferencia de la ansiedad que está más ligada a lo preconscious/consciente, y por ende una persona puede darse cuenta de que es lo que le genera ansiedad, en los estados de angustia las cosas en juego no es tan clara, y más que la reacción ligada a una situación particular, el estado de angustia tiene más de histórico que de cotidiano y sus raíces son más inconscientes, así en la angustia el afecto en juego es de un miedo sin objeto sin causa identificable.

La angustia por tanto, hace entonces su aparición en circunstancias diversas que van desde la más estricta normalidad a aquellas más ligadas a la psicopatología. La angustia aparece ante cualquier hecho personal o interpersonal que la persona vivencia como amenaza a su identidad o de agresión a su Yo personal.

Hay un sentimiento de angustia lógico y normal entonces que sucede en situaciones de estrés vital tales como accidentes, enfermedades propias o de personas significativas del sujeto, la pérdida de empleo, etc.

Fuera de estas situaciones es decir cuando surge sin una causa adecuada, es decir, no como fisiológica preparación o respuesta ante una situación de emergencia, y si además persiste en ausencia de cualquier razón consciente que la justifique se convertirá en patológica.

Estados de angustia

Para una mayor comprensión caracterizamos algunos aspectos particulares de la angustia desde el plano psicosomático:

El sujeto experimenta nerviosismo acentuado, preocupación, temor sin poder especificar exactamente a que, un sentimiento penoso de malestar moral, sentimientos de indefensión que anuncia la fragilidad de un Yo que se siente amenazado. Todo parece preocuparle y si esta situación no se resuelve progresivamente esta situación repercutirá en su rendimiento laboral. Es extremadamente irritable, los ruidos le sobresaltan, respecto a la actitud prospectiva (hacia el futuro) le cuesta posicionarse con claridad frente a el, por ello se le dificulta pensar a mediano y largo plazo.

En muchos casos el pensar respecto al mismo le genera un sentimiento de presión y agobio. El interés o participación social disminuye. El mal humor y la susceptibilidad del carácter están casi siempre presentes lo cual afecta la calidad de sus vínculos interpersonales. Le cuesta dormirse o si lo hace suele despertarse a mitad de la noche, a veces se suman pesadillas. Cuando se levanta experimenta la sensación de no haber dormido lo suficiente, se levanta más cansado que cuando se acostó si esto no logra resolverse puede provocar en lo somático una sensación de fatiga crónica, que podríamos decir es parte física de ese sentimiento de agobio y opresión en lo psicológico que lo invade. Físicamente , hay la persona manifiesta dolor en el pecho, "como si se le hiciera un nudo en el estomago", que siente como que se ahoga, "que algo le oprime la garganta", taquicardia; deseos de llorar y no poder, hipertensión o hipotensión, astenia, disnea, sequedad de boca, náuseas, vómitos, trastornos de la función sexual, etc.

La **angustia** es una reacción que pertenece a los seres humanos, que puede ser adaptativa, favorecedora del rendimiento y la motivación. La angustia patológica, por otro lado, inhibe el rendimiento, es desproporcionada con respecto a los acontecimientos con los que está relacionada o, incluso, aparece como un estado de aprehensión y miedo en ausencia de circunstancias peligrosas.

Ontogénesis de la angustia.

- + Behavioristas: la angustia es hereditaria: el miedo pertenece a la naturaleza original y hereditaria del hombre.

- + Freud: es normal considerar que la angustia en el niño responde a una predisposición hereditaria innata.
Toda angustia es angustia de castración; es decir temor a que el niño quede con vacío de significante al operar la metáfora paterna de introyección de la ley y romper el vínculo simbiótico madre-hijo.

- + Spitz: plantea estadios del desarrollo de la angustia:
 1. Difícilmente se pueda hablar de angustia verdadera.
 2. Alrededor de los 6 meses aparece la reacción de miedo.
 3. Entre los 6-8 meses el niño comienza a distinguir el rostro amigo del extraño y aparecen fenómenos de angustia propiamente dichos.

Manifestaciones de la angustia

Es evidente que estados de incomodidad o de malestar forman parte de una reactividad normal del niño.

Trastornos que están en relación con la angustia:

- + *Reacciones de angustia episódica*: crisis de ansiedad de una duración variable.
- + *Reacciones de angustia aguda*: crisis que sobreviven varias veces al día
- + *Fondo de angustia crónica*: estado de inquietud y de terror permanente (insomnio, falta de apetito, trastornos digestivos, respiratorios, etc.)

- ✦ *Hipocondría*: quejas por el mal funcionamiento del cuerpo (identificación con los padres= ganancia secundaria).

Estados de ansiedad

En el caso de los estados de ansiedad, sobre todo si son leves, la sintomatología es también menor, principalmente en lo psicológico la ansiedad se expresa, por sentimientos de impaciencia, preocupación, nerviosismo, inquietud un leve cambio de humor, la persona puede hablar con mayor celeridad, a veces puede haber verbosidad (hablar demasiado y sin mucha pausa).

Tipos de estados de ansiedad.

- ✦ *Ansiedad depresiva*, la que implica pérdidas o carencias afectivas
- ✦ *Ansiedad paranoide* porque el paciente proyecta aspectos negativos como por ejemplo el autoritarismo, egoísmo, etc.
- ✦ *Ansiedad confusional*, la cual es una mezcla de dos tipos de ansiedades: *ansiedad depresiva* y la *ansiedad paranoide*.

Así tenemos que:

La *ansiedad* se refiere, conceptualmente al temor del sujeto sin que este tenga pleno conocimiento de su causa. Se manifiesta a través de ciertas formas de expresión, tales como falta de concentración, inquietud, tristeza ligera, apatía o aparente indiferencia.

La *angustia* es una forma más exagerada de la ansiedad y en ésta hay cambios fisiológicos que pueden consistir en la presentación de palpitations, sudoración, palidez, dificultad en la respiración, opresión en el pecho, dolores de cabeza, estómago y vientre.

Las causas más frecuentes de estos estados son:

- ✦ Las situaciones atemorizantes ocasionadas por hechos concretos como explosiones, ataques de animales, escenas terroríficas (peleas, asesinatos,

asaltos, incendios, inundaciones, etc.), separación de los padres, operaciones quirúrgicas, muerte de un familiar, accidentes (caídas, quemaduras, shock eléctrico, heridas) gráficas o acciones violentas presentadas por la prensa, cine o la televisión.

- + Ambientes hogareños tensos llenos de frecuentes actos violentos. Padres con intensos conflictos neuróticos pueden contagiar la angustia a los niños.
- + Cuando no hay motivos concretos el factor desencadenante en el niño es un conflicto interno al sentirse por ejemplo, rechazado o poco querido, el miedo a castigos frecuentes, inestabilidad emocional por factores intrafamiliares o externos (ingreso al jardín).
- + La sobreprotección materna que busca el apego del niño a ella ocasionando ansiedad en él.
- + La elaboración mental creada por el adulto o por tradiciones populares tales como “el loco que se lleva los niños”, “la bruja” etc.
- + La parte positiva es el temor que crea el adulto en los niños ante los vehículos, al fuego o las aguas profundas, a el hecho de atravesar solos las calles.
- + El miedo y la angustia también puede ser una conducta aprendida cuando los niños observan personas adultas haciendo escenas de pánico frente a animales como ratones o cucarachas, a la oscuridad, a los truenos, a las noticias sobre robos, asaltos, etc.

La prevención de los estados, de ansiedad y angustia estará dada principalmente por un ambiente de seguridad afectiva y tranquilidad hogareña. El estímulo constante a la seguridad y confianza en sí mismo. Fomentando y alabando los intentos de superación a los temores y no burlarse de los fracasos en tal sentido.

En el jardín se puede dar al niño la libertad para que experimente por sus propios medios o iniciativa con los elementos que le han motivado el temor. Por ejemplo si es a los animales se deben buscar mecanismos para que poco a poco vayan acercándose, le den alimentos, etc., sin que exista ningún tipo de obligación o fuerza.

En síntesis, la distinción entre ansiedad y angustia, que son expresiones equivalentes, tal vez podríamos decir que la ansiedad está muy mediatizada por la aprehensión, la preocupación y la anticipación, y que la angustia es más física, más drástica y aguda.

Ansiedad de separación

La ansiedad de separación hace referencia a un estadio del desarrollo infantil en el que los niños sienten ansiedad cuando se separan de su cuidador principal (generalmente la madre). Esta fase suele comenzar aproximadamente a los 8 meses de edad y durar hasta los 14 meses.

En un niño de esta edad, la negativa a separarse de su madre o padre significa que ha desarrollado un vínculo afectivo con esa persona y está empezando a entender que cada objeto o persona del ambiente es diferente a él o ella y permanente. No obstante, aún no comprende lo que es el tiempo, de modo que no saben con seguridad si su madre o padre va a volver, o cuándo volverá, o si ha desaparecido para siempre. Por tanto, a esta edad, los niños se sienten atrapados entre el deseo de explorar el mundo por sí mismos y la necesidad de permanecer a salvo junto a sus padres.

Antes de los 8 meses de edad, el mundo es tan nuevo para los niños, que apenas son capaces de diferenciar lo que es peligroso de lo que no lo es, de manera que las nuevas situaciones, experiencias o personas no les asustan. Durante el desarrollo normal, esta etapa inicial les permite establecer una familiaridad con sus ambientes. Tras esta fase, la falta de familiaridad suele producir temor debido a que el niño es ya capaz de darse cuenta de que sucede algo inusual.

Los niños reconocen a sus padres como las personas familiares con quienes se sienten seguros. Cuando se separan de sus padres, sobre todo lejos de casa, se sienten inseguros y amenazados.

Así pues, la ansiedad de separación es una fase normal del desarrollo humano. Ayuda a los niños a aprender cómo manejar su ambiente y sirve para mantenerlos seguros. Suele terminar hacia los 14 meses de edad, cuando los niños empiezan a entender que los padres siguen existiendo aunque ellos no puedan verlos y que van a volver más tarde. Por tanto, a esta edad es cuando los niños empiezan a querer ser más autónomos y explorar el ambiente que los rodea con más libertad. Son capaces de separarse de sus padres y estar varias horas lejos de ellos, porque han aprendido que los padres siguen estando ahí y volverán a verlos pronto. Ya han desarrollado una sensación de seguridad en su ambiente y son capaces de confiar en otras personas además de sus padres.

Aunque la ansiedad de separación es normal entre los niños más pequeños, puede ser un trastorno emocional cuando sucede en niños de más de 18 meses de edad. En estos casos recibe el nombre de trastorno de ansiedad de separación. Para que sea considerado como tal, los síntomas deben causar un gran malestar y afectar la vida social, académica u otras áreas y durar al menos un mes. Incluso aunque un niño haya superado esta fase de ansiedad de separación, no es raro que vuelva a aparecer en periodos de estrés. Además, muchos niños experimentan cierta ansiedad de separación en situaciones nuevas, por ejemplo, si está en un hospital sin los padres cerca.

Síntomas de la ansiedad de separación

- Sucede entre los 8 y los 14 meses de edad.
- El niño/a siente un malestar especial cuando es separado de su principal cuidador (habitualmente la madre).
- Le preocupa que pueda sucederle algo malo a su madre o perderla.
- Se niega a ir a sitios por miedo a la separación.

- Se niega a irse a dormir si la madre no está cerca.
- Tiene pesadillas.
- Quejas de malestar físico repetidas.

3.1.1. Síntomas neuróticos en el niño: Fobia, Obsesiones e Histeria.

A) Aspectos clínicos de la fobia.

Las fobias del niño están ligadas a un temor injustificado, teniendo como consecuencia una inhibición en el campo de la acción y, a menudo, la representación.

Diferentes objetos fobigenos:

- ✓ Miedo a la acción exterior para elementos insólitos.
- ✓ Miedo a elementos naturales.
- ✓ Fobia a animales.
- ✓ Miedo a personas irreales.
- ✓ Temor al ataque personal/corporal.
- ✓ Miedo a la suciedad, a la enfermedad, al contagio.
- ✓ Temor a la oscuridad, etc.

¿Cuándo el miedo es patológico?

- Cuando los peligros reales no son tales para provocar tal efecto.
- Cuando hay relación entre el miedo actual y una experiencia pasada traumatizante.
- Repetición de la angustia cuando el niño se encuentra con el objeto fobigenos.

Comportamiento del niño fóbico.

Cuando se encuentra con el objeto fobigeno puede presentar verdaderas reacciones de miedo o bien utilizar mecanismos de evitación, el niño reacciona con la huida. La búsqueda de un objeto antifobigeno puede aparecersele como una solución.

Mecanismos de la organización fóbica.

⇒ Freud: ejemplo, caso Hans.

- *Contenido reprimido*: ser castrado por el padre/Deseo hacia la madre.
- *Contenido desplazado (proyección o desplazamiento)*: ser mordido por el caballo.

⇒ Lacan: El padre interviene como padre simbólico, es decir, el padre existe; la incidencia de este padre simbólico se encuentra atenuado en la fobia porque se mantiene la prevalencia de la metonimia del falo materno. Este padre no logra alcanzar la plenitud simbólica (no va a lograr sacar al niño del todo con respecto a la madre; pero como si está en función, el significante paterno logrará sacar al hijo de la psicosis; **falo imaginario** que va a regir al sujeto. **En la fobia no se habla de falo simbólico debido a que éste se encuentra atenuado porque hay prevalencia del falo materno imaginario y se presenta metonimizado (desplazamiento) bajo la forma del objeto fóbico.**

⇒ Klein: es más que un temor a la castración, representa a la persistencia de una angustia primitiva que cohabita con sus versiones ulteriores modificadas.

⇒ Freud: Parecen ligadas a disposiciones innatas y explican la debilidad del yo inmaduro.

⇒ Behavioristas: Fobia como reacciones de ansiedad (miedo) condicionadas. La conducta neurótica se aprende y en consecuencia debería ser justificable su desaprendizaje. La desaparición del síntoma haría desaparecer la enfermedad.

Evolución y Tratamiento.

Desde el punto de vista evolutivo se sabe que gran número de fobias se curan espontáneamente con la evolución del niño.

Las fobias pueden proceder a la aparición de una neurosis obsesiva y pueden ser el primer signo de psicosis infantil. Es indispensable una psicoterapia.

Los behavioristas emplean técnicas de descondicionamiento.

Diagnóstico y algunas consideraciones teóricas de la fobia a partir de un caso clínico.

Para Lacan la fobia es como una plataforma giratoria; un momento anterior donde se puede elegir una estructura clínica. Freud considera la Neurosis fóbica como la neurosis tipo del niño, "no hay niño sin fobia". Lacan dirá que el deseo fóbico es un deseo prevenido. El objeto fóbico funciona como señal de que hay un deseo del Otro que se acerca. Los miedos a los objetos fóbicos, son maneras de protegerse de la angustia suscitada por el deseo del Otro. La fobia permite pasar de dicha angustia al miedo real por los objetos fóbicos. A partir de la fobia el niño encuentra limitaciones en el mundo.

La fobia es un miedo para tratar la angustia a través del miedo. A partir de la fobia a esos animales, que como los significantes tienen diversos significados, el mundo aparece punteado, hay puntos peligrosos que dibujan un campo transitable y otro no. La fobia introduce en el mundo una estructura, un interior y un exterior; y supliendo al significante simbólico del padre, efectúa límites, propone umbrales infranqueables.

La fobia constituye una angustia a la castración. El objeto fóbico proporciona seguridad al sujeto. Los objetos fóbicos son objetos metonímicos, en la medida en que pueden tener significados múltiples pueden representar varias cosas, varios personajes, tienen exactamente la función de un significante con un poder polisémico. Por ser un significante cumple la función metafórica o sustitutiva, el límite de la angustia donde el sujeto se pierde queda sustituido por un miedo localizado. *Por ejemplo, en el caso Pablito: la abeja representa a la madre (picadura como devoración), a él mismo en su deseo de matar al padre. Existe un desplazamiento de la picadura al pinchazo de la anestesia, de una navaja, del pene (placer de la erección).*

Lo que angustia al sujeto es la falta en la madre, es decir, la presencia en ella de un deseo irrepresentable, sin límite, ni nombre, en el que el sujeto se perdería a menos que le pueda dar un nombre.

Cuando eso que viene a nombrar el deseo de la madre, el Nombre del Padre, no encuentra una forma de encarnarse en un padre efectivo, es otro nombre el del significante fóbico el que viene a hacer sus veces, Pero no todo lo que es angustia queda reabsorbido y transformado en la fobia, queda un residuo no reabsorbible por el significante que es el objeto a, objeto irrepresentable, residuo presente en toda representación, que es el objeto de la angustia.

Es importante para un niño que la madre no sea toda de él, es necesario que permanezca mujer en la medida en que tiene una falta, un deseo fuera del niño DM/x. La función que Lacan da del Nombre del Padre es ésta, que la madre no sea toda para el niño. Cuando algo de esa función del Nombre del Padre falla es el síntoma el que tiene que sustituir a la función del padre.

El síntoma es fundamentalmente un mensaje dirigido a un Otro. Como formación del inconsciente es un nudo de significantes que encierran una significación. Hay una diferencia entre la identificación del niño al síntoma y la identificación del niño al objeto. Cuando la identificación del niño es al síntoma representa la verdad de la pareja y ocupa la posición del síntoma; evocaría la relación del síntoma al deseo.

Miller dirá: "cuando el síntoma del niño se deduce de la articulación de la pareja padre-madre es que está plenamente articulado a la metáfora paterna". La metáfora paterna remite a una división del deseo que impone que en este orden del deseo el objeto niño no sea todo para el sujeto materno, sino que la madre desee más allá del niño DM/x.

Cuando el síntoma del niño resulta de la subjetividad de la madre, ahí el niño es interesado directamente como correlativo de un fantasma. Lacan dirá: "si no tiene mediación de la función paterna, deja el niño abierto a todas las maneras de ser presa del fantasma". Se convierte en objeto de la madre, y no le queda otra función que la de revelar la verdad de ese objeto. Puede dar lugar a un síntoma propiamente analítico, por ejemplo un síntoma fóbico.

El síntoma fóbico apunta a una decisión del sujeto a la hora de dejarse sobornar o no por el fantasma materno. En este sentido es estructurante, si se tratará de una identificación total el niño sería psicótico.

En el caso nuestro, Pablo es el falo imaginario de su madre, lo que la colma su deseo. Es el sustituto de lo que la falta; es tomado en su totalidad como una metonimia de su deseo de falo que no tiene y no podrá tener nunca. Esta relación con la madre es angustiosa para él por lo que es necesario que aparezcan objetos fóbicos que hagan las veces de Nombre del Padre, para reducir la angustia y transformarla en miedo.

"Si hasta entonces Juanito jugaba con ser el falo deseado por la madre, el falo imaginario, ahora el niño ha de advertir que este elemento imaginario tiene valor simbólico, y esto es impensable para él" (Lacan. Seminario IV); se encuentra con que no hay nada para metaforizar sus relaciones con su madre.

El Nombre del Padre hace aparecer una significación del Deseo de la madre, algo le falta a la madre y sólo el padre puede dárselo, el falo. Este Nombre del Padre está inscrito en la fobia, pero con ciertas fallas. En la fobia se reclama el sostén del Padre Simbólico que castra, y de lo que se trata es de encontrar una suplencia para este padre que no castra.

El miedo a la castración toma una expresión disfrazada a través de la fobia (picadura de la abeja...) por no haber castración simbólica. Pablo lo que busca es una manera de poder soportar su pene real porque precisamente no estaba amenazado (posibilidad de perderlo y de recuperarlo), y todo su esfuerzo es para restituir una situación estructurada.

La fobia de Pablo se produce cuando debe integrar lo real de su genitalidad y no tiene elementos simbólicos para ello. Para que un sujeto alcance la madurez genital ha de haber sido castrado simbólicamente. La castración afecta al falo imaginario, dejar de ser el falo deseado por la madre.

Pablo, ante la pregunta "¿qué es un hombre?", sólo obtiene respuestas imaginarias, busca identificaciones imaginarias de poder y fortaleza por no encontrar respuestas a nivel simbólico por la falla del Nombre del Padre.

¿Qué se espera de un análisis con niños?

1. Pasar de ser un síntoma para los padres a tener un síntoma analítico, por ejemplo la fobia. Lacan dirá que el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar.
2. Hay en el niño un límite en cuanto a su posición de goce, en tanto falta el encuentro con el Otro sexo, este encuentro es incalculable.
3. El final de análisis con niños es muy discutido, algunos autores piensan que no se puede teorizar en términos de construcción de fantasma, mientras que otros opinan que sí lo que permitiría al niño según la versión de objeto de que disponga en ese momento, poder separarse del goce de la madre. Se trata de que el analista se asegure de que el niño ha conseguido localizar el goce mediante una ficción que le permita responder a la pregunta sobre el goce de la madre, sobre el goce de la mujer.

En el fin de análisis con niños se deben anudar estructuralmente la castración, el deseo materno y la función del padre en la posición sexuada del sujeto. El fantasma en el niño se define como realidad sexual, esto es, un goce significado en el anudamiento de lo simbólico y lo imaginario.

El fantasma permite la realización sexual del sujeto, el objeto como partenaire sexual. La sexualidad infantil en el niño es un hecho analizable, y es en todo determinante de la forma que adopte en el adulto la satisfacción sexual, el modo en que aborde su goce. En los fantasmas infantiles advertimos la omnipotencia del falo que ayuda a proteger el falicismo materno, por ejemplo la teoría del nacimiento anal a la concepción oral muestran las huellas de una pulsión, el modo en que la pulsión se acopla a la función del falo.

Es diferente la causalidad del síntoma en la infancia y en la del adulto. En la infancia Freud nos habla de una angustia real vinculada a la caída de potencia de la función paterna o de lo que hace las veces de Nombre del Padre. Mientras que en el adulto el síntoma se erige en el lugar de la angustia, señal de que la estabilización del deseo en el fantasma ha sido conmovida.

Hay dos elementos en el significante fóbico:

1. El valor positivo del síntoma, puesto a trabajar promete la simbolización y hace que el niño este obligado a desplazarse en el significante alrededor del cristal significativo de su fobia bajo una forma mítica para soportar el padre simbólico. Este desplazamiento le lleva a encontrar en la calle, en la vida objetos que den cuerpo a esos significantes.
2. En el caso de Pablo, la abeja como significante opera ligando la angustia a un objeto de la realidad; el miedo hace cesar lo insoportable de esa angustia, la angustia del deseo del Otro imposible de desconocer cuando sólo está cubierta por el objeto fóbico y no se tiene el hilo que permite establecer el fantasma como deseo del Otro.

La neurosis infantil sería el tiempo lógico de comprender, de construcción del fantasma, quedando a la espera de verificar lo real en juego de la castración. Ese real no vuelve a surgir sino cuando el sujeto encuentre de nuevo ese otro sexo, ya no como evocación de la amenaza de castración -como se trataba en un primer encuentro, es decir estar frente a la diferencia de los sexos- sino como revelador de esa unión imposible, de esa exclusión irrevocable, definitiva que marca cada sujeto en relación al sexo al que él pertenece.

Pablo desde las primeras entrevistas me sitúa en "el sujeto supuesto saber". Su madre le ha explicado que va a ir a una psicóloga que le va a quitar sus miedos. Según avanzan las sesiones él tiene la seguridad de que yo sé y entiendo sus miedos. Encuentra en las sesiones un lugar donde estos son

tomados en serio a diferencia de su madre que los considera "tonterías". Me otorga una capacidad adivinatoria en lo que le sucede por lo que deposita en mí toda su confianza. Bajo transferencia pide mi intervención cuando necesita que les pida a sus padres que no le dejen jugar con el ordenador, pide poner límite a su goce.

El síntoma fóbico con el que viene a consulta se va desplegando hasta llegar a su verdadero temor, temor obsesivo que le atormenta "*matar al padre por el deseo incestuoso hacia su madre*". Esta idea persiste en su pensamiento desde hace mucho tiempo y temía que por pensarla pudiera ocurrir. **Ante la culpa que siente por estos pensamientos se auto castiga deseando que le ocurra a él algo.** Su temor a ser castrado en lo imaginario o en lo real por no haber castración simbólica.

Podemos ver dos tiempos de la fobia en este niño, un primer tiempo que pasa de la angustia de castración a la amenaza de castración; en la angustia de castración hay una presencia amenazadora de la madre y una dimensión real de la genitalidad donde el placer y dolor están íntimamente ligados, en la amenaza de castración el niño entra en los desfiladeros de la significación fálica y de la castración, donde empiezan a aparecer figuras amenazantes donde la sexualidad cobra visos de significación (*picaduras*). A mayor fracaso de la dimensión simbólica del padre, mayor emergencia de figuras terroríficas aparecen (por ejemplo habla de Drácula, los lobos, el duendecillo...).

En un segundo tiempo de la fobia, aparecen las primeras elaboraciones de las teorías sexuales, construcción del Edipo, identificaciones como por ejemplo cuando el niño dibuja un águila sobre el brazo extendido de un hombre y al preguntarle "¿quién es el del dibujo?", responde "yo o mi padre que es muy valiente", también cuando el niño decide contar al padre, ante la pasividad de la madre, que un profesor le ha pegado para que vaya a darle un puñetazo, y finalmente cuando decide operarse de fimosis como su padre para poder tener hijos de mayor.

El análisis finalizó por una parte motivado por los padres que consideraban que el niño se encontraba muy bien y por otra porque quizás yo también pensaba que podía terminarse en ese momento, consideraba que se vislumbraba algo de la castración de la madre cuando el niño se sentía preparado para operarse y desea entrar al médico sin su madre, cuando recurre al padre potente para defenderle ante la pasividad de la madre y cuando entiende que la madre no tiene pene porque si no podría tener hijos (hijos como sustituto del pene).

Pablo termina entendiendo que su fobia está íntimamente relacionada con su sexualidad (pinchazos...) y también con su deseo de matar al padre para quedarse con la madre.

Hay resolución sintomática del caso y creo que algo de la posición viril inconsciente ha quedado instalado. Todo me hace indicar que la fobia ha sido como una antesala de la construcción de una estructura neurótica, neurosis obsesiva. Quedaría por verificar lo real en juego de la castración en el encuentro con el Otro sexo.

Después de esta pequeña explicación teórica con ayuda de un caso tratado por nosotros, es necesario señalar lo siguiente: La relación entre neurosis de angustia y neurosis fóbica es evidente. La diferencia estriba en que en la neurosis de angustia, la reacción de temor aparece espontáneamente, en cambio en la fóbica la angustia brota ante un determinado estímulo, siempre el mismo.

En conclusión, en los pacientes pueden aparecer temores con mucha frecuencia, pero no alcanzan la especificidad propia de las fobias, son variables, imprecisos con la única excepción de los miedos a lo "por venir".

Mecanismos defensivos en la histeria de angustia o fobia infantil

Hay una similitud entre el mecanismo psíquico de la fobia y el de la histeria, por lo que Freud la denominó histeria de angustia. Es una histeria que presenta un síntoma fóbico central, que la distingue de la histeria de conversión. En ambos casos, la acción de la represión tiende a separar el afecto de la representación.

La diferencia reside en el hecho de que en la histeria de angustia la libido desprendida del material patógeno por la represión no es convertida por inervación corporal sino que es liberada bajo forma de angustia.

La angustia devenida libre reclama un trabajo psíquico a fin de ser ligada nuevamente. En *Inhibición, síntoma y angustia* Freud sostiene que la angustia está en el origen de todos los síntomas neuróticos, que son una forma de ligarla. El síntoma fóbico viene a ligar la angustia a un objeto o a una situación determinada, que pasan a representar todo lo temido por el sujeto. La angustia es transformada en miedo a algo real y palpable, miedo que permanece y constituye el síntoma central, y que previene contra el peligro de que se vuelva a producir la angustia.

En *Inhibición, síntoma y angustia* cambia y se hace más complejo el concepto de angustia. Freud diferencia la angustia automática o angustia-desbordamiento, que es eminentemente traumática, de la señal de angustia, que previene al yo de las posibles amenazas a su organización. Esta transformación de la angustia se hace a partir de un trabajo psíquico que utiliza una experiencia anterior traumática como señal preventiva. La tarea principal del yo confrontado a la angustia es ligarla a representaciones para organizarla como señal protectora sobre la cual va a poder apuntalarse la estructuración psíquica. Esta internalización de la vivencia traumática hace posible la puesta en juego de una defensa en respuesta a una conflictiva interna en la que la subjetividad va a poder sostenerse.

Se requiere pues un desarrollo considerable del aparato psíquico, apuntalado en el reordenamiento simbólico que instaura el complejo de Edipo, para que la angustia se defina como amenaza de castración y pueda funcionar la señal de alarma que pone en juego a la defensa. La angustia al nivel edípico ya no está referida a la pérdida total del ser sino a una pérdida parcial, que se define y organiza en torno al fantasma de castración, que al contener y atenuar la angustia le impide desarrollarse más allá de ciertos límites. Y es al temor a la castración al que se van a remitir, en su repercusión subjetiva, todas las situaciones de peligro internas o externas, pasadas o futuras.

En el caso Juanito, Freud encontró que el objeto fóbico sustituye al objeto original y que el caballo temido representaba al padre amado a la vez que odiado. El temor del castigo por castración resultante del odio, se transforma en angustia fóbica de ser mordido por un caballo, o en angustia de muerte del caballo.

La proyección juega un rol esencial en la formación de las fobias. El peligro proyectado en el espacio, en el mundo externo, refleja en realidad una realidad interna. Lo que angustia al sujeto proviene de lo que hay de más profundo en él y de lo cual depende su deseo. Es el enigma de la pulsión, que nos aproxima al oscuro y enigmático núcleo de nuestro ser. Lo más íntimo es a la vez lo más extraño y angustiante, tal como lo planteó Freud en *Lo siniestro*.

En la segunda tópica, luego de introducida la pulsión de muerte, la angustia proviene del ello y es experimentada en el yo, que teme ser avasallado por el ello y perder su organización. Para Freud, es un peligro interno lo que motiva la angustia neurótica; el incremento pulsional es sufrido pasivamente y produce una sensación de impotencia psíquica. No es posible huir del empuje pulsional, que siendo eminentemente activo es desconocido por ser inconsciente.

La función de la defensa fóbica consiste en localizar en el espacio externo a un objeto que produce más que angustia, miedo, evitando la angustia ante las fuerzas internas desconocidas. La angustia es más del orden del afecto y de la falta de objeto, mientras que el miedo es más del orden de la representación y se da ante una presencia

En el fóbico hay un fallo en la estructuración edípica y en el acceso a la castración. El síntoma viene a suplir el temor a la castración, que se manifiesta de un modo regresivo al nivel oral: miedo a ser devorado por el objeto, o a ser mordido por el caballo, como en el caso Juanito. La fobia es una suplencia de la ley simbólica, que ha funcionado de una manera imperfecta; al separar al sujeto del objeto evita que se cumpla el deseo. La externalización que hace el fóbico determina que va a estar angustiado sobre todo por el deseo del otro, deseo incontrolable e inconmensurable. El temor a ser devorado es frecuente

en el fóbico, que con ayuda de la regresión a la fase oral soslaya el tema de la castración.

De un modo general, las fobias dan testimonio de un trabajo de ligazón y de elaboración que permite organizar el espacio psíquico, haciendo posible la restitución de la amenaza dando un soporte simbólico a la angustia a través del síntoma.

No obstante, J.Bergeret (1996) afirma que puede resultar complicado formular un diagnóstico diferencial entre una fobia de origen genital y una fobia de origen narcisista. No es la forma ni la importancia del síntoma lo que indicará la naturaleza de la estructura de base sobre la que se desarrollan los síntomas, que es la que hay que tener en cuenta para la elección del modelo de cura. Este autor cuestiona la existencia de una estructura neurótica fóbica.

Este autor señala que hay fobias que no reposan sobre una estructura neurótica ni sobre una estructura psicótica, sino sobre una organización de la personalidad que por un lado ha alcanzado su cohesión y su unidad identificatoria primaria pero que, por otro lado, su fragilidad narcisista secundaria impiden el fácil acceso a la identificación secundaria sexual, es decir, a una organización de la personalidad ubicada en la primacía de la triangulación edípica. En este tipo de fobias no se trataría de evitar a un objeto fóbico relacionado con pulsiones sexuales difíciles de dominar sino, al contrario, de conservar un vínculo anaclítico suficiente con un objeto contra fóbico destinado a mantener el narcisismo deficiente del sujeto.

Aunque la proyección, como hemos dicho, desempeña un papel esencial en la fobia, la relación que el fóbico establece con el objeto temido es muy distinta a la del paranoico con su perseguidor. Lo que al fóbico le produce miedo puede resultarle al mismo tiempo fascinante y excitante, cosa que no ocurre en el paranoico. La excitación que produce el miedo, tan evidente en los niños que juegan a darse miedo y en los aficionados a actividades de alto riesgo, nos lleva a considerar otro aspecto que el síntoma puede proporcionar, aparte de funcionar el miedo como defensa.

Elías Canetti, en *La lengua absuelta*, describe muy bien esa mezcla de fascinación, excitación y horror al relatar el miedo que de pequeño tenía a los gitanos, pues estaba convencido de que secuestraban a los niños y que ya le habían echado el ojo a él.

Cuenta que cada viernes los gitanos entraban en el patio de su casa, donde les daban leña y comida, y dice que, a pesar del terror que les tenía no hubiera dejado de contemplarlos, pues era espléndido el aspecto que ofrecían. "Muchos llevaban sacos a la espalda y a mí me costaba no imaginar que dentro tuvieran niños secuestrados"... "Yo acostumbraba a esperar el momento en que hacían su aparición por el portón del patio"... "y atisbaba por la ventana el avance de los gitanos"... "Anhelaba verlos, me sentía poseído por ellos, pero en cuanto los había visto me aterrorizaba la idea de que me hubieran descubierto y echaba a correr gritando de pánico".

Podríamos decir que lo que hacía con los gitanos era un juego de miradas: ver-ser visto, en que lo verdaderamente temido era la mirada de los gitanos, que ya le habían echado el ojo o que lo habrían descubierto detrás de la ventana. A este pánico a una mirada secuestradora se referirá en otra de las obras autobiográficas.

En *Juego de ojos*, Canetti narra su encuentro con Anna, a quien no conocía: "Anna se dio vuelta y me miró a la cara. Yo no estaba lejos de ella y sentí que su mirada se apoderaba de mí. A partir de aquel instante sus ojos no me soltaron"... "Anna consistía en ojos, todo lo demás que en ella se veía era pura ilusión"... "Tales ojos son la espaciosidad y la hondura que se ofrecen: arrójate dentro de mí, con todo lo que seas capaz de pensar y sentir, dilo ¡y ahógate!"....."El lago de esa mirada no tiene memoria, es aquél un lago que exige y recibe. A él le ha entregado uno todo lo que posee, todo lo que importa, todo aquello en que uno consiste en lo más íntimo de sí. No es posible sustraer ninguna cosa a esa mirada".

La mirada que describe Canetti exige un tributo total, hasta la pérdida de la identidad personal. El sujeto experimenta que no puede dejar de darse por entero. Es encontrarse expuesto a ser tragado por ese agujero sin fondo, infinito, lo que desencadena la mayor angustia. La espacialidad infinita y la hondura sin fondo de la mirada están en consonancia con su exigencia absoluta, sin límites, sin que nada pueda serle sustraído. Ante una demanda de tal orden quedan abolidas las fronteras con el otro y los límites del espacio.

Espacio y tiempo en la fobia

La agorafobia, por ejemplo, se interpretará de distinta manera si predomina la problemática edípica o la narcisista. Todo depende del papel que desempeñe el objeto contra fóbico, es decir, de la persona que debe acompañar al paciente para evitar la angustia. Esta persona puede representar a los padres, que protegen al agorafóbico de las tentaciones sexuales susceptibles de surgir en la calle. También puede representar al padre inconscientemente detestado, cuya presencia constituye una prueba de que no ha sido eliminado.

Cuando es la propia identidad lo que está en juego, encontramos que en la agorafobia el sujeto se ve confrontado a un espacio infinito en el que las fronteras y las distancias no están marcadas, lo cual produce toda suerte de vértigos.

La calle es vivida como ese espacio vacío e ilimitado en el que el sujeto se pierde, se desvanece, es decir, que no se reconoce, dada la imposibilidad de ser reconocible y reconocido, por carecer de una imagen de identificación asumible. Por eso es imprescindible el objeto contra fóbico o acompañante, para que se interponga como pantalla ante el abismo y ofrezca, a través de un vínculo especular, un complemento narcisístico indispensable para mantener el sentimiento de identidad.

Para protegerse de esa amplitud infinita el fóbico pone mojones imaginarios en el espacio, tratando de delimitar una frontera, pasada la cual está todo lo desconocido, temido y prohibido, que debe ser evitado.

El espacio del fóbico debe estar limitado por cierto número de objetos y de situaciones fóbigenas, que buscan establecer un orden mínimo a su espacio de existencia. Estos objetos tienen una función de alarma. Lo que circunscribe el espacio fóbico son los evitamientos.

Si tiene que tomarse todo ese trabajo para delimitar zonas en el espacio es porque no tiene internalizadas ciertas normas que determinan que hay ciertos espacios que deben ser respetados, protegidos por límites que no deben ser franqueados. Este tributo que hay que pagar, para el fóbico no tiene límite y debe darse enteramente, todo él como cuerpo-falo (C.Melman, 1989).

Es así como el fóbico tiene una relación muy especial no sólo con el espacio sino también con el tiempo, que se hace notoria en su comportamiento. No puede, por ejemplo, quedarse en un lado mucho tiempo y no bien llega a un lugar está pensando irse para otro.

Es una persona inquieta y movедiza, que da la sensación de estar siempre huyendo. Se puede interesar por las cosas siempre que no duren demasiado. Como no tolera la proximidad ni permanecer en un lugar siempre tiene por delante planes que lo proyectan a otro sitio. La velocidad es también para él un aspecto muy importante y frecuentemente padece de eyaculación precoz.

El acto sexual puede ser vivido como un retorno al interior de la madre, de acuerdo con la fantasía descrita por S.Ferenczi. La angustia que despierta el coito es la angustia de ser tragado: dar el pene es darse por entero, sin poder sustraer ninguna cosa.

Fobia infantil. Conocimiento, prevención y manejos

Existen en los niños una variedad de fobias, es decir miedos persistentes e intensos que se presentan frente a nuevas situaciones o que en realidad reemplazan o suplantán a un conflicto más profundo (traumas).

Para que un miedo sea considerado como fobia, necesita evaluarse:

- × La intensidad o fuerza de los síntomas manifestados (vómitos, rabieta, insomnio, parálisis temporal del habla y distintos efectos psicósomáticos).
- × Su duración es prolongada.
- × A pesar de las explicaciones, el niño mantiene sus conductas evitativas.
- × Genera considerables dificultades en el desarrollo de sus actividades diarias.
- × No existe control voluntario del síntoma o síntomas.
- × Que su aparición se muestre, fuera del tiempo cronológico (véase tabla).

A continuación exponemos algunos de los miedos comunes:

(Afectan alrededor del 45 % de los niños, siendo a menudo transitorios)

Edades	Miedos
0 a 1 año	Llanto ante estímulos desconocidos.
2 a 4 años	Temor a los animales.
4 a 6 años	Temor a la oscuridad a las catástrofes, y a los seres imaginarios (monstruos y fantasmas).
6 a 9 años	Temor al daño físico o al ridículo por la ausencia de habilidades escolares y deportivas.
9 a 12 años	Miedo a los incendios, accidentes, a contraer enfermedades graves. Aparece el temor a conflictos graves entre los padres o al mal rendimiento escolar.
12 a 18 años	Temores relacionados con la autoestima personal (capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso) y con las relaciones sociales.

En general sea miedo o fobia, siempre hay de por medio un imaginario, es decir una interpretación del niño frente a la realidad o un enmascaramiento de un conflicto más profundo, siendo las estrategias distintas según sea el caso:

En casa, como prevención:

- ✦ Educar hacia la autonomía y observar los propios impulsos (de los padres) de sobreproteger al niño y alentándolo a asumir sus nuevos impulsos y situaciones. Esto ayudará a que el niño desarrolle su capacidad de confrontar desafíos.

- ✦ Estimular una conveniente auto expresividad a través de la libertad y acompañamiento en juegos explorativos mediante el empleo de materiales moldeables como plastilina, crayolas, temperas, lápices de colores, contextos musicales para moverse en libertad, cantar, etc. La auto-expresividad ayuda a asimilar las emociones del miedo a situaciones diversas y ante aquellos recuerdos vividos como traumáticos.

- ✦ Actividades auto expresivas en el contexto de la familia; Por ejemplo se puede intencionalmente reunir metódicamente la familia a tratar temas de interés familiar o de simple comunicación donde cada uno expresa lo que siente (de acuerdo a su comprensión del tema o de cómo paso su semana, si la dinámica es compartir) manteniendo por supuesto la ley del respeto al orden y a los sentimientos.

El objeto de esta actividad es liberar y no congelar los reales propósitos de la conducta del miedo o la fobia o de cualquier emoción, y encontrar otro camino de soporte y comprensión. Además tiene una relevancia especial en la salud y coeficiente emocional de toda la familia y cada uno de sus miembros.

Cuando la fobia está presente:

- 1) Intentar observar si la fobia como conducta, es la real demanda del niño
- 2) Entregar explicaciones claras que diferencien realidad de fantasía.

- 3) Mantener un contacto que transmita seguridad (para que el niño pueda tolerar lo que siente y manejarlo).
- 4) Conseguir cuentos (adecuados a su edad) donde los personajes atraviesan por dificultades semejantes e incluir formulas prácticas de cómo salir del miedo, (siendo más sutil cuando los niños son más grandes). Si la metáfora es obvia, no es importante dar explicaciones al respecto, ya que el inconsciente sabrá asociar y asimilar el mensaje.
- 5) Puede además ir al especialista (psicoterapeuta infantil), para que oriente con más detalle y cuidado sobre las estrategias a seguir o para que interactúe en consulta con el menor de ser necesario, en cuyo caso podrá:
 - a. Identificar las implicancias ocultas de la fobia.
 - b. Intervendrá sobre los síntomas externos (la conducta de evitar).
 - c. Fortalecerá las cualidades de soporte y autonomía.
 - d. Trabajaré, frente a los hechos tomados como traumáticos, en el caso de ser la causa real de la conducta fóbica.

Características de la fobia infantil.

A manera de resumen, para mayor comprensión citaremos a continuación las características más relevantes de la sintomatología fóbica en el niño:

Cuando el niño se enfrenta a una situación de angustia, en su lucha contra este sentimiento el niño fija ese temor sobre un objeto determinado, siempre el mismo, que produce conductas de evitación.

La fobia se distingue del miedo por su persistencia, su carácter ilógico y la intensidad de la angustia que la sostiene.

Las fobias más frecuentes son a los animales, grandes: perros, caballos y otros en la edad de cuatro a cinco años, asociándolo a la angustia de castración.

En los niños entre dos y tres años, los animales temidos suelen ser los más pequeños: insectos, arañas, ratones, culebras de los que se teme que muerdan, desgarran, traguen, y a los que se asocia una repugnancia.

Las fobias a diversos elementos o situaciones, algunas tienen una significación simbólica, como el miedo a las armas, a los cuchillos, al agua, a la sangre, a los cementerios, a las enfermedades, a los microbios, a los alimentos o los envenenamientos.

Estos temores llevan al niño a ciertas conductas en apariencia ilógicas, como el lavado repetido de las manos, el enjuague minucioso de los cubiertos, las dudas ante los alimentos.

La fobia al colegio es solo un elemento del miedo neurótico del niño a afrontar al mundo y a los demás. En esta fobia al colegio el motivo que se alega si se da alguno es de escasa importancia ante el pánico que presenta el niño. Recurre a simulación de trastornos para evitar la asistencia a la institución; el niño sufre tal tensión ansiosa que la asistencia al colegio se vuelve imposible.

En el origen de estos trastornos existe casi siempre un comportamiento particular de los padres que acarrea una dependencia ansiosa del niño respecto a una madre con frecuencia mal equilibrada, absorbente y ansiosa. En otros casos es la actitud paterna, el origen del trastorno, o más bien el clima que reina entre los cónyuges lo que en definitiva mantiene el conflicto psicológico en el que el niño se encuentra implicado.

El niño pequeño es generalmente incapaz de tomar conciencia de sus obsesiones o fobias y de analizarlas.

Algunas se rebelan por perturbaciones del comportamiento. El niño lucha contra el desarrollo anormal y penoso de su pensamiento por medio de ciertas actitudes tales como:

- ✦ Evitar salir, pasar por ciertos lugares, realizar determinados actos y para combatir sus obsesiones o fobias recurre a todo un conjunto de fórmulas mágicas, ruegos o diversos procedimientos que dependen del pensamiento mágico del niño.

- ✦ Ciertos niños no pueden luchar contra sus obsesiones sino se imponen castigos o tratan sistemáticamente de hacerse castigar por sus padres o maestros, esto se conoce como conducta auto punitivas.
- ✦ Otros niños presentan trastornos en la actividad motriz tal como el estado astenia que es la incapacidad física momentánea para continuar en la actividad, pasado el momento de angustia su comportamiento es normal. Otros niños presentan una verdadera inestabilidad motriz que es en realidad un medio de lucha contra sus ideas.
- ✦ Los trastornos funcionales psicossomáticos tales como ciertos dolores abdominales, trastornos de la marcha, ciertas cefaleas, trastornos visuales o respiratorios.

b) Aspectos clínicos de la neurosis obsesiva en los niños.

En la noción de obsesión encontramos la idea de estar asediado, en la noción de comprensión, la idea de apremio.

- ✦ El yo se siente limitado en la libre utilización de la expresión de su pensamiento.
- ✦ Pérdida de la capacidad de libre elección.
- ✦ Alivio transitorio porque su porvenir es la repetición.
- ✦ El obsesivo considera la obsesión como impuesta.

Rasgos de personalidad obsesivas:

- ✦ Meticulosidad en los actos.
- ✦ Perfeccionismo.
- ✦ Falta de libertad en la expresión verbal.
- ✦ Comportamiento de pequeño adulto.
- ✦ Ritualizaciones (constituyen actos elaborados para mantener ocupada la mente y evitar la intromisión de pensamientos negativos).
- ✦ Procrastinación de actos.
- ✦ Necesidad imperiosa de auto punitión.

En el aspecto motor:

- + Inhibición psicomotora.
- + Tics y manías
- + La forma de pensar carece de fluidez.
- + Su ansiedad no le permite fijarse sobre los actos o los objetos.

Es en la adolescencia cuando el síndrome obsesivo toma las características del que ha sido descrito en el adulto, con sus diversos aspectos clínicos.

A. Las obsesiones ideativas: están centradas sobre la locura de la duda.

B. Las obsesiones fóbicas: pueden ser las descritas en las manifestaciones clínicas de la fobia.

C. Las obsesiones impulsivas: temor a hacer algo que el mismo sujeto no puede controlar.

Patogenia.

Para el psicoanálisis la obsesión es el resultado de una regresión libidinal a puntos de fijación pre-genital y emergencia de impulsiones, deseos y fantasmas sexuales agresivos, unidos a la angustia y la culpabilidad movilizando reacciones de defensa por parte del yo bajo la influencia del superyó.

Evolución de las obsesiones infantiles.

⇒ Sandler y Joffre: el síntoma neurótico puede ser de carácter transitorio.

⇒ S. Freud: Freud en su escrito *Obsesiones y Fobias* señala que en toda obsesión hay dos cosas: 1) una idea que se impone al enfermo; 2) un estado emotivo asociado.

Mientras que en las fobias, ese estado emotivo es siempre la angustia; en las obsesiones puede ser, con la misma intensidad que la ansiedad, otro estado emotivo, como la duda, el remordimiento, la cólera.

⇒ Freud: el carácter obsesivo aparece en el transcurso del estadio anal, pero generalmente las manifestaciones compulsivas desaparecen sin dejar huellas a partir del momento que las pulsiones y las posiciones del yo adheridas a ella son superadas.

Terapéutica.

Se pueden obtener beneficios de la psicoterapia analítica y sobre todo en algunos casos de una asociación psicoterapia.

La terapia medicamentosa de tipo tranquilizante.

Definición de la neurosis obsesiva en el niño.

“La neurosis obsesiva se basa en conflictos sexuales infantiles que han sido reactivados, perturbaciones de un equilibrio hasta ese momento eficazmente mantenido, entre fuerzas represoras y reprimidas, aumentos, ya sea absolutos o relativos, en la fuerza de los instintos rechazados, o de las angustias que a ellos se oponen. Para producir una neurosis obsesiva estos factores precipitantes deben actuar sobre una persona que haya una apropiada predisposición desde la infancia, es decir, una persona que haya hecho regresión sádico-anal durante la infancia.” (O. Fenichel, 1984).

En la neurosis obsesiva, las prohibiciones que se dieron en el Edipo se vuelven más rígidas debido a que en este proceso donde la persona comienza a tener control sobre su cuerpo y a hacer una diferenciación entre el “yo” y el “no yo”, las reglas morales se internalizan y se vuelven muy punitivas. Son más estrictas de lo que en realidad fueron. El miedo que se pudo haber sentido hacia los padres se exagera y el odio sentido hacia ellos se convierte en culpa. Los castigos impuestos por los padres se vuelven auto castigo.

Durante la posición depresiva, el niño trata de reparar los objetos que fueron dañados en su fantasía a través de la proyección y de la introyección. Es en esta posición cuando se empieza a formar la tercer instancia psíquica llamada

superyó, el niño al sentir demasiada angustia por el daño a sus objetos, empieza por tratar de eliminar la tensión y lo puede hacer a través del pensamiento y del uso de mecanismos de defensa muy rígidos, toma actitudes o conductas inflexibles debido al temor a mostrar la agresión hacia el objeto y que este lo abandone o sea destruido totalmente, lo cual le produce sentimientos de culpa y ansiedad. Por otro, lado lucha por reprimir los afectos para tener control sobre él mismo y sobre el medio, es por esto que el neurótico obsesivo tiene una estructura consolidada a través de sus mecanismos de defensa y de la separación entre lo que piensa y lo que siente.

Dentro del proceso que se da en esta posición, debe mencionarse que el sujeto al sentir ansiedad y a la vez sentimiento de culpa, por haber fantaseado al objeto lleno de heces, orines y fluidos se auto castiga e internaliza al superyó más sádico de lo que en realidad es. En muchos casos de la neurosis obsesiva, el sujeto no busca llevar a cabo una reparación sana (reparar al objeto original) sino que hace reparaciones maníacas donde se hacen seudoreparaciones pero en realidad no se repara nada, y en algunos casos también se hacen reparaciones depresivas donde se trata de ayudar a todo el mundo menos al objeto original. Es en esta parte donde entra el papel del analista como personaje y como setting para que se lleve a cabo la reparación hacia el objeto la cual no se pudo conseguir en el pasado.

La defensa en la neurosis obsesiva

Los mecanismos que caracterizan a la neurosis obsesiva son el *desplazamiento* del afecto sobre representaciones alejadas del conflicto original, *el aislamiento* y *la anulación retroactiva*. Desde el punto de vista de la vida pulsional, son reseñables la ambivalencia y la regresión al estadio sádico-anal; el carácter anal y las formaciones reactivas. En cuanto al punto de vista tópico, lo más notorio es la relación sadomasoquista interiorizada bajo la forma de una tensión entre el yo y un superyó cruel. La angustia en esta neurosis se juega con relación al superyó.

Freud consideró a la neurosis obsesiva como un dialecto de la histeria, como una variante de la misma. Halló que en esta afección las experiencias sexuales tenían la misma importancia que en la histeria, aunque aquí no se trata de una pasividad sexual (histeria) sino de una participación activa experimentada con placer en actos sexuales agresivos (N. Obsesiva). Esto podría explicar la preferencia de esta neurosis por el sexo masculino.

Si la experiencia primitiva fue de placer, como en el caso de la neurosis obsesiva, las defensas deben erigirse en el sujeto mismo y los síntomas estarán centrados en la formación reactiva, por ejemplo. Lo más angustiante serán las satisfacciones posibles que tienen un sentido activo, fálico. Si por el contrario la experiencia fue displacentera, el peligro será representado como proveniente del otro seductor y las defensas serán las del asco y la conversión somática, propias de la histeria, frente a un goce supuesto del otro.

Pero Freud descubrió también en los casos de neurosis obsesiva un sustrato de síntomas histéricos relacionados con una escena de pasividad sexual que había precedido a la acción generadora de placer. En esta neurosis se encuentra, pues, un núcleo de síntomas histéricos al que se añade el suplemento de una tendencia sexual activa ocurrida más tarde, por lo cual vendría a ser una histeria complicada por la adición de nuevos mecanismos que operan en un tiempo ulterior.

Se agrega también el papel preponderante del superyó. Las fantasías de la neurosis obsesiva, a diferencia de las ensoñaciones visuales de la histeria, consisten en enunciados. El obsesivo se siente sujetado a palabras que tienen un carácter amenazante o imperioso; son órdenes, prohibiciones o razonamientos en apariencia irrefutables.

En lo que se refiere a los mecanismos, el afecto separado de la representación del acontecimiento sexual pasado se une a otra representación no sexual que

ya no es inconciliable con el yo. Quiere decir que la defensa opera una sustitución, un desplazamiento que en este caso, a diferencia de la histeria, permanece en el dominio psíquico. La intensidad del afecto unido a la nueva representación que no lo justifica, da cuenta del carácter absurdo de las obsesiones.

Pero los reproches no responden obviamente a acontecimientos sexuales pasados, sino a fantasías e impulsos actuales. La insuficiencia de la función limitante hace que el obsesivo se sienta frecuentemente a punto de cometer una trasgresión incestuosa, contra lo cual debe erigir barreras a través de actitudes reactivas o fóbicas.

Si la represión es la defensa prototípica de la histeria, que explica la amnesia infantil que se observa en su caso, en la neurosis obsesiva los acontecimientos no han sido olvidados; ellos permanecen conscientes aunque aislados. El aislamiento, junto a la anulación retroactiva, son los mecanismos típicos de esta afección. El aislamiento consiste en la separación del afecto y de la representación inconciliable, el debilitamiento de ésta y su mantenimiento fuera de toda asociación.

La impresión traumática es despojada de su afecto y cortada de toda representación asociada, a lo que pueden ayudar actos mágicos de aislamiento. Las huellas mnémicas son aisladas mediante contra investiduras, por lo que no pueden entrar en relación con los demás procesos intelectuales; aun en el caso de que ellas llegasen a la conciencia permanecerían aisladas, como cuerpos extraños sin vínculo con el resto.

Las acciones compulsivas en dos tiempos son también características de la neurosis obsesiva. El enfermo racionaliza el fenómeno, cuya verdadera significación reside en el hecho de presentar el conflicto entre dos mociones opuestas que, como muestra la experiencia, es siempre la oposición del amor y el odio. La tendencia a anular es idéntica a la tendencia a reprimir y a rechazar.

Esta anulación puede presentarse de la siguiente manera: el síntoma es en dos tiempos, de manera que a la acción que ejecuta una determinada prescripción le sucede inmediatamente una segunda que la suprime o la deshace, aunque ella no ose ejecutar la contraria. Es una magia negativa que por un "simbolismo motor" intenta suprimir no a las consecuencias de un acontecimiento sino al acontecimiento mismo.

El sentimiento de culpabilidad es otro de los rasgos que definen a la neurosis obsesiva. A través de revivir en representaciones y afectos actuales las precoces experiencias de placer, el obsesivo se siente invadido por reproches a los que Freud va a identificar con las ideas obsesivas, que no son otra cosa que reproches desfigurados por un trabajo psíquico inconsciente de transformación y sustitución.

Los impulsos rechazados por el obsesivo son, en su origen, tendencias fálicas asociadas al Edipo y a la amenaza de castración. La defensa, que es la regresión libidinal en este caso, se dirige primero contra el Edipo, sustituyéndolo por el sadismo anal, para volverse luego contra los impulsos sádico-anales. La regresión es también la causa de la peculiar severidad del superyó, que no puede eludir la regresión hacia el sadismo.

El obsesivo, como todo neurótico, ha sufrido una gran decepción producida por su madre. Si bien la primitiva relación con ella ha sido particularmente satisfactoria, llega un momento en que la madre hace saber al hijo que hay otra cosa que le interesa mucho más, que es en general un antiguo amor, un sacerdote, un santo de su devoción o un gran hombre. Así el niño se entera de que él no da la talla, que no responde a lo que la madre espera como satisfacción de su deseo.

Pero el obsesivo, que ha conocido esa gran satisfacción, va a esforzarse para volver a ocupar el lugar del falo imaginario del que ha sido desalojado. No

pretende como el perverso ser el objeto del deseo de la madre, sino que vive al objeto fálico como un rival al que se esfuerza por igualar para reconquistar a la madre. El verdadero rival del obsesivo no es el padre sino el falo, por lo que queda alienado en esa rivalidad con el falo imaginario. Permanece entonces atado al eje imaginario donde se dan los desdoblamientos especulares.

En tanto deseante, se desdobra en una serie infinita de personajes. De ahí la duda en lo que tiene que ver con sus decisiones. Elige estudiar medicina, por ejemplo, y duda si ese era verdaderamente su deseo. ¿Era el suyo o el de otro? ¿El de su hermano, también médico? ¿O el de su amigo de la infancia, médico también? Su rivalidad con ellos entra en juego en su elección.

Estas preguntas ponen de relieve el tabú del contacto que según Freud es algo que define a la neurosis obsesiva. El contacto en el encuentro con el deseo del otro es asimilado a una contaminación. Parece que el saber que viene a buscar en el análisis está destinado a asegurar la función de corte, de demarcación, gracias a la cual podrá autenticar su deseo como propio. En el fondo busca reconstruir la función separadora del padre.

Llevado por este empeño en afianzar su deseo como propio e incontaminado, el obsesivo cede a la tentación de imponerle su deseo al otro. R. Dorey (1981) ha estudiado el papel de la pulsión de dominio en el perverso y en el obsesivo. Si el primero trata de anular la voluntad ajena por la vía de la seducción, el segundo recurre principalmente a la fuerza, pudiendo llegar a convertirse en un tirano. Se dedica a contrariar los proyectos de los demás, a frenar toda iniciativa que no sea la suya. Su meta es inmovilizarlo todo y crear una inercia que petrifique lo viviente, para lo cual el otro como ser deseante debe ser anulado o aniquilado.

La ambivalencia afectiva y el papel dominante de la organización sádico-anal son ingredientes que pueden dar cuenta de la agresividad que caracteriza a los obsesivos. Esta agresividad que proviene de la lucha del yo por conservarse y afirmarse procura, por un lado, una satisfacción narcisista a un yo que se siente

fortalecido y, por otro, una satisfacción sádica sustitutiva del goce sexual prohibido (L.Veríssimo de Posadas, 1991)

Freud describió las distintas fases de la defensa obsesiva de la siguiente manera: al principio, como decíamos antes, tiene lugar una experiencia pasiva, desagradable, a la que se suman más tarde experiencias sexuales activas placenteras. Con la maduración sexual, un reproche se liga al recuerdo de estas acciones generadoras de placer.

El proceso defensivo, que es sumamente complejo, se produce en tres tiempos. Un primer tiempo de defensa primaria que reprime el reproche y que es predominantemente caracterológica: escrupulosidad, vergüenza, angustia hipocondríaca, angustia social. Se abre así un período de salud aparente, que de hecho es de defensa exitosa.

Le sigue un período de enfermedad, caracterizado por el retorno de los reproches reprimidos, lo que da lugar a la formación de nuevos síntomas. Los reproches se hacen conscientes como representaciones y afectos obsesivos que reemplazan al recuerdo patógeno; son formaciones de compromiso a través de las cuales es retomada la defensa que había fracasado.

Un tercer tipo de procesos obsesivos constituye una defensa secundaria que son medidas de protección contra las representaciones y los afectos obsesivos. Son las acciones compulsivas, que nunca son primarias y que pueden ser explicadas si se las relaciona con el recuerdo obsesivo que combaten. Por ejemplo, cavilación obsesiva, ceremoniales pesados, que son verdaderos actos de expiación, medidas de precaución y toda clase de fobias, supersticiones e incremento de la escrupulosidad, que es el síntoma primario. El obsesivo puede llegar así a prohibirse toda acción y toda relación posible.

La complejidad de este entramado defensivo refleja la dificultad para desenmarañar ese conglomerado de defensas y rasgos de carácter. Esta

situación puede generar confusión e incertidumbre, tanto en el paciente como en el analista. La defensa consiste, precisamente, en que no se comprenda nada, defensa que se manifiesta como una resistencia en el contexto transferencial. Lo que el analista encuentra es ese conjunto de defensas secundarias cada vez más alejadas del deseo inconsciente, lo que plantea un problema técnico.

A pesar de todas las dificultades, Freud consideró a la neurosis obsesiva como el objeto más interesante y remunerativo de la indagación analítica. Por lo demás, el analista cuenta con la transferencia como instrumento de trabajo. El Hombre de las ratas había imaginado que una joven con la que se había cruzado en la escalera era la hija de Freud, a raíz de lo cual llegó a injuriar groseramente a Freud y a su familia. Freud entendió que su paciente sólo pudo reconocer las pulsiones hostiles reprimidas dirigidas contra su padre recurriendo al doloroso camino de la transferencia.

Las obsesiones en los niños.

Los síntomas obsesivos compulsivos, llamados así porque combinan de hecho estos dos aspectos, con predominio del uno o del otro, como expresión de una situación patológica, no aparecen sino pasado el período de latencia (6-10 años). Es, por tanto, a esta edad que se dan rasgos obsesivos que, en la pubertad, pueden estructurarse en un síndrome obsesivo de características similares a la neurosis obsesiva adulta.

En el curso del desarrollo evolutivo del niño hay que diferenciar la sintomatología obsesiva – compulsiva de lo que son simples actos repetitivos o ideaciones recurrentes.

El orden y la rutina o los diversos rituales que se dan en la primera infancia forman parte de la evolución normal de niño, como defensa contra la ansiedad, porque son inherentes al proceso de formación de hábitos –sobre todo, en esa época, los que conciernen a la alimentación y a la limpieza- al tiempo que obedece el predominio del pensamiento mágico.

En un niño de dos años, por ejemplo, la compulsión rutinaria y repetitiva está relacionada con la ansiedad que se desencadena cada vez que hay que introducir un cambio en su vida. Igualmente a esta edad, el aprendizaje del control de esfínteres puede deparar un cierto grado de ritualización tendente a evitar la presencia de suciedad.

Estas obsesiones- compulsiones se manifiesta en el niño a través de la presentación de rasgos tales como la repetición de tareas que le han sido encomendadas, ritualizaciones en la limpieza o en el momento de acostarse, dubitaciones ansiosas, precauciones a un contacto con la suciedad o con los órganos sexuales, etc.

Estos niños se manifiestan como perfeccionistas, son ordenados y meticulosos en extremo y de una obediencia modélica, están sujetos a un rígido autocontrol. A pesar de su apariencia estos niños sufren de inhibiciones y auto restricciones que pueden bloquear su creatividad o provocar un desarrollo desequilibrado. Son niños que dependen en exceso de las normas adultas y se culpabilizan en extremo si cometen infracción de las mismas.

El origen de este tipo de manifestaciones se da en una forma casi general, en entornos familiares en los que existen estos rasgos obsesivos (padres perfeccionistas) o en medios escolares donde impera un moralismo rígido y estólidamente convencional. La interacción de un entorno tal con la personalidad del niño tiende a estimular comportamientos reactivos, mediante los cuales el niño expresa la ansiedad de un posible fracaso, que es vivido como pérdida de amor de sus padres.

c) Aspectos clínicos de la histeria infantil.

El síntoma no basta para definir la histeria, que debe ser comprendida en su "contexto", tanto si se presenta en forma de síntoma de conversión como si lo hace como neurosis más estructurada. La histeria infantil es rara, lo que implica

que pasa inadvertida en una primera explicación, su diagnóstico se hace más por descarte que por conocimiento del síndrome.

La neurosis histérica se caracteriza por la presencia de una sintomatología funcional (en ausencia de lesión orgánica) activada por el propio paciente mediante mecanismos de tipo autosugestivo. Rara antes de los diez, años, es más frecuente en el sexo femenino.

Típico síntoma histérico es la teatralidad, y el dramatismo de su presentación: repentinas afonías, ceguera, parálisis, etc., son los recursos que el individuo utiliza como defensa contra malos pensamientos, situaciones difíciles y conflictivas. Al mismo tiempo descarga en el cuerpo, somatizándolos, contenidos emotivos "fuertes" que su elemental estructura psicológica no es capaz de controlar o elaborar de forma adecuada.

Las manifestaciones clínicas más comunes guardan relación fundamentalmente con el aparato locomotor, sumándose a ellas trastornos de la sensibilidad: hormigueos, parestesias y anestias. En los órganos internos se localizan en cambio dolores difusos, vómitos violentos y bolo (molesta sensación, como de tener algo en la garganta que no se consigue deglutir).

El niño histérico es un niño inteligente, muy sensible, con una enorme imaginación, pero que se deja sugestionar fácilmente, que cambia rápidamente de humor, que soporta mal los fracasos y que necesita que toda la atención se centre en él, utilizando para ello todo tipo de recursos: el síntoma le sirve pues para llamar la atención del adulto, para hacerse notar y admirar.

Por ello es tan importante la respuesta del ambiente familiar a las exigencias del niño: los padres suelen ser hiperprotectores y por ello todo lo que pueda ser "enfermedad" activa por su parte una respuesta de gran ansiedad y preocupación; el niño obtiene muchas ventajas secundarias a esta actitud cuando la histeria es la modalidad distorsionada de resolución de los conflictos propios y familiares.

La detección precoz de la problemática histérica a través de un diagnóstico rápido y correcto sirve para ahorrar al niño pruebas tan inútiles como peligrosas y para evitar una concentración excesiva de atención en el síntoma en cuestión; un tratamiento psicológico dirigido a la familia y al niño puede ser una ayuda sumamente válida incluso a muy corto plazo.

Consideraciones generales

La histeria y la neurosis obsesiva no son privativas del hombre o mujer. Sabemos que un deseo actual recibe su fuerza de un deseo sexual infantil reprimido. Así sucede que el deseo que sostiene los síntomas de la neurosis obsesiva y la histeria presenta una génesis con la sexualidad infantil y la intervención de mecanismos psíquicos, por lo que el tratamiento debe concebir lo inconsciente en estas dos neuropsicosis de transferencia.

Mientras en la histeria los síntomas se manifiestan en el cuerpo (por conversión), en la neurosis obsesiva es en la mente, estando en juego en el tratamiento de ambas la articulación de teoría, método y técnica.

La histérica no pretende seducir (lo hace inconscientemente) ella es la bella indiferente, que se disfraza de mujer porque está condenada a ser eso. Y por muy bella que sea presenta un sentimiento de fealdad interior. Ella es seductora para el otro, pudiendo llegar hasta el borde la cama, sin darse cuenta que ella es seductora y ahí... La histérica se pregunta, en el inconsciente, ¿qué es una mujer? Y todo lo que se presenta como insatisfecho suscita su deseo.

Un sujeto puede ser varonil sin necesidad de ser hombre ni para ser femenino es necesario ser mujer, pues el resultado es siempre producto de operaciones y mecanismo psíquicos, efecto de un trabajo. Sólo un obsesivo se pregunta ¿qué es un padre? y se lo pregunta porque quiere saber, está más allá de la muerte, conoció la muerte y es ahora invulnerable. El obsesivo sólo duda de cuestiones determinadas, duda de que exista la muerte, se pregunta ¿qué es un padre? y todo lo que se presenta como imposible suscita su deseo.

En la neurosis obsesiva el deseo que da fuerza (que está en juego) es un deseo imposible. Él nunca desea, siempre está excluido del deseo. El afecto del obsesivo camina por un lado y la representación (la escena) la recuerda perfectamente pero no le afecta. El obsesivo habla de todo siempre con el mismo tono, su realidad no parece tener afectos. El afecto y la representación son conscientes, pero están separados. El obsesivo se siente culpable de algo que no ha cometido. Un melancólico se siente culpable y se lo comunica a todos, regodeándose de su culpabilidad.

Ambas neurosis, la histérica y la obsesiva, tienen mecanismos diferentes de producción de síntomas, pero tanto en la histeria como en la obsesión, son mecanismos psíquicos inconscientes, por ello el tratamiento de estas formas clínicas sólo puede plantearse desde el método psicoanalítico que dice que los síntomas son respuesta a una situación que rebasa al sujeto.

Mecanismos de defensa en la histeria

La teoría de la represión como mecanismo defensivo central en la histeria es el primer aporte original y fundamental de Freud. Dicho mecanismo consiste en transformar la representación fuerte de la penosa experiencia infantil (seducción) en una representación debilitada y en desviar el afecto o suma de excitación de su fuente verdadera; la inervación en lo somático produce la conversión, que es el mecanismo típico de la histeria. La bella indiferencia histérica da a entender que el afecto no ha permanecido en el dominio psíquico, siendo en este sentido una defensa más eficaz que en el caso de la neurosis obsesiva o la fobia.

Esta interpretación económica de la conversión, concebida como transformación de la energía psíquica, es inseparable de otra simbólica que enfatiza el sentido metafórico de la perturbación corporal, siendo la zona afectada la que mejor se presta para simbolizar el conflicto inconsciente. Se produce la alteración de una función fisiológica, que de esta manera es

utilizada para expresar fantasías que en el análisis pueden ser retraducidas del lenguaje corporal al lenguaje en palabras en que podrían haberse expresado de no haber ocurrido la conversión.

El síntoma conversivo es un sustituto de la representación reprimida, en el que las fantasías y los pensamientos son transformados en una expresión plástica. Es un mecanismo similar al del sueño, en el que hay una regresión desde los pensamientos a las imágenes que constituyen la escena plástica del sueño. El síntoma es interpretable en la medida que simboliza un conflicto, por lo cual es del mismo registro que la interpretación.

Pero hay otra dimensión del síntoma difícilmente interpretable, que es la del goce procurado por el mismo. Freud observó que al pellizcar u oprimir la piel y la musculatura de la pierna afectada de Elisabeth von R provocaba en ella reacciones más de placer que de dolor, semejantes a las que suscita un cosquilleo voluptuoso.

El goce inconsciente producido por el síntoma no permite reducirlo a un simple registro expresivo y puede explicar la renuencia del paciente a desprenderse de su síntoma. Este es el antagonismo existente entre la pulsionalidad y la significación.

El mecanismo de la conversión nos confronta con el complejo tema de las relaciones entre cuerpo y psiquismo, que el psicoanálisis viene planteándose desde sus orígenes. Se trata en este caso de un cambio de lugar del conflicto, que se pone de manifiesto en lo somático. Se postula entonces un dualismo cuerpo-mente como realidades paralelas, que interactuarían entre ellas sobre la base de relaciones de causalidad.

La conversión así entendida plantea problemas, ya que el salto de lo puramente psíquico al terreno de lo puramente somático, transformándose en otra cosa distinta, es, como el misterio del espíritu haciéndose carne, muy difícil de explicar.

También cuando afirmamos que la zona corporal afectada en el síntoma es la que mejor se presta para la simbolización del conflicto, surge el interrogante de por qué determinados fragmentos del cuerpo, que son variables según los casos, son más apropiados que otros para funcionar como registro expresivo, lo que conduce a tomar en cuenta el valor erógeno de dicha zona.

Uno de los más claros ejemplos de simbolización relatados por Freud fue el caso Cecilia, que padecía una pertinaz neuralgia facial que pudo ser esclarecida al recordar el episodio en el que sufrió una ofensa verbal de su marido, experimentada por ella como una bofetada. En este caso, la representación psíquica penosa, la frase "Esto que me ha dicho es como si me hubiera dado una bofetada" ha sido sepultada en el inconsciente, mientras que el estado afectivo, su dolor y su cólera, fue transformado en sensaciones somáticas, la neuralgia, empleando un mecanismo regresivo similar al del sueño.

Freud pensó que existía una "complacencia somática", según la cual una afección puramente orgánica facilitaría la conversión, entrando a posteriori en conexión simbólica con las fantasías inconscientes del sujeto. Quiere decir que la frase "Es como una bofetada" sería algo segundo que se agregaría por asociación con una sensación dolorosa previamente experimentada en el cuerpo.

También consideró la alternativa contraria, según la cual sería prioritaria la representación psíquica sobre la sensación somática, en cuyo caso la paciente crearía por simbolismo su perturbación somática, hallando así una expresión somática de su dolor por la ofensa recibida. En ambos casos habría que concebir la existencia de un encadenamiento causal entre el cuerpo y el psiquismo.

Una tercera posibilidad consiste en encarar la simultaneidad o coincidencia de la representación y de la sensación somática, por lo que sería inapropiado

concebir que la conversión simboliza a la frase. Parecería más lógico afirmar que la representación y la sensación orgánica tienen una raíz común, por lo que la representación por palabras debe coincidir con el cuerpo, como ocurre en la expresión de las emociones (D.Maldavsky, 1987). A una representación por palabras no es posible disociarla de la voz y su tonalidad afectiva; la palabra forma parte del cuerpo, que no es algo cerrado sobre sí mismo sino un cuerpo hablado y hablante, abierto al otro.

Esta coincidencia de las representaciones verbales y de las sensaciones somáticas impide concebir al síntoma como la mera exteriorización de un conflicto interior, que sería su sentido. Lo psíquico no es el sentido del síntoma como algo previo y exterior al mismo; están envueltos el uno en el otro y el sentido no es algo que está detrás sino que es algo que surge en el síntoma, que es por sí mismo un texto o un montaje gramatical que puede ser descifrado.

La fragilidad de las defensas histéricas está emparejada con la fragilidad del yo. La multiplicidad de las identificaciones histéricas, su labilidad y su incoherencia, son generadores de conflictos internos que determinan en el yo histérico una tendencia a la disociación, dando lugar a las personalidades múltiples de las que hablaba Freud, quien decía que el histérico es como un actor de teatro que representa todos los papeles de la obra.

El histrionismo, el producir impacto en los demás, son rasgos constantes en la personalidad histérica. El exhibicionismo toma el aspecto de una adicción a la mirada del otro, de tal manera que lo que viene a satisfacer su necesidad amorosa es esa mirada que actúa sobre ella como una droga de la que no puede prescindir. La histérica tiene una verdadera adicción al otro y sus vínculos son frecuentemente pasionales.

J.McDougall (1996) sitúa al lado de la adicción a las sustancias la adicción al otro, que pueden tener la misma función que los tóxicos contra el sufrimiento.

La "solución" adictiva trata de reparar una falla del universo psíquico interno. La mirada del otro gratifica a la histérica, que se siente deseada y admirada, unificada bajo esa mirada, pero también puede llegar a sentirse poseída y embrujada por esa mirada que tiene tanto poder sobre ella. En esta adicción encontramos algo muy similar a lo que Freud descubrió en la pasión amorosa, en la que el desbordamiento de la libido del yo sobre el objeto es tal que tiene la fuerza de suprimir las represiones y de restablecer las perversiones. (J. Lanouzière, 2001).

Sintomatología histérica

Abarca tanto rasgos de personalidad como una determinada configuración subjetiva vinculada al complejo de Edipo. La estructura histérica en términos de rasgos de personalidad correspondería a la personalidad histriónica, clasificación que menciona su origen en la infancia:

- ✦ necesidad de ser el centro de atención y sentimientos de incomodidad cuando no lo consiguen
- ✦ conductas inadecuadamente provocativas y sexualmente seductoras
- ✦ superficialidad y rápidos cambios en la expresión emocional
- ✦ uso consistente de la apariencia física para llamar la atención
- ✦ lenguaje impreciso, impresionista y subjetivo
- ✦ teatralidad, exageración y gran dramatización de las emociones
- ✦ muy sugestionable por la influencia de los otros
- ✦ tendencia a considerar las relaciones más íntimas de lo que realmente son.

En las descripciones psicoanalíticas se vincula siempre este conjunto de rasgos con la sexualidad, como lo hace Bollas (2000): "Cuando pensamos en histeria pensamos en personas que tienen problemas con las demandas sexuales de su cuerpo y que reprimen las ideas sexuales, que son indiferentes frente a las conversiones, que se identifican de forma excesiva con los otros, que se expresan de forma teatral, que tienen una existencia de sueño diurno en lugar de estar comprometidos en ellas y que prefieren la ilusión de la inocencia infantil a las penurias del mundo de los adultos. Son fácilmente influenciados por los otros y sugestionables".

Beneficio secundario e identificación

Al establecer el beneficio secundario como uno de los dos motivos posibles en la producción de un síntoma conversivo. Se considera que la evitación de un peligro o el control de una relación interpersonal son factores causales suficientes, desvinculándolos de su carácter de efecto del beneficio primario. La pertinencia del mecanismo de manipulación para la explicación del síntoma conversivo, como una técnica de control interpersonal, se pone de manifiesto en la frecuencia con que en la infancia es posible determinar el beneficio secundario y no el primario en la sintomatología histérica.

Freud registra este hecho en la infancia en el caso Dora: "Los motivos de la enfermedad empiezan a actuar muchas veces ya en la infancia. La niña, ansiosa de cariño y que sólo a disgusto comparte con sus hermanos la ternura de sus padres, observa que esta ternura se prodiga exclusivamente sobre ella cuando está enferma. Descubre así un medio de provocar el cariño de sus padres y se servirá de él en cuanto disponga del material psíquico necesario para producir una enfermedad" (vol. VII, pág. 40).

¿Es necesario concebir una fantasía adicional que esté enlazada específicamente con la enfermedad en juego, o basta haber sufrido alguna cualquiera, o haber visto u oído de los beneficios de estar enfermo, para que la conversión se instale, sin que entre el deseo de acaparar a los padres y la enfermedad específica intervenga ninguna asociación simbólica? A favor de esta posición se pronuncia el comité asesor de la Sociedad de Psiquiatría Americana, que parece resolver la problemática que se le presentó a Freud predominantemente con la histeria: la coexistencia de mecanismos intrasubjetivos e interpersonales en el seno mismo de un síntoma psíquico.

En la nota añadida en 1923 al estudio del caso Dora, Freud distingue en el "beneficio primario" mismo dos partes: la parte interna, que consistiría en la reducción del esfuerzo psíquico – "fuga hacia la enfermedad"- que procura el

síntoma al conflicto, y la parte externa, que estaría ligada a las modificaciones que el síntoma aporta en las relaciones interpersonales del sujeto (vol. VII, pág. 39). Como bien señala Laplanche (1967), entonces, la frontera que separa “la parte externa del beneficio primario” y el beneficio secundario resulta difícil de trazar.

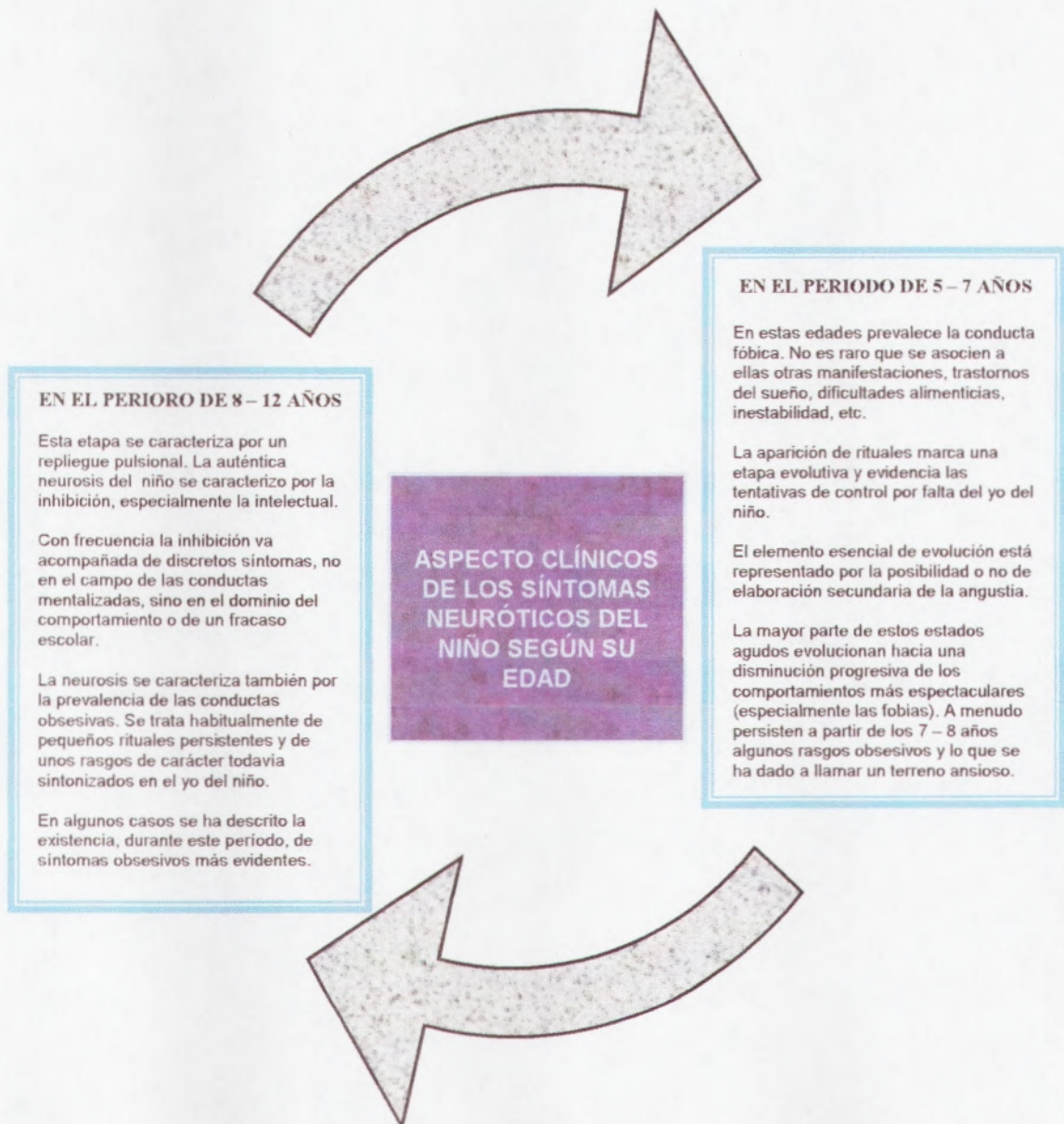
En la predominancia o autonomía del beneficio secundario es donde debemos señalar la presencia de conflictos narcisistas en la producción de síntomas conversivos, lo que aparece también en las descripciones freudianas de síntomas conversivos por simbolización (en la época que distinguía dos mecanismos posibles para explicar la conversión por simbolización y simultaneidad, lo que hoy denominaríamos por metaforización y contigüidad temporal). ¿Es forzar mucho los argumentos considerar el temor a “no entrar con buen pie entre los demás huéspedes del sanatorio” como una problemática de orden narcisista? Hugo Bleichmar (1981) mostró cómo un juicio surgido en el área de las representaciones narcisistas, por ejemplo, una fórmula devaluadora de la autoestima como “no valgo nada”, por medio de la operatoria de las creencias del inconsciente, se traslada a las presentaciones del área del cuerpo, creando una idea hipocondríaca del tipo “tengo cáncer”.

De manera que es posible concebir varios mecanismos de producción de un síntoma conversivo:

- a) Por simbolización, es decir, por la pura combinatoria de las representaciones, en que una parte del cuerpo expresa a través de la alteración de la función un pensamiento reprimido y simultáneamente la defensa –“vomito porque me da asco la sexualidad”, “no veo nada, no me entero de mis deseos incestuosos”, “no puedo moverme, me inmovilizo y no soy culpable”-, simbolización que, por otra parte, admite múltiples fantasmáticas: sexual, agresiva, narcisista.
- b) Por identificación con el otro, conversión en la cual el síntoma se emplea para lograr una equiparación del ser al ser, pues si comparte el rasgo supone que se le asemeja en su totalidad. El síntoma conversivo del otro es

un atributo más, una característica como cualquier otra que se elige para la semejanza.

- c) Por identificación con un recurso del otro, con el beneficio secundario que obtiene a través del síntoma.
- d) Por exclusivo beneficio secundario, por el aprendizaje a partir de una enfermedad o dolencia previa de los efectos interpersonales que provoca. La idea de la "complacencia somática" como generadora de síntomas conversivos pero desvinculada de toda otra significación que no sea el control del objeto.



Neurosis en la adolescencia y etapa adulta.

Qué es la adolescencia.

La adolescencia es una etapa muy importante y crítica en el proceso de formación de la identidad, de modo que una tarea esencial para el adolescente es responder a la pregunta "¿Quién soy yo?" "¿Para qué estoy aquí?" Esto hace referencia al tema de la angustia existencial que vive todo adolescente. En la angustia existencial generalmente no hay un hecho traumático que la precede, es más bien el hecho de que el individuo se hace preguntas a sí mismo como por ejemplo: quien soy, que hago en este mundo, para que sirvo, que he hecho de mi vida, a donde voy, etc.

Es decir está enfrentándose con el significado de su existencia, lo cual es muy serio si se encuentra vacío de significados y respuestas. Durante la adolescencia, cuando el chico ya tiene la capacidad de pensamiento abstracto entonces pregunta ¿qué hacemos aquí?, ¿para qué estoy?, ¿a dónde voy?, ¿qué voy a hacer en la vida?, ahí es cuando un buen padre, un buen profesor, algún pariente querido lo guía, no solo con el ejemplo si no con consejos y acompañándolo en sus angustias.

Ahora, uno de los más importantes componentes de la identidad personal es el auto concepto. Se puede considerar que existe un sí mismo:

- a) corporal
- b) psíquico
- c) social

Con respecto al concepto de sí mismo corporal, los cambios físicos de de esta etapa obligan a un importante reajuste de la propia imagen; todos estos cambios tienden a concentrar las preocupaciones del adolescente en los aspectos físicos del yo, sobre todo en lo referente a la eficiencia física (como suele ocurrir en el caso de los chicos), y al atractivo corporal (sobre todo en las chicas); todo esto no es de extrañar, por cuanto en esta etapa se produce el acercamiento al grupo de coetáneos como fuente principal de seguridad, por lo

que se pone especial interés en la conformación con ellos, no solo en la conducta social, sino también en las destrezas físicas y en el aspecto externo.

Para el psicoanálisis, en la adolescencia se reavivan los conflictos que se habían ido generando en la etapa fálica y que se encontraban un tanto adormecidos en la etapa de latencia. Así, el complejo de Edipo vuelve a ejercer una notable influencia en el comportamiento del adolescente, porque el deseo hacia el progenitor del sexo opuesto es de orden genital y las relaciones conflictivas hacia el padre o la madre empeoran por ese motivo. Por tanto, el adolescente se ve obligado a controlar sus impulsos sexuales mediante el control interno y además debe soportar el control externo que le impone la sociedad.

Para Anna Freud, la adolescencia es una etapa en la que la estructura del carácter puede llegar a tener cambios de gran importancia, según se resuelvan las tensiones entre los tres mecanismos clásicos:

- a) Los considerables impulsos del ello, favorecidos y estimulados muy especialmente por los cambios fisiológicos y hormonales que se producen en la adolescencia.
- b) La resistencia del yo ante estas fuerzas instintivas, que están en relación directa con el grado de desarrollo que el superyó haya alcanzado en la etapa de latencia.
- c) La propia fuerza del yo a través de los mecanismos de defensa característicos de esta etapa, como son la intelectualización y la sublimación, y de otros que han aparecido anteriormente, como la represión, la identificación y la proyección.

Para el psicoanálisis, la adolescencia es una etapa en la que existe una buena dosis de proclividad hacia los fenómenos psicopatológicos. Algunos casos concretos de posibles trastornos, por ejemplo, son los derivados de los sentimientos de culpa que puede producir la iniciación en las actividades

sexuales y la inversión del objeto sexual como resultado de los procesos de identificación con los compañeros más íntimos o con figuras alternativas al progenitor del mismo sexo. Anna Freud considera que la mayoría de estas perturbaciones sufren una "curación espontánea" una vez pasada la adolescencia, ya que son, simplemente, una fase evolutiva por la que el sujeto inevitablemente tiene que pasar.

Para Erikson, la etapa adolescente es la de la cristalización de la identidad, es decir, del esclarecimiento; este intento de definición lo realiza a través de todas sus actividades, aficiones, aspiraciones, y, sobre todo, sus amores, en una proyección de su propia imagen sobre el ser querido.

Se han señalado también algunos tipos de identidad, tal como se dan en la adolescencia:

- a) La realización lograda de la propia identidad en la que, tras una etapa de crisis, se ha conseguido un proyecto definido.
- b) La hipoteca, igual que la situación anterior, pero cuya solución ha sido impuesta por la presión de los padres.
- c) La moratoria o aplazamiento, cuando se está buscando activamente entre distintas posibilidades para llegar a una elección.
- d) La difusión de personalidad, cuando la persona no se halla comprometida con nada ni parece estar intentándolo.

Además, también se ha indicado cómo la búsqueda de la identidad a veces se cierra prematuramente y otras veces se prolonga indefinidamente. Por otro lado, en una sociedad concreta se puede distinguir entre identidades típicas e identidades anómalas (en el caso de estas últimas podrían ser positivas o negativas).

Las pautas de la formación de identidad pueden variar muy ampliamente entre los diversos adolescentes a consecuencia de influencias variadas, desde las relaciones de los adolescentes con sus padres, hasta las presiones culturales y subculturales, pasando por la tasa de cambio social.

Por último, señalaremos que cada vez se está comprobando más que se ha exagerado tanto la frecuencia como la gravedad de las crisis graves de identidad entre los adolescentes. Si bien es verdad que el adolescente tiene una serie de problemas en relación con su autoimagen, no parece que en este periodo de la vida humana se produzca una crisis de identidad con mayor facilidad y frecuencia que en otros.

Ya en el período final de la adolescencia se establecen semblantes primordiales, los cuales constituyen aspectos especiales que provocarán un impacto en la personalidad adulta. Enfatizamos la importancia, en la adolescencia tardía, de remodelar el ideal del yo para sintonizarlo con las capacidades de la persona, pero esto se constituye como una tarea con niveles elevados de dificultad, puesto que existe la persistencia de un rasgo característico adolescente: la incapacidad para hacer una evaluación certera de las propias fuerzas y limitaciones, con el consiguiente mantenimiento de objetivos y ambiciones poco realistas.

Durante la etapa adolescente se manejan diversos aspectos que influyen en la subjetividad, tales como:

- El impacto duradero de los primeros amores en las fantasías, expectativas, conflictos y elecciones de objeto de los adultos jóvenes. Demuestra de forma convincente lo influyentes que estas experiencias pueden ser y a cuántas facetas de la personalidad adulta afectan.
- Problemas de fijación en el periodo final de la adolescencia, un fenómeno largamente arraigado en los persistentes **apegos edípicos negativos**. Estos apegos bloquean un mayor desarrollo en las áreas de pensamiento, juicio y acción independientes, resultando en un fracaso al hacer la transición psicológica hacia la primera etapa adulta.

- Otro cambio que se ha producido en nuestro campo, quizá debido en parte al énfasis actual en la intersubjetividad (persona a persona), **las puestas en acto** y el momento aquí y ahora en el análisis, es la pérdida o eliminación de ciertos conceptos antiguos, que en años anteriores se consideraban básicos tanto para nuestras formulaciones teóricas como para la práctica clínica.
- Se da una unión de fuerzas poderosas: el recrudecimiento de los impulsos de base biológica, el renacer de los conflictos edípicos incestuosos, las luchas en cuanto a la separación y la autonomía, la ampliación de la capacidad de la mente para conceptualizar y para emplear procesos de pensamiento abstracto y simbólico, y las nuevas experiencias (que a menudo implican la experimentación sexual) de la adolescencia como tal.

Todas juntas, estas fuerzas crean una intensidad de la experiencia que, reelaborando y alterando las soluciones anteriores forjando nuevas formaciones de compromiso, tienen un profundo impacto en el desarrollo de la personalidad. Además, la agitación psicológica característica de los años adolescentes produce inevitablemente cambios significativos en el sentimiento del self, cambios que se convierten en parte permanentes de la representación de uno mismo.

Ahora bien, tenemos que señalar que los conflictos y resoluciones concretas de la infancia forman una investidura, mayor en unos individuos, menor en otros, para lo que acontecerá en el periodo posterior. Pero es incorrecto suponer un límite para el trabajo con los pacientes, sostener que en la adolescencia simplemente se reactiva o se revive en una nueva forma la neurosis de la infancia. Algunas expresiones que hemos llegado a utilizar para caracterizar ciertos procesos de la adolescencia, tales como la segunda fase edípica o el segundo periodo de separación-individuación, pueden dar la impresión de que lo que vemos en la adolescencia es principalmente, si no exclusivamente, la renovación de lo viejo, es decir, el renacimiento de los conflictos nucleares de la infancia.

Aunque está claro que la neurosis adolescente se basa en los conflictos y formaciones de compromiso de los periodos anteriores, también debe entenderse como una entidad separada, nueva y distinta, formada no sólo a partir de las cenizas de las viejas llamas nuevamente resurgidas, sino también de las fuerzas únicas psicológicas y biológicas que entran en juego y que inundan la personalidad en este periodo concreto de la vida. Y es esta nueva entidad, la que para muchos individuos ejerce una influencia duradera sobre el funcionamiento psíquico y el subsiguiente curso de la vida.

Cuando hablamos de los efectos de la adolescencia en un individuo determinado, sin embargo, es importante evaluar el rol que cada una de estas fases ha desempeñado en el cuadro clínico general. Con demasiada frecuencia, hablamos globalmente de la adolescencia y olvidamos la importancia de examinar sus componentes.

En este aspecto del desarrollo como en otros muchos, la especificidad tiene una importancia crucial. El periodo concreto de la adolescencia en el cual se combinan experiencias psicológicas clave con fuerzas biológicas para crear escollos –puntos de detención, como si dijéramos- determinará, en gran medida, no sólo la forma de la neurosis adolescente, sino también contribuirá de un modo importante al desarrollo de aquellos síntomas y rasgos de carácter que se convertirán en partes estables de la personalidad.

La adolescencia temprana, abarca aproximadamente de los once años y medio a los catorce, un tiempo con frecuencia olvidado de nuestras vidas y a menudo pasado por alto en el trabajo clínico.

Las tareas principales de la adolescencia temprana son encontrar soluciones adaptativas a dos importantes desarrollos: **(1)** los enormes y perturbadores cambios en el cuerpo, y **(2)** la necesidad de empezar el proceso de separación intrapsíquica de las imagos parentales de las que, hasta entonces, el individuo ha dependido para su sentimiento de seguridad y cohesión interna.

Las dificultades para lograr estos objetivos a menudo dan lugar a puntos de detención y conflictos sin resolver. Estos puntos de escollo a su vez retardan o desvían el desarrollo posterior, de modo que esta cadena de acontecimientos produce en último lugar un efecto significativo en la personalidad adulta.

La adolescencia temprana es una época de grandes cambios corporales, de torpeza, de desproporciones, de una maduración sexual aterradora, de granos, y de nuevos sentimientos por explorar. Nada es estable. Nada es sólido. Todo fluctúa y cambia. Los sentimientos heterosexuales y homosexuales compiten entre sí, y los enamoramientos de miembros de ambos sexos no son poco frecuentes. Abundan las inseguridades sobre quien es uno mismo y quién llegará a ser; la malicia, la inconstancia y las lealtades cambiantes son la norma.

En el colegio, uno puede estar "dentro" un día y "fuera" al siguiente. Es una época de mucho crecimiento, pero también de mucha confusión. Los experimentos con drogas, alcohol y sexo son frecuentes, y los actos antisociales de uno u otro tipo (actos que más adelante pueden causar a los que los perpetraron estremecimientos de vergüenza) no son poco comunes.

Si bien la represión de los recuerdos de la adolescencia temprana se mantiene con mayor o menor intensidad a lo largo de la vida, los efectos de este periodo en la formación del carácter y, especialmente en la representación de uno mismo, que frecuentemente está teñida de modos importantes por fantasías e imágenes del cuerpo desarrolladas en el periodo de la adolescencia temprana, son considerables.

Con mayor frecuencia, sin embargo, esta influencia permanece fuera de la conciencia, oculta tras recuerdos de la etapa de la adolescencia final y la primera de la vida adulta. Esta influencia, que da lugar en ocasiones a una fijación y a una necesidad continuada de reelaborar los conflictos de la adolescencia temprana, es especialmente pronunciada cuando se han producido experiencias traumáticas, especialmente pérdidas; ofreceré algunos

ejemplos para ilustrar los efectos de dicho trauma. Pero otros factores, también, incluyendo problemas en la maduración física y otras experiencias corporales clave, pueden tener un impacto indeleble y duradero en sistemas y rasgos de carácter posteriores.

No todo es dolor en la adolescencia temprana. Muchos jóvenes manejan los cambios corporales y hormonales, así como los inevitables conflictos psicológicos de la adolescencia temprana, sin ninguna dificultad. Y pueden tener muchas experiencias memorables y alegres. En circunstancias favorables, dichas experiencias ayudan a construir aquellas representaciones positivas de uno mismo que sirven como recursos personales de valor incalculable cuando los jóvenes afronten los desafíos que les plantea la adolescencia posterior (y la vida posterior).

Sin embargo, no es infrecuente que la adolescencia temprana deje marcas indelebles, y esto es especialmente cierto cuando el trauma, especialmente el de la pérdida repentina, se produce en esta época. En parte porque el joven adolescente no ha desarrollado todavía una capacidad sustancial para el pensamiento abstracto, metafórico, y la flexibilidad y la gama de operaciones defensivas que el adolescente mayor y el adulto tienen.

La adolescencia media, aproximadamente entre los 14 y los 16. Evolutivamente, es una fase muy importante. Actúa como puerta para la adolescencia tardía y se caracteriza a menudo por experiencias intensas, profundamente emocionales. La tarea más importante de la adolescencia media, en otras palabras, es hacer la transición, comenzada en la adolescencia temprana, de casa, con todos sus significados psicológicos, al mundo exterior. Como tal, es por excelencia una época para probar las "alas". Mediante la experimentación en estos años, los lazos con las imagos parentales, ya flojos, se terminan de aflojar para ayudar al adolescente a formar relaciones de pares más profundas y complejas, y, en último lugar, a prepararse para asumir mayores responsabilidades, para sentir una capacidad agente personal mayor y para entrar más plenamente en el mundo del amor romántico y sexual.

La adolescencia media también hace otra cosa. En situaciones favorables, fortalece la identificación con la figura parental del mismo sexo y, así, actúa reforzando y solidificando las identificaciones del periodo edípico previo. Así, también ayuda a preparar y fortificar el yo del adolescente para los conflictos de tipo edípico de la segunda etapa –y para el tumulto que a menudo se relaciona con ellos- que forman parte de la fase evolutiva de la adolescencia tardía.

Pero cuando las cosas se desvían, ciertas experiencias psicológicas (y éstas pueden incluir experiencias intensas, excitantes y a menudo emocionalmente abrumadoras así como otras que impliquen pérdida y dolor) pueden actuar como puntos de fijación. Esto puede dar como resultado complicaciones en el desarrollo de una fase vital normal de adolescencia final o principio de la vida adulta: Imposibilidad (por deficiencias yoicas) de mantener relaciones de pareja estables (vivir relaciones duraderas), desconfianza, egocentrismo, etc.

Debemos recordar que la adolescencia media es una época emocionalmente muy frágil. El joven de esa edad en parte ya no es un niño, que pueda refugiarse en el seno del hogar, como puede hacer el de 13 años, ni es una persona independiente con vista en el futuro, como lo son mucho de los de 18 a 20 años. Como resultado, el adolescente medio es bastante vulnerable a las experiencias emocionales intensas fuera de lo normal. Estas, por supuesto, pueden implicar la agresión negativa o incluso la violencia traumática, como puede suceder en ciertas familias disfuncionales o en situaciones de guerra u otras calamidades. Pero con bastante frecuencia el trauma psicológico pertenece a enredos sexuales para los que el joven está poco preparado.

La adolescencia final, es una época de la vida crucialmente importante. Como hemos apuntado, en esta etapa se dan muchos factores, incluyendo la ampliación de las capacidades cognitivas, la mayor libertad respecto de las imágenes parentales, la separación física real del hogar, la disponibilidad para vivir relaciones emocionales más profundas, el sentimiento sexual incrementado, una mayor exposición al mundo, y nuevas experiencias de aprendizaje.

En síntesis, la adolescencia es a la vez una etapa de la vida y un conjunto de procesos bio-psico-sociales, que comienza con los cambios biológicos asociados a la maduración sexual y termina con el logro de la independencia psicológica, social, afectiva y económica.

Como proceso, implica una gran cantidad de cambios y transformaciones, las que conmueven profundamente las estructuras biológicas, psicológicas (cognitivas, afectivas, morales y espirituales) y los asentamientos psicosociales, es decir, la vida de relación del individuo.

El advenimiento del pensamiento *hipotético-deductivo* (que permite reflexionar sobre el mundo y sobre sí mismo como objeto de auto-examen), los cambios morfológicos y fisiológicos que experimenta el cuerpo (que exigen una nueva adaptación tanto a sí mismo y a su nueva imagen corporal no pocas veces generadora de tensiones y ansiedades), así como también una redefinición en la relación con los demás, las transformaciones afectivas del experimentar sentimientos y emociones nuevos e inesperados, la necesidad de conocer, integrar y aprender a expresar constructivamente nuevos impulsos y motivaciones, sumado todo ello a los cambios en las reacciones y los modos de relacionamiento que el mundo externo empieza a tener hacia ellos, todo esto determina profundos movimientos en todas las capas del ser.

La meta de la etapa será la definición de la identidad personal y la formulación de un plan de vida, basado este en una definición de su rol en la sociedad y en sus concepciones del mundo y de sí mismo (Kimelman, en Almonte 2003).

Esta nueva identidad pasará, entre otras cosas, por redefinir sus relaciones no solo consigo mismo, sino de modo importante con la familia: aceptar los vínculos familiares y, a la vez, vivir con autonomía de ellos. Esto supone según Stevens (1994) una cierta atenuación del vínculo parental, la que es posible gracias a que los arquetipos parentales parecen -en este período- perder su preeminencia; los jóvenes retiran de sus padres las proyecciones arquetípicas, con lo cual se tornan más objetivos en la percepción de aquellos. En la relación, esto generalmente cruza por una serie más o menos intensas de

tensiones oposicionistas, vividas en el plano ideativo y/o conductual, que hacen parte del proceso de diferenciación de la identidad juvenil.

La categoría adolescencia.

La adolescencia no es una entidad clínica sino que es una categoría social definida por un discurso. Si no se tiene esto en cuenta se podría creer que existiría La Adolescencia con mayúsculas. Esa Adolescencia no existe, hay las adolescencias al plural y los sujetos al singular.

Si se cree en la adolescencia como universal se cae en la tentación de hacer un conjunto y adjudicar un supuesto ser común a los sujetos que caen bajo la franja de edad que se estipule. Esta es una práctica que responde a la tendencia homogenizadora de nuestra época y lleva a hacer intervenciones estándar que lejos de resolver las dificultades contribuyen a agravarlas.

La adolescencia es una categoría social relativamente nueva que intenta dar cuenta del pasaje de la infancia al mundo adulto, período que en nuestra cultura se alarga cada vez más para ciertos sectores y aparece por ello como objeto de mayor preocupación.

La definición de una franja de edad no puede pensarse de forma aislada porque las categorías guardan relación con otras definidas por el mismo discurso. Así puede decirse que si se alarga más la adolescencia es porque el reconocimiento como adulto se posterga y sin duda esto guarda relación por ejemplo con el mercado laboral, etc....

La adolescencia como enigma.

Los adolescentes nunca responden a la expectativa de la generación anterior por eso son vistos como extraños. Esta franja de edad aparece así como un enigma para los adultos. Es un enigma de época lo que quiere decir que hay algo nuevo que la generación anterior, la que puso en juego su deseo socializador, no puede entender. Esto sucede en general de una generación a

otra y este fracaso en la transmisión es su condición de éxito pues produce lo nuevo. Hoy cuando de la relación entre el capitalismo y el discurso tecnológico ha salido una revolución que cambia los parámetros de época esto se hace tal vez más evidente.

Un enigma llama a la interpretación. De allí la cantidad de enunciados que producen los adultos a partir de la confusión que realiza el pensamiento ingenuo entre categoría y ser. Estas respuestas *pret a porter* intentan dar cuenta de cómo son los adolescentes pero en realidad funcionan como parches que ayudan a hacer con el no saber y la angustia.

Sin duda que se puede hablar de ciertas tendencias en ese mosaico plural de las adolescencias que tiene que ver con las lógicas sociales. En este sentido se puede pensar la adolescencia como síntoma social y eso que no se entiende es desconocimiento, testimonio de la represión que vela la propia implicación.

La pubertad reprimida

Freud hablaba de pubertad para señalar un momento de la vida donde la aparición de un nuevo quantum pulsional desestabiliza la resolución lograda por el sujeto en la infancia. Para el psicoanálisis esto quiere decir que se abre la posibilidad de otro acceso al goce que lleva al encuentro con el partenaire sexual lo que implica cambios en el cuerpo, en la imagen, en la relación con el otro y en el régimen de satisfacciones. Es algo del orden de una experiencia, no se sabe por anticipado lo que se encontrará dado que -como señaló Kant y teorizó Freud-, el ser humano no trae como el animal la respuesta instintiva que diga cómo hacer con el sexo. Por eso se ven florecer lo que podría llamarse las teorías sexuales de la adolescencia que no son formuladas estrictamente para saber sino para posibilitar un encuentro.

Esto permite hacer la diferencia entre la información sobre la sexualidad y la construcción de la propia teoría. Para atravesar este tiempo el sujeto necesita de esa construcción fantasmática que le permite fijar un partenaire a partir de lo que son sus condiciones de amor y de goce. Es en este sentido un impase que

llevará a una conclusión sobre la forma de "tratar" al otro como partenaire sexual.

Es un momento donde el sujeto aparece como sexuado y esto es una cuestiones problemática para los adultos porque toca lo reprimido del propio pasaje. Sin duda que también lo es para el adolescente que debe resolver el suyo. Testimonio de una crisis de cambio que a veces tiene visos espectaculares y que requiere mucha prudencia para aquilatarla.

La adolescencia, si podemos dar una aproximación desde el psicoanálisis, remite a la pubertad como lo reprimido que cae bajo ese término. Se refiere al momento donde el sujeto se enfrenta con la falta de un saber sobre la relación entre los sexos bajo el imperio de un real que empuja al encuentro y donde algo debe inventarse para fijar un partenaire.

La adolescencia síntoma de la pubertad.

La diferencia entre pubertad y adolescencia radica en que la pubertad se define como aquello que refiere a los cambios fisiológicos y corporales, y adolescencia, como la interpretación que cada sujeto da a esos cambios. En este sentido situamos a la sexualidad como la emergencia de algo nuevo diferenciándola de la idea de progreso lineal o aún de reordenamiento, para articularla con los síntomas típicos (cuestiones con el saber, con el cuerpo, con la autoridad).

En el cuerpo del niño se han producido transformaciones, hay algo que es real y de lo cual no se puede hacer nada para impedirlo. Hay modificaciones en el cuerpo del sujeto, lo que lleva a repercusiones en el psiquismo del niño. Este fenómeno no puede ser descrito solamente desde el aspecto fisiológico pues hay peculiaridades propias del ser humano que complejizan la situación. Por un lado el ser humano no se encuentra con los fenómenos físicos de una manera directa, en bruto, sino que está mediada por el discurso. Todas las expresiones que provinieron de sus padres y las personas que rodearon al

niño, proveyeron de significados que le permitieron al niño articular su experiencia. En este cuerpo, efecto del significante existe una realidad pulsional, como una carga de energía que busca un objeto. Es un cuerpo fraccionado, dividido en las pulsiones que desarrolló Freud: pulsión oral, anal, fálica, genital. A este cuerpo fragmentado Lacan lo llama "a".

Además, y este es el segundo aspecto, Lacan desarrolla lo que se llama el estadio del espejo, lo que nos llevará a la noción de cuerpo como imagen. Para entender esto, pensemos en el niño recién nacido que recibe a partir de los sentidos un sinnúmero de informaciones. ¿Cómo organizarlas de tal manera que no lo dejen varado en una sensación caótica de su propio cuerpo?

Es donde interviene el otro, la madre, el padre, las personas que lo rodean y le hacen gestos de agrado, desagrado, sonrisas... Estos gestos no son indiferentes para el niño, a partir de la mirada del otro el niño va organizando un esquema corporal. En la imagen como cuerpo se experimenta el sentimiento vital, eso que llamamos autoestima, que es en definitiva el sentimiento que estamos vivos en nuestro cuerpo.

Ahora bien, ***¿qué es lo que pasa con el advenimiento de la pubertad?*** Esta imagen de cuerpo que tenía el niño se desmorona, entonces tiene la tarea de reconstruir su imagen. Sin embargo algo acá sucede desde el lado de la significación. Por más respuestas que vengan del otro, estas palabras dejan al púber insatisfecho. "Las palabras fallan para nombrar este surgimiento".

En nuestras prácticas, en un caso trabajado con una alumna adolescente de tercer año, mientras hablábamos de estos temas, me confiaba sus primeras impresiones cuando tuvo la primera menstruación. Contaba que tenía mucha culpa, que culpaba a su madre, que se sentía sucia, y por más que le habían explicado lo que le pasaba y que era natural, sin embargo esas palabras no bastaban para que su sentimiento de malestar llegue a su fin.

Por esta razón el sujeto encuentra la aparición de un real ante los cuales los significados que provienen del otro no cierran, hace que el sujeto encuentre la ausencia de una respuesta elaborada sobre el sexo. Lacan hace una afirmación bastante aventurada pues sostiene la hipótesis de que "no hay relación sexual". Esto pareciera que no es así pues desde los orígenes de la humanidad los seres humanos nos hemos arreglado para estar juntos entre sí y dejar descendencia. Pero, si analizamos concretamente las formas en que los seres humanos estamos entre sí, nos damos cuenta que no es simple.

En cambio, en los animales, no pasa lo mismo. Ellos tienen la información genética necesaria para poder acceder al otro sexo. Hay un saber en lo real que permite la relación. Sin embargo en el ser humano esto no es así. La información genética que tenemos no aporta muchas ideas a la hora de acceder al otro sexo. Este acceso está siempre mediatizado por Otro del discurso, por una cultura, por alguien que posibilite el acceso al otro sexo.

Para ilustrar estas ideas, traemos a colación el siguiente fragmento de un caso analizado por nosotros:

"Germán 17 años, viene hablando de sus dificultades para relacionarse con las chicas. No sabe cómo hacer, como hablarles, oscila entre el desprecio y el temor hacia las mismas, simultáneamente le preocupa la relación con su papá, tampoco a él puede acercarse sin prevención. Por esos días, cuestión no habitual, relata un sueño, que es el siguiente: sueña que va con el papá a un partido de fútbol, a un clásico que precisamente se había jugado en esos días y al que no asistió por los temores del padre acerca de los riesgos ya que G. iba con algunos amigos. En el sueño van los dos solos y entran por una puerta que sirve de acceso a la cancha, solamente ellos entran por esa puerta. Pero resulta que esta puerta ofrece un obstáculo al que hay que atravesar, el padre le ayuda a sortear el obstáculo y lo conduce a la cancha. Recuerda que de niño algunas veces fueron a ver jugar un partido a esa misma cancha, la del sueño. ¿Quién sino el padre podría operar para orientarlo en el camino hacia la

cancha y su entrada en la misma?. ¿Pero esto como se efectúa, bastan las palabras? En el sueño hay elementos significantes que apuntan a esa función, la función de la palabra, insiste la presencia de una boca. Pero también describe una puesta en acto de lo que podríamos pensar casi como un rito iniciático, el papá lo ayuda a saltar el obstáculo, a entrar en la cancha."

¿Pero, qué hace el adolescente frente a este vacío, a este agujero? siguiendo a Lacan nos indica que el sujeto construye un síntoma. En Lacan hay dos concepciones del síntoma. En la primera enseñanza de Lacan el síntoma tiene una estructura signifiante. Está en lugar de otra cosa. Por ejemplo, hay un caso clínico de un chico con Síndrome de Déficit Atencional. En el aula el chico no podía quedarse quieto, golpeaba a sus compañeros, no hacía su tarea, se paseaba de un lado para el otro. Indagando el vínculo que se establecía con los padres, el analista descubrió que el padre mantenía una relación primaria con su hijo. Lo veía como un rival que le quitaba el amor de su esposa, motivo que lo llevaba a tener actitudes agresivas con su hijo. Si el niño no encontraba su lugar era porque en sus relaciones vinculares el padre no le daba un lugar.

El síntoma se convierte en signifiante de esta problemática familiar. Al final de la enseñanza de Lacan, el síntoma deja de tener este aspecto simbólico, para ser teorizado como un modo de goce del sujeto. El goce está relacionado con ese lugar del sufrimiento al cual la pulsión se aferra y que en cierta manera hay un disfrute por parte del sujeto. Este es uno de los descubrimientos importantes del psicoanálisis y que desacredita muchas ilusiones que nos hacemos los sujetos.

Tomemos el caso del jugador Maradona, por ejemplo., la realidad es que él está cómodo como es, con sus adicciones y con su comportamiento que llega al escándalo. *Esto lo podemos extender a diferentes situaciones que vivimos en la escuela en el contacto con los adolescentes, y que hace muchas veces que por más que hablemos o recurramos a otros recursos es difícil que algunos de ellos abandonen sus adicciones.*

Volviendo a Lacan, *este escribe que ante el imposible de la relación sexual, el adolescente organiza un posible para él de una relación con el goce y este es su síntoma*. Si es cuestionable esta hipótesis es porque connota que todos aquellos que atravesamos la adolescencia lo hicimos a partir de un síntoma. Pareciera ser que todos estamos en el nivel de la patología. Pero no es así, *el síntoma puede ser una respuesta estabilizante para el sujeto*, cada uno da su respuesta a la experiencia de lo real por la cual atraviesa, elige sus ideales, su modo de vida, su propio goce. *Un síntoma se convierte en patológico cuando incomoda al sujeto, cuando lo lleva a preguntarse, por qué repite determinadas cosas, por qué le pasan tales otras, qué cosas personales están implicadas en eso que vive.*

Nace, entonces una pregunta, sobre el real que atraviesa el adolescente y recurriendo a Lacan se ve que el concepto de real tiene tres acepciones: La primera acepción hace referencia a una discordancia entre las identificaciones imaginarias y las simbólicas. Del lado de las identificaciones imaginarias, la imagen de cuerpo tiene que modificarse por la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La reconstrucción de esta imagen es problemática. Del lado de las identificaciones simbólicas el adolescente debe separarse de la figura de su padre y elegir sus ideales de otra manera que identificándose con el padre. Es cuando aparecen fijaciones del adolescente en otros modelos de adultos.

La segunda acepción de real en Lacan habla de un encuentro. Tomando dos categorías aristotélicas como es la tyché (azar) y automatón (la repetición) Lacan habla de lo real como aquello que siempre se repite. Es el encuentro con lo que ya conocemos, y la sabiduría popular lo expresa con la frase: "tropecé de nuevo con la misma piedra". La tyché, en cambio es otro tipo de encuentro. Es el encuentro con lo nuevo, con aquello que no conocemos. En la pubertad se da este tipo de encuentro con lo nuevo, con aquello que no se organizó previamente.

En la última enseñanza de Lacan lo real es la ausencia de relación sexual, que ya desarrollamos. En el instinto ya está el código para acceder al otro, pero esto que es simple y directo en los animales, en el hombre, al estar marcado por el discurso, al ser un sujeto hablante, no es tan simple. Necesita recurrir a Otro, que le muestre el camino. ***En conclusión lo real de la pubertad es “la irrupción de un órgano marcado por el discurso ante la ausencia de un saber sobre el sexo, ante la ausencia de un saber sobre lo que puede hacer frente al otro sexo. Cada uno tendrá que inventar su propia respuesta.”***

Del síntoma social al subjetivo

Cada discurso tiene su especificidad de abordaje y desde el psicoanálisis se hace la distinción entre oferta social y uso individual lo que permite dar cuenta del funcionamiento que tiene el objeto droga en un sujeto particular. Se trata del pasaje del síntoma social al síntoma subjetivo porque no se puede homologar a los sujetos por el síntoma pues la significación y la modalidad de satisfacción que encierra para cada uno el mencionado síntoma los desagrega.

Es frecuente que el sujeto encuentre en la reafirmación en el grupo de pares la vía para poderse separar del Otro familiar y poder acceder al Otro del sexo. El punto de referencia del Otro familiar, aunque sea por la vía de la prohibición, y el apoyo de los pares dan aliento para la iniciación sexual. Si no es así la desorientación se extiende y el objeto sintomático (droga, ludopatía, masturbación, anorexia, etc.) puede venir a colmar ese vacío y a prolongar el impasse del encuentro.

Por ejemplo, un adolescente señalaba esta cuestión y precisaba que lo que los reunía era que hablaban todo el día de las sustancias y de sus “trapicheos”. Se podía escuchar en sus palabras que esta práctica borraba la diferencia entre chicos y chicas pues todos eran “colegis”. Lo que llamaba la atención era que al lugar de las conversaciones sobre cómo hacer con el otro hablaban del

“cómo me lo hago”. Fue a partir del “me lo hago solo” que se abrió el tema de la masturbación que tomó el cariz de “apañarse con la soledad”. A partir de este punto se pudo comenzar un trabajo que hizo pasar a segundo plano el tema del consumo.

A veces el borramiento del Otro, especialmente la mirada del Otro que no registra lo que sucede, lleva al sujeto a hacer un *acting* de llamado que busca la respuesta como límite. Es un llamado al Otro para que ayude en la regulación de un goce que se descontrola y genera un profundo malestar. La desresponsabilización de los adultos produce, en la actualidad, nuevas formas de desprotección pues se deja al sujeto “solo frente al peligro” interno que se encarna en el aumento de excitación. Esto no es sin relación con el aumento de la llamada hiperactividad infantil.

Muchas de las urgencias tienen la marca de un llamado. Es frecuente que el exceso implique la urgencia médica y este punto desencadene la urgencia familiar. En algunos casos los padres no habían registrado nada con anterioridad pese a las “pistas” que los sujetos dejaban. Es interesante ver como algunos pasan de “no sabíamos nada” a “no sabemos qué hacer”. Se puede hablar de la función del adulto y sus responsabilidades en crisis que lo presentan cada vez más del lado del no saber hay que ver sin duda como funciona en cada caso.

Durante nuestras prácticas, los padres de una adolescente pidieron una entrevista de urgencia diciendo que no sabían qué hacer con su hija a partir de una crisis provocada por pastillas en una discoteca y que requirió atención médica. “Es una drogadicta” decían y pensaban que tal vez deberían ingresarla para su desintoxicación. Para evitar esa identificación en el discurso de los padres les hice la pregunta que evitaban “qué le pasa a su hija”. Después del primer momento de angustia se pudo ver que, por razones diferentes, la pubertad de la niña los había afectado. El padre pudo hablar de algo que

señalaba su dificultad ante el pasaje de niña a mujer. La madre se refirió a la menopausia y de un estado depresivo que arrastraba por algo que vivía como una pérdida de su "ser mujer". Les dije que antes de hacer nada había que hablar con la niña y ver qué le pasaba a ella. Esto los tranquilizó y consintieron a ello. La niña estaba realmente asustada por lo sucedido y por las repercusiones que eso podía tener en el grupo. Cuando le pregunté qué le había pasado respondió que estaba "engrupida" con un chico y que se encontraban en la discoteca. En realidad lo único que hacían juntos era tomar la pastilla que los lanzaba a un circuito de excitación que llevaba al desencuentro. Consentir a la práctica del otro para ser querida era lo que se formulaba para esta niña como un problema.

Estos dos casos permitieron el despliegue de las coordenadas subjetivas y de la lógica de la emergencia sintomática y la problemática con el objeto droga dejó paso para tratar la dificultad que realmente obturaba.

Haremos referencia ahora a un caso donde el uso ni siquiera tiene que ver con el consumo. Un adolescente vino a verme porque le iban mal en los estudios cosa que sorprendía a padres y maestros porque era un estudiante brillante. Cuando le pregunté cuál creía que era la causa de ese problema me explicó que en una fiesta se "amarró" con una chica que hacía tiempo que le gustaba y que está le dio a probar un "cigarrillo". Ese humo aspirado le hizo un crack en la cabeza. Nunca más ha vuelto a probar pero se considera un "neuroadicto", este neologismo da cuenta del corte operado en su vida y señala que hasta que no resuelva eso no se volverá a amarrar con ninguna chica. Sin duda que se trata de un desencadenamiento psicótico y "neuroadicto" es la barrera que pone al encuentro con el partenaire que tiene para él efectos desestabilizadores y por eso mismo, al menos por ahora, no hay que empujarlo a ello.

Para concluir, y antes de abordar el tema de la neurosis en la adolescencia, hay que ver el funcionamiento o el uso del síntoma que tiene para cada sujeto. Mientras que para ciertos sujetos puede sostener el impase del encuentro con

el partenaire sexual para algunos casos de psicosis puede operar como un intento de automedicación que reduce los fenómenos psicóticos por el procedimiento de remiendo.

En otros, el síntoma puede tener una función opuesta de desestabilización o incluso, como en el caso comentado, ser un neologismo que puede fijar al sujeto sin necesidad de consumo.

Es tan importante trabajar el síntoma social como el síntoma subjetivo y allí cada discurso tiene su particular abordaje de la problemática en juego. Desde el psicoanálisis se puede hacer una aportación modesta pero que da cuenta de una especificidad que puede colaborar al abordaje de un fenómeno social complejo, la oferta es general pero el uso es particular. Por ello las respuestas estándar no son posibles cuando se halla en juego el sujeto.

Así, hoy asistimos a un cambio en las formas del vínculo social caracterizado por un marcado individualismo y modalidades asociativas que responden a las lógicas de fragmentación. Las propuestas sociales son más autoeróticas; que cada uno se satisfaga con su objeto de consumo define, en cierta medida, una propuesta de "adicción" a los objetos.

La relación al Otro también cambia. Las marcas ya no son las de la cultura sino las del mercado lo que implica a veces una demora en la construcción del partenaire porque hay que recordar que los ritos culturales son orientaciones que ayudan a fijarlo. Este intervalo de desorientación se puede recubrir con fijaciones autoeróticas que dificultan el pasaje por el Otro y en algunos casos el objeto droga cumple esta función.

Sin duda que es diferente una propuesta regulada por la cultura que impulsada por el mercado. La regulación cultural tiene cortes, escansiones, márgenes... por eso se puede hablar de regulación. El mercado actual no regula, des-regula con sus imperativos de consumo. La hiperexcitación y la desconexión aparecen como tendencias que no permiten la elaboración de allí el predominio de una clínica de la compulsión.

En el contexto social la oferta del sexo (imagen corporal sublime) drogas, ludopatías, anorexia, bulimia, hiperactividad, ansiedad, todas son sintomáticas, neuróticas, es decir, revela algo del momento.

3.2.1. La neurosis

Es por todos estos motivos que nuestro trabajo se centra en una estructura o instancia característica, presente en todo ser humano: la Neurosis.

En los adolescentes existen diversos vacíos de significación, se manejan con funciones yoicas debilitadas tales como: la función del juicio (se cree indestructible), la imagen corporal (inseguridades con su cuerpo); las cuales repercuten en su vida de manera significativa y produce una respuesta inhibitoria, generando malestar y confusiones.

Los enamoramientos los viven sobre datos falsos (pensamientos mágicos, fantasías, ilusiones, etc.), es decir, se vive una neurosis en plenitud. De aquí, que ante esos vacíos significantes, como hemos descrito previamente, el sujeto toma o introyecta semblantes que le otorga la cultura o en su defecto, el mercado y de aquí hacen síntoma, con este síntoma el adolescente logra poner "algo" en ese vacío y se "reacomoda", de aquí la aparición de los actos compulsivos tales como la masturbación, la ludopatía, anorexia, bulimia, drogodependencia, etc.

Tanto en el adolescente como en el adulto, se presentan situaciones que nos alteran, desubican, estresan, etc. es decir, que nos afecta emocionalmente, se trata de una cuestión del ser, ser en estado de cambio, dolorido, angustiado, que busca afirmar su identidad. La base, o por ponerlo de algún modo, el responsable de nuestra disfuncionalidad se la debemos a las relaciones con nuestros pares, es decir, con los otros (arcaicas y presentes).

Aun cuando las neurosis se encuentran entre los trastornos emocionales más comunes de la práctica psicológica, probablemente ninguna otra entidad clínica es, con tanta frecuencia, tan mal comprendida. Con mucha frecuencia se titula

de "neuróticos" a individuos con un comportamiento excéntrico o un poco inestable. Por esta razón, es muy frecuente escuchar a las personas decir entre sus pláticas cotidianas "está neurótica no le hagan caso" o "ya sabes que es un neurótico"; como si al hacer esta referencia fuera algo normal o no tuviera ninguna importancia.

Lo cierto es que la neurosis es una "enfermedad" emocional, que quien la padece, y si es de tipo obsesiva no la pasa tan bien como tan simple puede parecer, ya que es una patología en la que se vive en constante tensión y ansiedad.

Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada. Son desequilibrios emocionales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad (funciones yoicas relativamente estables); en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa.

La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada.

Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés y la ansiedad se presenta como "señal"; sería fruto de la movilización de las defensas yoicas, frente a impulsos sexuales y agresivos, y conflicto Edípico.

En consecuencia, muy a menudo los síntomas incluyen angustia y una exageración o hiperactividad de los mecanismos que el paciente emplea comúnmente para resolver su angustia y el estrés.

Las neurosis pueden ser de tipo recurrente y se manifiestan de la misma forma a través de toda la vida del paciente. Pueden variar de gravedad, desde episodios leves hasta una enfermedad grave e incapacitante, que incluso requiera hospitalización.

Neurosis antiguamente quiso decir lleno de nervios. Di Mascio, (1970) dijo: "Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada".

a) Diagnóstico

Las neurosis constituyen siempre un desequilibrio en el nivel individual de adaptación y el individuo sirve como su propia línea de referencia cuando se descubren esos trastornos. La mayor parte de las personas desarrolla hábitos, síntomas menores o inhibiciones que pudieran recordar los signos de una neurosis.

En cualquier momento en que se observen patrones crónicos de mala adaptación que simulen una neurosis, debe tomarse en cuenta la posibilidad de un trastorno de personalidad.

Factores muy importantes para el diagnóstico de las neurosis son el examen mental, la historia personal del paciente, la evaluación médica y las observaciones del curso clínico de la enfermedad. Además, las pruebas psicológicas, especialmente el Rorschach, resultan muy útiles para identificar las neurosis y para diferenciarlas de las psicosis y de otros trastornos de base orgánica.

La neurosis es una patología que en sus alteraciones psíquicas manifiesta las siguientes características:

- a) Relativa adaptación al ambiente.
- b) No distorsión de la realidad.
- c) Conciencia de la enfermedad, reconocimiento por parte del paciente de su enfermedad, existiendo generalmente con esto un sentimiento de sufrimiento.

- d) Síntomas fundamentales en la esfera afectiva con predominio de la ansiedad.
- e) Presencia de una sintomatología relativamente mantenida en el tiempo (al menos con dos años de evolución).
- f) Ocurrencia de hechos "psicotraumáticos" (frustraciones, fracasos, pérdidas), de gran significación emocional para el sujeto, que generalmente este asume como causa de sus manifestaciones.
- g) Presencia de alteraciones en la personalidad.

Vista nuestra concepción sobre la neurosis pasemos a exponer las principales ideas y resultados elaborados a partir de las actividades asistenciales e investigativa.

La neurosis surge, en la medida en que se produce un desarrollo anómalo de la personalidad, el cual tiene su origen en la infancia, como resultado de necesidades, insatisfechas de afecto, seguridad, independencia y realización personal principalmente; de entre las cuales, por las propias vivencias frustrantes del niño en un ambiente familiar inadecuado, la necesidad de afecto comienza a adquirir un sentido personal exacerbado, pasando a ocupar un lugar central en la jerarquía de motivos del sujeto, convirtiéndose en un motivo rector de su actividad; todo lo cual va a incidir en el desarrollo alterado de formaciones motivacionales como la autovaloración, cuya inadecuación se va a expresar particularmente, en las relaciones interpersonales del sujeto.

La formación alterada de las estructuras reguladoras de la personalidad impide desde edades tempranas, una relación armoniosa con la realidad, viéndose el sujeto sometido a continuas frustraciones en todas las áreas de interacción, acrecentándose en su autoconciencia, sentimientos de inseguridad e infelicidad, estructurándose la neurosis como tal.

La neurosis como enfermedad psíquica implica dos formas de expresión íntimamente relacionadas:

- a) Presencia de alteraciones en la personalidad.
- b) Presencia de síntomas.

Las alteraciones de la personalidad han incidido de forma negativa en la presentación de síntomas y a su vez éstos agravan aún más dichas alteraciones. La neurosis a la vez que implica una patología específica de la personalidad, debe ser vista como una consecuencia del propio desarrollo de ésta.

Si bien para hablar de personalidad, ya sea normal o alterada, hay que basarse en la etapa (adolescencia -juventud) en la que ya el sujeto posee una autodeterminación en su comportamiento, una autovaloración y un sistema de motivos relativamente estable y particular, ésta debe concebirse como resultado de un proceso formativo que comienza desde que el niño nace y que va mediatizando las influencias medio-ambientales posteriores. Es por ello que podemos ver en la infancia cuadros clínicos y rasgos caracterológicos que imitan la neurosis del joven y del adulto.

La escasa o nula presencia de cuadros reactivos en los casos vistos en nuestra práctica asistencial habla a favor de la existencia de la continuidad de un proceso patológico que se hace evidente desde la adolescencia o antes.

Consideramos que los factores exógenos psicotraumáticos no son la causa de la neurosis. Lo externo adquiere una significación patógena en función del sentido personal que adquiere para la personalidad, por tanto, la personalidad deviene en importante factor mediatizador de los hechos vivenciados por los sujetos. De ahí que los conceptos "etiología" y "personalidad premórbida" en la neurosis no deben ser considerados como aspectos independientes. Los resultados encontrados en las actividades asistencial-investigativa, plantean la necesidad de considerar el proceso de la formación de la personalidad como un factor esencial en el origen de la neurosis.

La consideración de alteraciones de la personalidad no la valoramos con el objetivo clasificatorio que los trastornos de personalidad tienen y que aparecen descritos en los manuales de diagnóstico y clasificación de enfermedades mentales, sino a partir del concepto de personalidad normal y con un lenguaje que difiere con el de rasgos o patrones interrelacionados: concebimos las alteraciones de las formaciones auto reguladoras sólo como una desviación de éstas en la normalidad.

Como apuntara B. W. Zeigornik: *Hablamos de alteraciones en la personalidad cuando, por influencia de la enfermedad, se estrechan en el paciente los intereses, disminuyen las necesidades, cuando se vuelve indiferente hacia aquello que antes lo inquietaba, cuando sus acciones pierden su finalidad, cuando sus actos se hacen ilógicos, cuando el hombre deja de regular su conducta y no está en condiciones de valorar adecuadamente sus posibilidades.*

A diferencia de lo que señala Zegarnik para otras enfermedades como la esquizofrenia, el alcoholismo, etc., las alteraciones de la personalidad en la neurosis no aparecen como consecuencia de la enfermedad en un momento determinado de la vida, sino que las alteraciones son consustanciales a la neurosis misma y se van formando desde edades tempranas, lo cual se evidencia cuando se evalúan a niños con inadaptación neurótica y neurosis infantiles.

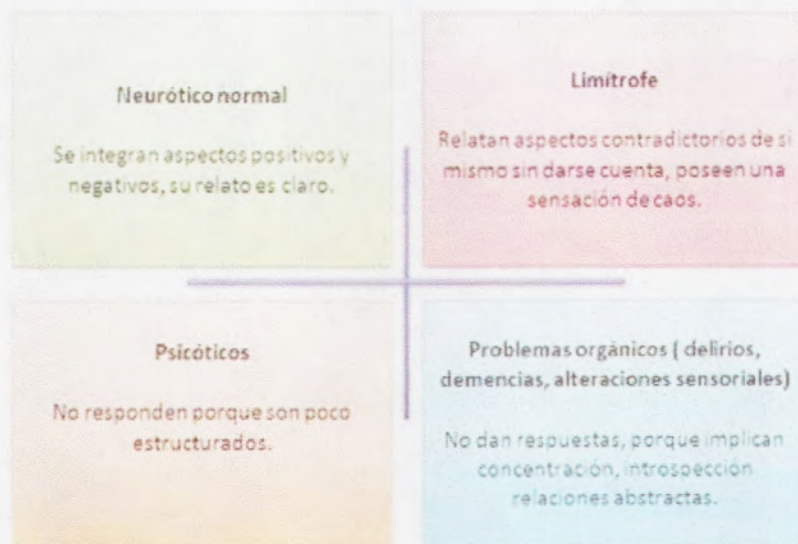
b) Criterios de clasificación y evaluación clínica:

La clasificación de estructuras de personalidad se basa en tres criterios básicos:

- ➔ **Identidad del yo:** incluye dos puntos esenciales: concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones, y el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto. La identidad del yo está presente sólo en las estructuras neuróticas, por lo tanto es un criterio diferenciador con las estructuras limítrofes y psicóticas.

La evaluación clínica de este criterio no se debe realizar en personas que presenten cuadros psicóticos y/u orgánicos.

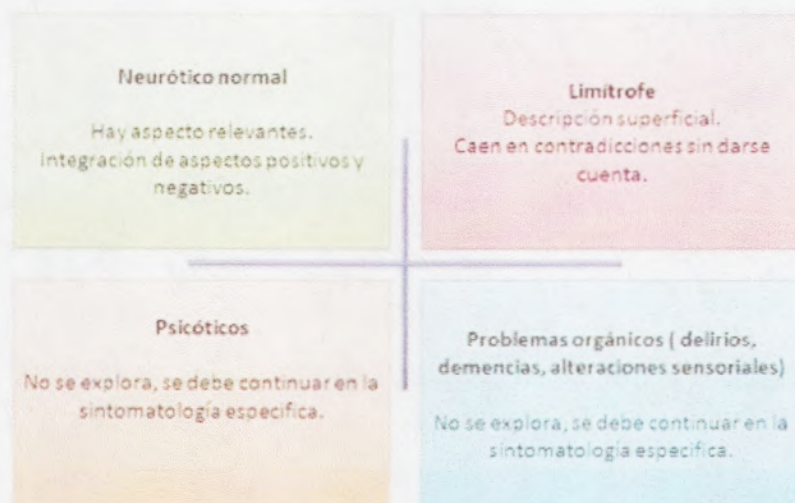
- Para explorar la integración del sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones las preguntas que se hacen son: *"Ahora que me ha contado por qué vino y cuáles son sus problemas, me gustaría que se describiera a sí mismo en unas pocas palabras ¿cuáles son las cosas que lo diferencian a usted de las demás personas?"*.



Se espera que una persona normal o con estructura neurótica pueda dar una descripción donde se integren aspectos negativos y positivos, identificar sus características estables sin desconocer que en ciertas circunstancias puede salirse de esos patrones; además el entrevistador puede formarse una imagen relativamente clara de la persona a partir del relato del paciente. Las personas con estructuras límite relatan aspectos contradictorios de sí mismos pero sin darse cuenta de la contradicción de su relato, el entrevistador puede tener la sensación de que el paciente está hablando de distintas personas por lo que no puede percibir en forma clara la descripción del paciente y tener la sensación de caos. Las personas con estructuras psicóticas no pueden responder esta pregunta porque es poco estructurada y requiere mantener empatía con el entrevistador. Las personas con problemas orgánicos (delirio, demencia, alteraciones del

sensorio) tampoco logran estructurar una respuesta pues implica concentración, introspección y relaciones abstractas.

- ✦ Para explorar el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto, primero se debe captar cuáles serían esas personas y luego preguntar "*¿por qué no me describe la personalidad de su mamá y de su hermano? Cuénteme ¿cómo son ellos?*". Los pacientes con estructura límite dan una descripción superficial que impide conocer los aspectos más profundos de esas personas, además muchas veces caen en profundas contradicciones cuando describen características sin que se percaten de ello. En pacientes con estructura neurótica la descripción incluye aspectos relevantes, integración de aspectos negativos y positivos que permiten que el entrevistador se haga una imagen más o menos clara de esas personas. En el caso de estructuras psicóticas o con problemas orgánicos no se continúa con la exploración de la Identidad del yo y se pasa a indagar más en la sintomatología específica.



Juicio de realidad:

Este segundo criterio de clasificación y valoración clínica, implica la capacidad de: diferenciar el yo del no-yo, diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico; y mantener criterios de realidad socialmente aceptados. El juicio de realidad está mantenido en las estructuras neuróticas y

límitrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y límitrofes.

La evaluación de este criterio se hace en tres etapas (Gomberoff, 1999):

- I. Presencia / ausencia de alucinaciones o ideas delirantes: si en ese momento las tiene significa que el juicio de realidad está perdido. Si ha tenido estas manifestaciones se pregunta por el significado de ellas "*¿qué le parece lo que le pasó?*" si el paciente responde que no lo entiende y teme estar perdiendo la razón significa que se recobró el sentido de realidad (lo que puede ocurrir en las estructuras límitrofes), por el contrario si lo describe como algo natural, el juicio de realidad aún está perdido.
- II. Manutención de criterios sociales: si el paciente nunca ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes se evalúa, mediante la observación o análisis del discurso, lo más extraño o absurdo de la conducta del paciente o de los afectos. Después de tener claro esto se le pregunta "*yo quisiera hablar con usted de algo que he observado en nuestra interacción ¿me permite que le señale algo que me llamó la atención y que me tiene al o sorprendido, que no entiendo?...yo vi que usted estaba haciendo esto o reacciona de tal forma y esto me pareció raro ¿usted entiende que a mí me haya parecido extraño o es un problema mío?*" Un paciente con el juicio de realidad mantenido entiende que al entrevistador le resulte extraño lo que él le señaló y explica la situación mejorando el entendimiento de éste. Por el contrario, el juicio de realidad se denota perdido si el paciente no puede ver por qué a otra persona le resulte extraño cierto comportamiento.
- III. Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos: este paso es el más difícil. Se debe tener una visión global del paciente, tomar en cuenta su comportamiento y como responde a las preguntas del entrevistador. Las reacciones defensivas primitivas comienzan a aparecer en las estructuras límitrofes y psicóticas al pedirle al paciente que se describa y continúan apareciendo en el transcurso de la entrevista estructural ante las defensas del paciente, interpretar en el presente y ver la reacción de este. Los pacientes límitrofes mejoran con esta intervención, los psicóticos empeoran.

Predominio de mecanismos de defensa primitivos v/s avanzados:

En la práctica clínica se aprecia que los mecanismos de defensa se utilizan en constelaciones o conjuntos. La constelación neurótica o mecanismos avanzados se centran en la represión además de ir acompañado de proyección, intelectualización, racionalización, negación y formación reactiva. La segunda constelación la constituyen los mecanismos más primitivos los que se centran en la escisión, junto con esta aparecen la identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia, control omnipotente, devaluación y negación primitiva. Este criterio sirve para diferenciar las estructuras neuróticas de las limítrofes y psicóticas ya que los mecanismos primitivos son típicos de estas últimas organizaciones (Gomberoff, 1999).

Para evaluar las constelaciones hay que poner atención en la interacción con el paciente. Los mecanismos avanzados usualmente no interfieren la relación paciente-terapeuta, se ven más indirectamente. En cambio los mecanismos primitivos pueden observarse directamente ya sea en el contenido del discurso del paciente (contradicciones, adjetivos muy positivos hacia el terapeuta o negativos, etc.) como en el comportamiento (reacciones de angustia, muestras de desprecio, provocación, rechazo en el lenguaje corporal). Junto con el uso de estas defensas se puede apreciar regresiones transferencias y contratransferenciales desde las primeras sesiones.

La exploración de estos tres criterios permite diferenciar entre estructuras psicóticas, neuróticas y limítrofes, sin embargo a menudo la clasificación de las estructuras limítrofes se hace dificultosa por su carácter intermedio. Para clarificar el diagnóstico, Kernberg propone otros criterios que caracterizan a las estructuras limítrofes y las diferencian de las neuróticas. Estas son:

- **Dificultades graves y crónicas en las relaciones de objetos:** los pacientes limítrofes no logran establecer relaciones verdaderas con otra persona, caen en la manipulación, control y desvalorización del otro.

- **Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica:** falta de control de impulsos, incapacidad para tolerar la angustia, insuficiente desarrollo de canales de sublimación,
- **Tendencia problemática del súper yo:** puede manifestarse como el apego a normas morales por el "qué dirán" o en conductas antisociales, mentira crónica, robo, engaño, estafa, agresiones abiertas a otros o explotación parasitaria.
- **Síntomas neuróticos crónicos, polimorfos y difusos:** presencia de angustia, depresión, fobias, síntomas obsesivos, tendencias hipocondríacas.

c) La Neurosis vista psicoanalíticamente.

"Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa".

Según la teoría psicoanalítica todas las personas normales sufren de neurosis de angustia; de ahí lo que difiera son sus formas o rasgos: obsesivos, fóbicos, histéricos; la neurosis es la falta en ser; todos somos sujetos deseantes (hemos perdido algo que nunca lo obtendremos o que no lo volveremos a experimentar jamás: el primer alimento), buscamos a ese objeto perdido que nunca lo recuperaremos; somos sujetos tachados, faltantes, no somos completos y por ende deseantes (tenemos angustia de castración). Nuestras demandas no se satisfacen de manera inmediata y eso nos genera malestar.

Los síntomas que presentamos nos estabilizan de alguna manera, pero el problema es cuando ese síntoma se convierte en insoportable, nos angustia demasiado nos ocasiona displacer y también afecta a los demás.

El psicoanálisis ha establecido la importancia de la relación de objeto y ha permitido comprender el origen de los trastornos a partir de la historia de la relación del sujeto con su medio.

Los sujetos neuróticos parecen haber sufrido una fragilización en este sentido al principio de su desarrollo, en el estadio pre-objetal exactamente, edad pre-verbal, en la que lo orgánico y lo fisiológico, lo psicológico y lo relacional son indistintos y donde la indiferenciación de sujeto-objeto convierte al sujeto en extremo dependiente de su madre.

Si en este estadio el sujeto sufre una fuerte frustración de las satisfacciones indispensables, sea por una enfermedad o por falta de cuidados o afecto puede desarrollar un conflicto que posteriormente se puede reactivar.

Por ejemplo, vemos en los enfermos psicósomáticos una tendencia a utilizar defensas como la proyección y la introyección. En la tuberculosis, por ejemplo, vemos una respuesta de deseo de huida por repetición de la actitud de dependencia, y en la hipertensión una actitud de agresividad y lucha, y en el asma y úlcus gástrico una contradicción entre la actitud agresiva y de lucha y la actitud de dependencia.

En los neuróticos la profunda necesidad de dependencia y la intensidad de su agresividad les pondría en peligro si aceptasen la evidencia de sus pulsiones libidinosas y agresivas. Son en apariencia bien adaptados socialmente y no dejan filtrar manifestaciones afectivas para que no emerjan sus deseos o represiones. Desde la histeria de conversión hasta la somatización hay una represión progresiva de los afectos, hay un enterramiento progresivo de los síntomas en el interior del cuerpo.

Series complementarias				
Predisponente			Precipitante	
Primera serie		Segunda serie		Tercera serie
genéticos	congénitos	innatos	vivencias infantiles	
			conflicto actual o motivo desencadenante	

d) Síntomas generales de la neurosis

Básicamente en todas las neurosis el conflicto nuclear tiene relación con la conflictiva edípica de la cual los síntomas son transacciones entre el deseo y la defensa. Los síntomas neuróticos son formaciones de compromiso y satisfacción sustitutivas. El síntoma tiene como objetivo un beneficio primario y otro secundario. El primario tiene por finalidad resolver un conflicto con el menor costo posible y el secundario las implicancias narcisísticas que esto conlleva.

La angustia es el síntoma esencial de las neurosis y cumple una función defensiva como de descarga. Está caracterizado por sensaciones de inquietud, incertidumbre y desamparo que no guardan relación con un peligro real externo o interno. Está acompañada por manifestaciones fisiológicas: temblores, ahogo, transpiración, mareos y aceleración de los ritmos vitales, que expresan la hiperactividad del sistema simpático que esta emoción manifiesta y reaviva un hecho de la historia del sujeto.

Desde una perspectiva clínica la angustia puede nacer de dos modos: ineficazmente (si la nueva situación de peligro ya ocurrió) o eficazmente si actúa como señal de aviso del peligro inminente y evita al sujeto tener que enfrentarse ante una nueva situación displacentera, y presentarse ya sea como estado de angustia o como crisis.

Estado de ansiedad: no debe ser confundido con "neurosis de ansiedad o de angustia". Como tal, este estado puede presentarse en muchos síndromes y cuadros y en todas las neurosis. Se trata de un foco permanente de inquietud y desasosiego sin que los compromisos orgánicos sean intensos ni que la vivencia subjetiva inunda e invada la personalidad. La desorganización y alteración a la que lleva se va produciendo de manera progresiva, incompleta y de larga duración, y se realiza a través de estados sucesivos, dando lugar a la aparición de comportamientos automáticos, más o menos complejos.

Crisis de Ansiedad: una crisis es un episodio de breve duración, de síntomas polimorfos, desencadenados por factores internos o externos que desaparecen sin dejar deterioro o déficit. En el caso de la crisis de angustia se trata de la interrupción súbita e intensa de la vivencia de angustia junto a una serie de trastornos somáticos característicos: disnea, palpitaciones, sequedad de la boca, temblores, etc. Puede darse como gran crisis o como pequeña crisis. La diferencia estriba en la intensidad sintomática y duración del episodio.

Las manifestaciones neuróticas son múltiples, destacándose entre ellas: conductas rígidas; sentimientos de inferioridad y de inadecuación; miedos y temores exagerados e irracionales (fobias); tensión e hiperexcitabilidad ante las distintas situaciones de la vida; conciencia de su sufrimiento, pero sin percibir el origen de sus problemas (vivencia egodistónica de los síntomas); conservación del juicio de realidad (el enfermo neurótico a diferencia del psicótico, mantiene sus vínculos con el mundo externo y el juicio crítico de sus actos); conciencia de enfermedad (el enfermo siente que algo anda mal y que debe modificarlo); sentimientos de angustia, culpa y depresión; incapacidad para relacionarse en forma satisfactoria con los demás; falta de sentimientos de felicidad; dolencias orgánicas inexistentes con trastornos **orgánicos o funcionales, por conversión** (somatizaciones); **trastornos de la actividad sexual** (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, etc.); trastornos del sueño (insomnio, fobia al sueño o hipersomnias) y fundamentalmente angustia y las defensas levantadas contra ella.

Podría decirse entonces que se trata de trastornos de la conducta, de los sentimientos o de las ideas que manifiestan una defensa contra la angustia y constituyen, en relación con este conflicto interno, una transacción de la cual el sujeto obtiene, en su posición neurótica, cierto beneficio (beneficio secundario de la neurosis). **En el caso de Sharon:**

“Los motivos de sus síntomas neuróticos empiezan a actuar muchas veces ya en la infancia. La niña, ansiosa de cariño y que sólo en momentos emergentes tiene la atención de su padre, debido a que por factores laborales vive lejos, ella nota que con su mal comportamiento acapara la atención de su progenitor y provoca que éste acuda al llamado de la psicóloga manteniéndolo cerca de ella.

La neurosis en una manera inapropiada para defenderse, el goce inconsciente, intolerable se convierte en trastornos del cuerpo (síntomas conversivos) en la histeria o se desplaza al mundo exterior o a una situación en la fobia, o la angustia se desplaza sobre contenidos psíquicos hacia el sufrimiento del pensar, como en la neurosis obsesiva.

A veces los síntomas y los mecanismos de defensa pueden combinarse de modo variable como aspectos neuróticos mixtos, por ejemplo, histerofóbicos o fóbicos obsesivos.

Además en toda neurosis puede determinarse una época de comienzo, encontrarse una etiología múltiple y quien la padece concurre voluntariamente al tratamiento o a la consulta (a diferencia de la psicosis).

El Yo neurótico.

"Ser uno mismo"

Base misma de nuestra existencia y organización interna de nuestra persona. Yo no soy "YO" sino por una identificación a un "personaje"; el ideal de mi YO. Esta búsqueda de sí, exige de una dialéctica entre el "ser" y el "parecer". El neurótico es una "Máscara". "Falta de Autenticidad del yo"

El yo neurótico no resuelve el conflicto interno de su identificación.

Problema de identificación del neurótico (con la imagen parental y en relación objetal):

- ✦ No se resuelve el **conflicto interno** de nuestra identificación, y se perturba las relaciones del "yo" con "los otros": **Conflicto neurótico**. ¡La difícil coexistencia del neurótico con los otros! Los problemas de "coexistencia con el otro" son irresolubles en la neurosis.
- ✦ **Patología de la autoconstrucción** del personaje.
- ✦ **Desequilibrio instintivo-afectivo**.

En la neurosis ya definida se aprecian:

- ✦ **Fracaso en Defensas neuróticas**: para desplazar y disfrazar la angustia:
- ✦ **Síntomas neuróticos propios**: un "ser débil", inseguro, inhibido, sobre compensado, etc.
- ✦ **Ansiedad** fobias, obsesiones, síntomas histéricos, síntomas fíctios, inhibiciones.

Semiología de la personalidad neurótica:

Dominada por la debilidad en la identificación de su personaje.

- ✦ **El malestar interno del yo**, que busca su unidad e identidad.
- ✦ Reacciones ansiosas y depresivas.
- ✦ El neurótico aparece como un ser débil, inhibido, inseguro.
- ✦ **Temperamento nervioso de Adler**, con un paralizante complejo de inferioridad.
- ✦ **Defensas neuróticas**, con conductas paradójicas: auto punición, bravuconería, reacciones estereotipadas,.... Disfrazar y desplazar su angustia. (Búsqueda estética, higiene, subordinación...)

Fracaso del neurótico en dos frentes:

- ✦ En la **pulsión-instinto**: imposibilidad de armonizar deseos y satisfacción
- ✦ La **vida social**: Participación restringida y dolorosa.

Conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales.

Perturbación del equilibrio interior del neurótico, manteniendo el sistema de realidad.

Fisonomía clínica de la neurosis. Formas de existencia patológicas, con un malestar desbordante de angustia.

a) **Síntomas neuróticos**: ansiedad, temores, fobias, obsesiones, evitaciones, etc., en relación al "conflicto interno", son un **compromiso**, una **posición neurótica**, que origina un cierto provecho ("beneficio de la neurosis"). Un accidente somático tranquilizador (en la histeria).

b) **Carácter neurótico del yo**: Fallo en la identificación consigo mismo, que impide buenas relaciones con el prójimo, y un

Conflictiva neurótica

"eje existencial" del neurótico.

- ✦ el Sujeto consigo mismo.
- ✦ **Relación interpersonal.** "Dinámica de mí mismo, con los otros" (Fracaso adaptativo, rigidificación de la vida)

Personalidad neurótica: carácter neurótico.

- ✦ **Conflictiva interna**, que afecta a vida instintiva y afectiva,
- ✦ **Lucha pulsional**, necesidad de armonizar sus deseos ("represión").

El Drama neurótico,

- ✦ **"NO identificación con el personaje, el ideal del yo"**
- ✦ **Fracaso en la identificación con figura parental, y con la autoridad.**
- ✦ **No buena imagen de "sí mismo": Sentimientos de inferioridad.**
- ✦ **Vivencias de culpa y autopunición.** (por pensamiento, palabra y obra -acción u omisión)
- ✦ **La ansiedad, es el centro de la vida: lo nuclear de la neurosis.**
- ✦ **"Frustración" por no realización existencial**

Estudio Clínico de las conductas neuróticas

Inventario de la conducta y de los síntomas: una semiología de la neurosis.

Constancia en las Anomalías de la actividad y vida sexual.

Tipo: Inhibición sexual y su sobre compensación: ninfomanía v "donjuanismo" o satiriasis.

Autoerotismo. Masturbación

Ligada a la fantasía: actividad fantasmagórica *versus* Conducta de realidad

- Única preferencia de satisfacción sexual. (signo de neurosis)
- Su ausencia o abstinencia sistemática indica un temor pulsión sexual (signo +)
- La abstinencia sistemática como un signo de virtud y como un signo de neurosis.
- ¿Culpa neurótica del masturbador?: "Culpa sexual", auto punición moral, e idea de pecado. ¿Representación obsesiva?
- Constituye un aspecto normativo (exploración de virilidad).
- Constituye algo sintomático cuando se vuelve algo compulsivo, para llenar un vacío o como para desligarse de la realidad tormentosa.

La impotencia

- La impotencia total es rara en el neurótico.
- Típica impotencia parcial, selectiva, situacional, fóbica, y anticipada.
- Trastornos en la eyacuación: eyacuación precoz, retardada, ausente.
- Impotencia orgásmica: defecto o imposibilidad de sensación voluptuosa.
- Temor, inhibición del orgasmo, a perder el control, al dolor, a lo inefable, a la culpa, durante y tras la experiencia sexual.
- Culpabilidad de la experiencia genital, y del placer *per se*. (Análisis de la conducta neurótica que los mantiene).
- La práctica del "coitus interruptus"

La frigidez en la mujer: Total, parcial, disfuncional.

- Vaginismo (como "espasmofilia"). Dispareunia femenina.
- Complejo de castración imaginario en la mujer: "reivindicación fálica".
- Hechos culturales y sociales en la evolución psicosexual de la mujer. Necesidad de superar dificultades, prejuicios, tabúes.
- Represión social (familiar, cultural, religiosa) que llevaba a una Inhibición del placer sexual en la mujer.

"neurosis sexuales". Patrones de reacción neurótico-sexual.

Angustia de inseguridad, miedo, y expectativa. Duda neurótica de capacidad sexual.

"el primer fallo". "Lo que se espera de él", carácter de exigencia, de esfuerzo;

¡Despojar al coito del carácter de exigencia; ¡improvisación del neurótico;.

-El placer como un efecto, y no como un objeto en sí mismo.

-El neurótico sexual persigue superar la prueba, auto-observador atento de su éxito o fracaso. (Una intención forzada, una exigencia angustiante.)

Freud y Stekel:

1. Culpabilidad más o menos consciente en relación al deseo.
2. Insuficiente desahogo en la actividad sexual: la excitación genital que no termina en satisfacción orgásmica, es generadora de ansiedad.
3. Mezcla de "continencia" por excesiva sujeción moral y "satisfacciones aberrantes".
4. La perversión sexual del neurótico: parafilias: fetichismos, exhibicionismo, froturismo, etc.
5. "Pánico homosexual", "interrogación", seguido del "frenesí heterosexual" probatorio.

Manifestaciones inconscientes de la agresividad:

El neurótico es un ser que tiene "dificultad para vivir", expresar su hostilidad.

- Miedo de su propia violencia, de su propio deseo.
- "Agresividad culpabilizadora"
- "Cólera reprimida" (F. Alexander)
- Inhibición de la punición: desplazamiento de la agresividad. "actos frustrados".
- Desplazamiento de la agresividad: de la persona, a los objetos, y símbolos que la representan. Formas de vindicación social, por el "bien común", "contra lo que representa el poder.
- La cultura de la queja, ante la frustración, e insatisfacción: queja estéril, por todo, defectos, irregularidades, etc.
- El Humor es inestable, intolerante, contradictorio. "Mal carácter". Humor sobrecompensado: afabilidad, de "beatitud", de resignación,...

- La agresividad contra el padre, se desplaza contra la autoridad. La agresividad contra la madre, la novia,....negando a la mujer como persona
- Miedo y culpa en vez de agresividad, autopunición moral en vez de heteroagresividad. (+) Sarcasmo, ironía, terquedad, perseverancia, vindicación,.... (-) Conductas de inhibición: apatía, indiferencia, pasividad,...
- "la frustración genera agresividad". Forma pasivo-agresiva de relación con la autoridad.
- "la agresividad retenida se combina con inhibición de la sexualidad y múltiples "trabas neuróticas de la acción": falta de ejecución neurótica; indecisión, ambivalencia, "torpeza", posponer y retrasar la acción, "-miedo a mandar", a satisfacer su ambición, al éxito, a la riqueza

Estudio Clínico de las conductas neuróticas

Inventario de la conducta y de los síntomas: una semiología de la neurosis.

"Neurosis de fracaso" (R.Laforgue)

Privación de la satisfacción de sus esfuerzos, instalados en "la desgracia y el infortunio".

Asumen, resignados en su "fracaso", soportando su angustia como rasno, negando la hostilidad.

Los que fracasan en el éxito" (Freud).

"la bestia de carga": en labores ejecutivas, no asertivos, dificultades para hacer cumplir sus órdenes, y hacen el trabajo de los demás en vez de imponer la disciplina.

Papel de las situaciones frustrantes de abandono y de separación.

Situaciones vitales (en la infancia, que se repiten): pérdidas de amor, duelos, abandonos, separaciones penosas, carencias afectivas, desaprobación, rechazo, soledad, aislamiento,... son sentidas como "pérdidas de valor": "Neurosis de abandono".

Trastornos del sueño: insomnio del neurótico.

- + Falta de conciliación (no abandono a la pasividad y laxitud, "alerta").
- + Continuidad del sueño: sueño fragmentado, despertar precoz,... (Gran presión de pulsiones reprimidas, insoportable para el durmiente)
- + Calidad del sueño: pesadillas, terrores, contenidos sexuales, agresivos, revivir experiencias traumáticas.
- + Con Piernas inquietas, somniloquias, sonambulismo, parálisis del sueño,

"Miedo al sueño", a abandonar su vigilia, "sueña con pesadillas", ansiedad anticipada del fracaso de conciliación.

+ Hipnofobia: miedo a dormir, a ser hipnotizado.

"Miedo a soñar con la situación reprimida", a desenmascarar el conflicto neurótico.

+ Miedo a la crisis de pánico nocturna. (Revivir la angustia de separación, el miedo a la oscuridad, a dormir solo,...)

+ ¿Contenido onírico?: Aspectos instintivo-afectivos de la persona.

Características del Yo

-Lucha que se impone contra sus pulsiones,
-los mecanismos de defensa que forman los síntomas de la neurosis.
-los rasgos de carácter neurótico:
"Yo débil, obligado a defenderse contra las amenazas, un ser incompleto que hace su existencia soportable, su enfermedad compensa parcialmente sus tormentos, valor "hedónico" y los beneficios secundarios de sus síntomas.
-Mala "estructuración del yo", que es incapaz de ejercer su papel de filtro y control entre las **exigencias pulsionales** (necesidad biológica) y **exigencias sociales** (vida práctica, moral personal, familia, pareja, etc.)
-**Vida social: restringida y "dolorosa". "insatisfacción neurótica".**

Carácter neurótico y neurosis de carácter.

-Avaricia desconfianza. Envidia y crueldad. Crítica despreciadora ejercida por el neurótico. Apercepción neurótica.
-Compasión, coquetería, narcisismo.
-Virtud, conciencia, pedantería y fanatismo.
-Puntualidad, afán de ser el primero.
-Terquedad y obediencia.
-Pudor y exhibicionismo.
-Fidelidad e infidelidad. Celos y neurosis de conflicto de pareja.
-Temor a la pareja, temor a la mujer, Comparación neurótica.
-Autor recriminaciones, escrúpulos, penitencia y ascetismo. "flagelación"-
-Mutismo y locuacidad. Tendencia a la conversión.
-Aseguramiento, con medidas de protección, por la Profesión, y por el Ideal...

a) Carácter "oral":

Avidez, deseo de satisfacción, vs. Pasividad y dependencia. Perversión toxicómana.

b) Carácter "anal":

Fijación en actitud de rebelión: suciedad, desorden, despilfarro, irresponsabilidad.
Su forma reactiva: limpieza, orden, parsimonia, asco, miedo a los sucio, intolerancia a

c) El carácter "fálico":

Afirmación impulsiva, búsqueda del éxito y prestigio, intolerancia del fracaso, frustración. Sexualidad: amor en espejo, tendencia homosexual...

d) carácter "sodomasquista":

Sádico (agresivo y dominador), masoquista (pasivo-timorato, sumiso).

e) Carácter "genital":

Estabilidad y equilibrio del yo, capaz de matizar sentimientos y afrontar conflictos

PARADIGMAS DE LA NEUROSIS. Teorías explicativas

Teoría psicoanalítica de la neurosis.

Reviviscencia emocional de ciertos recuerdos.
Necesidades instintivas reprimidas: censura, represión.
Catarsis de **Josef Breuer** (1842-1925): **Abreacción, catarsis, toma de conciencia**

Teoría de las tres instancias:

Neurosis: Forma de adaptación del yo a las exigencias pulsionales de una parte (el Ello), y las socioculturales de otra. (El súper yo).

Los síntomas: contenido manifiesto (Significante), la apariencia, la emergencia a la superficie del yo de un conflicto inconsciente: verdadero contenido latente de la neurosis (Significado).

Tendencia a satisfacciones arcaicas: fijación y regresión.

Teoría psicodinámica

Primera teoría de Freud sobre la neurosis de ansiedad: (1.895)

"transformación fisiológica directa de la energía sexual, "libidinosa", no descargada"

Segunda teoría: (1.926). "conflicto intrapsíquico" entre:

- los impulsos instintivos del "ello",
- las prohibiciones del "superyó" y
- Las demandas reales externas, "ajuste de realidad del "yo". ("ego").

La ansiedad como "señal"

Sería fruto de la movilización de las defensas yoicas, frente a impulsos sexuales y agresivos, y conflicto Edípico. (Ver caso: fobia del niño Hans.)

Neurosis histérica

La etiología de la histeria está constituida por una experiencia de pasividad sexual (real o vivenciada) entre los 4 ó 5 años, acompañada por una excitación real de los órganos genitales practicada por otra persona. El suceso sexual precoz deja una huella, apareciendo representado en ella por síntomas y rasgos particulares. Por tratarse de un sujeto infantil no produce en su fecha la excitación efecto alguno, pero su huella psíquica perdura. Más tarde, con la pubertad se reactivan los órganos sexuales y es reanimada esta huella psíquica inconsciente y el recuerdo actúa entonces como si fuese un suceso presente.

Los sucesos posteriores a la pubertad, a los cuales es preciso atribuir una influencia sobre el desarrollo de la neurosis histérica y sobre la formación de sus síntomas, son causas concurrentes, agentes desencadenantes que por despertar la huella psíquica inconsciente del suceso infantil gozan de una influencia patógena en relación con la histeria.

Mecanismos de defensa en la histeria

Como mecanismo de defensa se encuentra la represión donde se distingue represión primaria (originaria) que ejerce una atracción sobre las representaciones que podrían estar ligadas a ella; y represión propiamente dicha que se ocupa de mantener distante del consciente representaciones ligadas a una pulsión. El fracaso de la represión lo constituye el retorno de lo reprimido que aparece bajo la forma de sueños, actos fallidos y síntomas.

Se habla de **fijación** para designar una inscripción de contenidos representativos que persisten en lo inconsciente inalterables y ligados a una pulsión. La libido pasa por un desarrollo en el cual puede quedar en un estancamiento o bien caer en la fijación. En determinadas situaciones aquellos elementos que no han experimentado fijación comienzan un camino retrógrado hacia fases anteriores (regresión).

La regresión se produce cuando una tendencia llegada a un avanzado estadio de su desarrollo tropieza y no logra su satisfacción. La regresión puede dividirse en retorno a los primeros objetos que la libido hubo de revestir (objetos de naturaleza incestuosa) y retroceso de la organización sexual a fases anteriores. En la histeria se encuentra principalmente regresión de la libido a objetos sexuales de origen incestuoso.

La conversión es el mecanismo de formación de síntomas prototípico de la histeria. Se trata de una energía libidinal que se transforma en innervación sintomática, causa el desprendimiento de la libido de la representación en el proceso de la represión. La energía libidinal desprendida se traslada a lo corporal. La representación sucumbe a la represión y el afecto (aspecto cuantitativo de la pulsión) pasa a inervar un órgano somático. Pero los síntomas somáticos de conversión no obedecen a ninguna ley de la fisiología ni de la anatomía.

En el caso de Estelita:

Un suceso marca su vida: presenciar el acto sexual entre sus padres, genera la regresión de un estado primordial, como es el control de esfínteres diurnas, un síntoma que devela la fijación genital que muestra el monto de goce en dicha escena. Además presenta otros síntomas conversivos como dolores de cabeza, dolores estomacales y procesos alérgicos recurrentes.

Como características de la histeria se encuentran:

- ✦ Sugestionabilidad: El histérico, bien porque sea sensible a la sugestión y particularmente a la hipnosis, bien porque se autosugestione, se presenta como individuo plástico, es decir fácilmente influenciable.
- ✦ Mitomanía (histrionismo, teatralidad para llamar la atención): El histérico por sus comedias, por sus mentiras, sus fabulaciones, no cesa de falsificar su vida y sus relaciones con los demás. Se ofrece siempre

como espectáculo, ya que su exigencia es a sus propios ojos una serie discontinua de escenas y de aventuras imaginarias.

- ✦ Alteraciones sexuales: Naturalmente histérico no significa erótico, los histéricos no son ninfómanos o excitados sexuales; significa simplemente alteraciones siempre presentes de su sexualidad. En este campo, más que en cualquier otro, las expresiones emocionales y pasionales tienen algo de teatral, algo de excesivo, que contrasta a veces con sus fuertes inhibiciones.

- ✦ Otra característica clínica es la trilogía ingenuidad, infantilismo y superficialidad. El histérico es muchas veces consciente de sus actitudes pero no se implica en las mismas, no se compromete con ellas, se escamotea a las mismas. Otra trilogía: exhibicionismo, teatralidad y seducción. Altamente histriónica la histérica muestra en toda su magnificencia tanto un muestrario de quejas como de virtudes. *Trata así de impactar, de impresionar al otro.*

- ✦ La labilidad afectiva es otra característica de importancia. Su demanda de amor es inagotable y también insatisfecha, siendo este uno de los deseos y una de las búsquedas incesantes: lograr ser reconocida. Desea permanentemente lograr admiración y protección, concitar sobre sí el interés sobre los demás, desencadenándose cuando no lo logra una conducta agresiva y hostil. Es así que la histérica no tiene habitualmente dificultades para relacionarse con los demás en el sentido de inaugurar una relación, la dificultad surge cuando esta relación amenaza con constituirse. Los pequeños malentendidos, las pequeñas tormentas, amenazan toda posible relación más estable. El otro es siempre idealizado, engrandecido, ocupa inevitablemente el lugar del ideal del histérico, será perfecto, todo lo hace bien, y en la fantasía de la histeria juega el papel del héroe, el poseedor de todas las bienaventuranzas. Como así de apresurado y de inconsistente muchas veces es el enaltecimiento, no menos rápida es la

desentronización, y entonces el ideal a malvado, no hay más que un paso, un hecho o una palabra.

Los síntomas de la histeria son múltiples y muy variados, se combinan y se sustituyen a saber:

- ✦ Paroxismos, crisis y manifestaciones agudas: Todos ellos se centran en la crisis histérica, rara vez completa.
- ✦ Gran ataque histérico: Freud describe el ataque histérico como una fantasía traducida en acto motor, proyectada sobre la motilidad y mímicamente representada. Estas fantasías son inconscientes. El ataque histérico requiere una tarea de interpretación a la manera de cómo se trabaja en los sueños; una de las causas que dificultan comprender el ataque está relacionada con el hecho de que representan simultáneamente, con el mismo material varias fantasías (condensación), que pueden ser de muy distinto género. El ataque se hace también ininteligible por encargarse el enfermo de desarrollar las actitudes o movimientos de dos personas emergentes en la fantasía, o sea, por identificación múltiple.

El ataque histérico está destinado a constituir la sustitución de una satisfacción autoerótica. Freud descubrió los estadios siguientes:

- I) satisfacción autoerótica no acompañada de representación alguna;
- II) satisfacción autoerótica unida a una fantasía que se enlaza con el acto satisfaciente;
- III) representación de esta fantasía la cual se impone luego intacta o modificada, provocando eventualmente el retorno del acto satisfaciente al que el sujeto parecía haber renunciado. Un ciclo típico de actividad sexual infantil: represión, fracaso de la represión, retorno de lo reprimido.

En la histeria emergen productos psíquicos denominados **fantasías**, que muestra importantes relaciones con los síntomas neuróticos. Estas fantasías son satisfacciones de deseos nacidos de una privación de un anhelo y llevan el nombre de sueños diurnos. Estos sueños diurnos interesan vivamente al sujeto que los cultiva y los encierra en un poderoso secreto.

Todos los ataques histéricos investigados por Freud demostraron indubitablemente ser ensoñaciones de este orden involuntariamente emergentes. **Las fantasías inconscientes** o lo han sido siempre habiendo tenido su origen en el inconsciente, o lo que es más frecuente fueron un día fantasías conscientes, sueños diurnos y han sido luego reprimidas. Su contenido puede haber permanecido invariado o también puede haber sufrido alteraciones, deformaciones, en cuyo caso la fantasía inconsciente integra una importante relación con la vida sexual del paciente, pues es idéntica a la que él mismo empleó como base de la satisfacción sexual en un periodo de la masturbación.

Fórmulas trabajadas por Freud:

- El síntoma histérico es el símbolo mnémico (huellas mnémicas) de ciertas impresiones y experiencias eficaces (traumáticas).
- El síntoma histérico es la sustitución creada por conversión para el retorno asociativo de esas experiencias traumáticas.
- El síntoma histérico es, como también otros productos psíquicos, la expresión de una realización de deseos.
- El síntoma histérico es la realización de una fantasía inconsciente puesta al servicio del cumplimiento de deseos.
- El síntoma histérico corresponde al retorno de una forma de satisfacción sexual realmente utilizada en la vida infantil y reprimida luego.
- El síntoma histérico nace como transacción entre dos movimientos afectivos contrarios, uno de los cuales tiende a la exteriorización de un instinto parcial o de un componente de la constitución sexual y el otro a evitar tal exteriorización.

- El síntoma histérico puede tomar la representación de distintos movimientos inconscientes asexuales, pero no puede carecer de una significación sexual.
- El síntoma histérico es expresión, por un lado, de una fantasía masculina, y por el otro lado de una femenina, ambas sexuales e inconscientes.

Neurosis obsesiva

La etiología de la neurosis obsesiva proviene de un suceso sexual precoz ocurrido antes de la pubertad y tiene las mismas implicancias que la neurosis histérica, en donde la diferencia radica en que el suceso ha sido vivido de forma activa.

La neurosis obsesiva se caracteriza por la aparición en la conciencia de ideas, sentimientos, o actos que invaden al sujeto, a los que siente extraños y no puede combatir, estos síntomas catalogados como compulsivos, se caracterizan por "la duda".

Habría dos tipos de síntomas: las obsesiones y las compulsiones, situados los dos en el pensamiento.

- Las obsesiones son las ideas que aparecen en la conciencia en forma insistente, repetida, en forma injustificada y la mayoría de las veces irracional. Es decir, La sintomatología clínica está definida por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son descritas como la presencia de pensamiento, idea, recuerdo, etc. no deseado por el individuo y que se introduce imperativamente en la conciencia de éste. Los pensamientos obsesivos pueden consistir en dudas temores, cavilaciones, prohibiciones etc.
- Las compulsiones son extraños mandatos apremiantes y enérgicos que inducen a la **motilidad**. Desde ya que no encontramos estos síntomas en forma aislada sino integrados dentro de una organización, en tanto estructura que implica un conjunto sintomático, que lleva en algunos casos, a la instrumentación de verdaderas medidas defensivas, rituales ceremoniales o acciones de conjuro.

Entre las obsesiones típicas se encuentran:

- I) Fobias de contacto o delirios de contacto: se presentan como el temor injustificado e irracional, al contagio y o a lo sucio.
- II) Locura de la duda: muchas veces conectada con la anterior, en la cual numerosos temas, como la supervivencia en el más allá, la paternidad o ideas mucho más nimias e intrascendentes, serán incluidas dentro de una pendulación mental, de carácter **rumiante**, donde toda posibilidad de síntesis se volverá imposible.
- III) Obsesiones religiosas: la posibilidad del pecado, del sacrilegio, del cumplimiento y del castigo, ocuparan la mente del paciente. Teñidas de un enérgico fervor religioso pueden ocultar su carácter patológico.
- IV) Aritmomanía: compulsión en el plano mental a realizar infinitos cálculos, operaciones aritméticas que ocupan gran parte del día del paciente.
- V) Onomatomanía: compulsión en el plano mental, referido a pronunciar palabras obscenas.

Los contenidos típicos del pensamiento de la neurosis obsesiva son lo divino, lo sagrado y metafísico, la pureza, el cuidado personal, la muerte, la precisión, la superstición, la hipermoralidad y presagio.

El pensamiento, entonces, puede tener modos diversos de presentarse en el neurótico obsesivo, ya sea en forma de imágenes, representaciones o ideas, es decir dudas, votos, temores, deseos, interrogaciones, preceptos, etc. Es así que el pensamiento del obsesivo está caracterizado especialmente por la rumiación mental, la duda, cavilaciones interminables, procrastinación (postergar el acto), y quizás como rasgo principal la omnipotencia de las ideas.

La actividad del pensamiento del neurótico obsesivo se caracteriza por la duda y la ambigüedad, la acción y la resolución quedaran inhibidas, la actividad aparece como síntesis de la lucha suspensiva y paralizadora. Pero sobre este sueño de parsimonia y de abulia surgirán las compulsiones, como intentos en la acción, de resolver dicha ambigüedad.

Mecanismos de defensa

El conflicto edípico se presentará bajo el disfraz sádico-anal, organizándose en procesos defensivos que irán desde el desarrollo de formaciones reactivas hasta la aparición del ceremonial.

La producción de formaciones reactivas en relación contraria a exigencias pulsionales determinan rasgos de carácter opuestos a esas pulsiones; ante el fracaso de estas formaciones se produce una intensificación pulsional que produce los síntomas. El fracaso de defensas primarias se acompaña de sentimientos de auto reproche y arrepentimiento originando mecanismos de defensa que exteriorizan la erotización del pensamiento apareciendo como síntoma los rituales y la duda. La **formación reactiva** entonces, es una actitud psicológica opuesta a un deseo reprimido.

Otros mecanismos propios de la neurosis obsesiva son la anulación y el aislamiento:

La **anulación** es un mecanismo psicológico mediante el cual el sujeto se esfuerza en actuar como si pensamientos, palabras, gestos o actos no hubieran ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento, dotados de una significación contraria. El aislamiento consiste en aislar un pensamiento o comportamiento para que se rompan sus conexiones con otros pensamientos (pausas en el curso del pensamiento, rituales).

El **aislamiento afectivo**, que consiste en separar la representación, ya sea en forma de impulso o de idea de su afecto, debido a que aquella puede permanecer en la consciencia, puesto que se halla privada de toda conexión asociativa. Cuando este mecanismo tiene éxito el enfermo experimenta el impulso como algo que le es ajeno, extraño.

Intelectualización: está al servicio de aplacar el sentimiento de culpa consciente mediante explicaciones inconscientes de todo lo que le ocurre al individuo.

Como características de personalidad se encuentra el orden que se relaciona con la pulcritud personal y los deberes diarios. Son tenaces y le dan mucha importancia a lo económico pudiendo llegar hasta la avaricia. Debido a la fijación a la etapa anal, aparecen rasgos de coleccionismo, angustia ante la separación, dificultad para abandonar los objetos y por formación reactiva, tendencia a producir regalos, sumisión, resignación.

En el artículo de Freud de 1908 "El carácter y el erotismo anal", describe una tríada compuesta por tres cualidades de carácter que corresponden casi totalmente con las características del neurótico obsesivo. Este tipo de personas serán: ordenados, económicos y tenaces a su vez esta tríada es relacionada, con la desaparición de la significación erótica de la zona anal, y como efecto o resultado de esta particular modalidad erótica tendríamos la tríada descrita. Por lo tanto estos serán los resultados más directos de la sublimación del erotismo anal.

- **Los rasgos anales** tendrían también una vertiente antitética que opera como producto de reacción frente a la pulsión anal. Freud destaca la pulcritud, el orden y la escrupulosidad como modelos de producto de reacción frente a lo sucio, perturbador y no pertenecientes a nuestro cuerpo.
- En relación con el componente sádico implicado en el erotismo anal aparecerán: suciedad, rechazo, injurias escatológicas, crueldad frente a los débiles, etc.; como formaciones reactivas tendremos manía de limpieza, educación, obediencia, sumisión, puntualidad, conformismo, rigidez moral y ética, bondad frente a los débiles.

Producto entonces de la fijación a la etapa anal aparecerán vías represivas, rasgos como: dificultad como para abandonar los objetos, obstinación, coleccionismo, angustia ante la separación. Por formación reactiva: tendencia a producir regalos, resignación, sumisión, prodigalidad, temeridad, etc.

En la neurosis obsesiva, una regresión a la organización pre-genital permite que los impulsos eróticos se transformen en impulsos agresivos contra el objeto; el instinto de destrucción se ha liberado nuevamente y quiere destruir al objeto o por lo menos aparentar abrigar tal intención. Estas tendencias no son acogidas por el Yo, que se defiende contra ellas por medio de formaciones reactivas y medidas de precaución, forzándolas a permanecer en el Ello.

El Superyó se conduce, en cambio, como si el Yo fuera responsable de ella. Para Freud, habría en la neurosis obsesiva una particular tiranía del Superyó, que determinaría una de las diferencias con la histeria.

La angustia que caracteriza la neurosis obsesiva sería la del Yo frente al Superyó, como motor según Freud, tanto en las fobias como en las neurosis obsesivas de la posterior formación de síntomas. En tanto la angustia surge, según lo que Freud plantea, frente a una situación de peligro de la cual el Yo se verá obligado a librarse es frente a la hostilidad del Superyó, siendo este peligro por entero interiorizado, retoño o subrogado del castigo de castración. De esta forma los síntomas obsesivos, estarían al servicio de prevenir un estado angustioso.

El Yo como lo definía Freud, estaba sujeto a tres vasallajes, el del Ello, el del Superyó y el del mundo externo. El Superyó trata cruelmente al Yo, lo tortura con constantes reproches. El Yo se encuentra entre dos amos, los impulsos criminosos del Ello, que desconoce y se filtra en su producción sintomática, y los reproches del Superyó que reacciona como si los deseos agresivos se hubiesen realmente realizado.

En este sentido el Yo del obsesivo, oscila entre el deseo y la prohibición sin que triunfe ninguna de ambas tendencias. Por un lado el yo se encuentra en acuerdo con la realidad, por otro producto de la regresión, apela al carácter mágico del pensamiento, retorno al narcisismo y la megalomanía infantil.

En síntesis, la neurosis obsesiva es producto de una regresión de la estructura libidinal, sustituyendo la genitalidad, por el erotismo anal, y producto de la desmezcla o difusión pulsional el predominio de la vertiente destructiva respecto de la vertiente erótica, completado por un predominio del pensamiento sobre el acto.

Neurosis fóbica

La neurosis fóbica se caracteriza por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierte en objeto de un terror paralizador. El síntoma fóbico es un miedo específico, intenso, cuyo estímulo es proyectado al exterior para disminuir la angustia. El objeto fobígeno debe cumplir con la condición de no constituir un peligro real en la situación concreta y no debe haber relación lógica entre la cualidad amenazante de la cual se haya investido el objeto fobígeno y el afecto que se produce en el sujeto.

El carácter fóbico se distingue por un estado de alerta frente al mundo circundante, al cual necesita controlar constantemente. Se siente dominado por el temor inconsciente de que sus impulsos reprimidos irruman en la conciencia lo que desencadenaría una ansiedad intolerable. Posee una actitud de huida en consecuencia de la proyección al exterior del peligro interno de los impulsos reprimidos, lo cual le lleva a anticipar la aparición de una amenaza externa.

Se debe recordar que la psiquiatría clásica clasificó los temores fóbicos y obsesivos dentro de la misma entidad nosológica, la personalidad anancástica. Bleuler y Kraepelin negaban la necesidad de independizar ambas patologías prefiriendo rotular como fobias a todos los cuadros de obsesiones en los que hubiera temores y angustia.

A su vez Pierre Janet incluyó ambos cuadros dentro de la "psicastenia" entidad por él propuesta, que contienen rasgos de las hoy denominadas neurosis de

angustia, tales como fondo constitucional hiper-emotivo. De las fobias, temores, timidez y de las neurosis obsesivas, dudas y obsesiones.

Prácticamente todas las personas experimentan temores de índole diversa, algunos de ellos sumamente frecuentes, es así que Freud designó conforme a la naturaleza del estímulo fobígeno a las que dio en llamar, "Fobias comunes" o universales, como meras exageraciones de miedos compartidos por casi todas las personas. Y por otro lado, ubicó las fobias contingentes, que se refieren a temores, situaciones u objetos específicos a cada persona.

Si intentamos una aproximación desde el objeto fobígeno, éste y la situación, deben cumplir la condición de no constituir un peligro real en la situación concreta. Y si en cambio abordamos desde la perspectiva del afecto, habrá de ser imprescindible que no haya relación lógica entre la cualidad amenazante de la cual se haya investido el objeto fobígeno, y el afecto –angustia- capaz de generar en el sujeto, imposibilitado además de control volitivo.

De esta manera se puede decir: solo cuando un temor, desproporcionado respecto al objeto o situación, alcanza una intensidad tal, que solo la evitación yugula, o consta de limitaciones en la acción del sujeto, podemos diagnosticar una fobia.

Diagnóstico diferencial

Cuando el objeto fobígeno no puede ser controlado por el sujeto mediante la evitación, ello da lugar a una crisis de angustia, que puede llegar al cuadro conocido como "gran crisis de angustia", propio de esa forma de neurosis donde la angustia es el síntoma central y se acompaña de una variedad de síntomas de diversa intensidad. Pero se debe tener en cuenta, que son numerosas las entidades psicopatológicas donde hallamos síntomas fóbicos sin, por ello constituir una neurosis fóbica.

- ➔ **Neurosis de Angustia:** Aparecen temores con mucha frecuencia, pero no alcanza la especificidad propia de las fobias, son variables, imprecisos con la única excepción de los miedos a lo "por venir", al futuro propios de esta entidad y de formas de comienzo de cuadros psicóticos. Por otra parte, en

esta forma clínica la angustia forma parte de la personalidad básica, lábil e hiper-emotiva, circunstancia que habrá de surgir en la historia vital del sujeto.

- ➔ **Neurosis Histórica:** Una vez que ha tenido lugar la conversión no suelen presentarse otros síntomas. Y respecto a la personalidad histérica, sus peculiares características nos permiten diferenciar los cuadros.
- ➔ **Neurosis Obsesiva:** Lo temido son ideas o actos, representantes de impulsos incompatibles al yo y su concomitante retaliación. Estas ideas, o actos –compulsiones- constituyen la defensa primaria y generan conductas o modos de defensas secundarias, que tienen por objeto impedir el retorno de lo reprimido. Ej. Rituales.

El obsesivo teme sus propios impulsos, y sus contenidos fóbicos, que suelen consistir en temores; a contraer enfermedades debido al contacto de las manos a saludarse, besarse o tomar del mismo vaso que otras personas, dan lugar a rituales. O sea a una elaboración teórico racional, generalmente complicada y fundamentada en copiosa argumentación (lógica), mientras que el fóbico denota una carga afectiva mucho más elevada y mayor angustia.

- ➔ **Hipocondría:** Dentro de las fobias se encuentra el temor irracional a contraer enfermedades o ser portador de ellas -nosofobia-. El diagnóstico diferencial tendrá que tener en cuenta los antecedentes del sujeto. La nosofobia, como otras fobias, suele evolucionar desde una neurosis de angustia previa, cuya duración no es prolongada. El hipocondríaco, en cambio, generalmente lleva en su haber, larga data en consultas a especialistas diversos, debido al padecimiento de síntomas erráticos de mortales afecciones.

- ➔ **Esquizofrenia:** Es frecuente que en cuadros cuya evolución posterior será de psicosis esquizofrénica, inicien su curso presentando temores similares a cuadros fóbicos, previos al brote agudo.
- ➔ **Melancolía:** el auto reproche toma la forma de temores o impulsos homicidas o suicidas, que constituyen una experiencia delirante de autoacusación. La labor diagnóstica se facilita en base a los antecedentes y la mayor limpieza sintomática e intensidad afectiva de la angustia fóbica.

Volviendo a un caso trabajado en la práctica

Lucio ante la amenaza de la castración formulada explícitamente por la madre, advierte y castiga al niño por un hecho que incomoda y llama la atención de las maestras: sacarse el pene delante de las compañeras para orinar (mientras estaba en el patio de la escuela). En la fase fálica los padres juegan una función muy importante, el ser portadores de la incorporación de reglas que limiten y controlen la fantasía del niño.

En otra ocasión, mientras en consulta se leía un libro sobre educación sexual, se presenta la imagen de una madre vistiendo a su hijo y besándole la barriga, a lo que el niño responde: "la mamá también le besa ahí (señalando el pene), se lo quiere comer..." ante el temor de poner en descubierto su fantasía, inmediatamente se corrige y aclara que se confundió, que le da besos en la barriga. Como respuesta a la concomitante represión, aparecen los síntomas fóbicos, en forma de lobo, que encubierto por los lapsus y otros intentos fallidos del inconsciente, develan ser la figura del padre y la amenaza ante la revelación de sus pensamientos incestuosos.

O sea que la angustia de castración deviene de los deseos edípicos, incestuosos, intensamente placenteros debido a la gratificación sexual que procuran, a la par del incremento narcisista; pero como estas tendencias a la vez, repugnan al Yo, emerge la angustia de castración paliativamente, el órgano que "peca" será castigado.

Esto no significa que la ausencia de amenaza de castración explícita por parte de los adultos libre al niño de su angustia de castración, ya que forma parte de su comercio asociativo, y es capaz de reactivar, dándoles tal sentido antiguas amenazas que toman el significado de amenaza de castración mediante desplazamientos.

Lacan se pregunta ¿por qué surge la fobia en un niño que no tema la castración como riesgo proveniente del padre? Y va responder: **La angustia pues, no es miedo a un objeto (padre = lobo, caso Lucio) no se teme la castración como riesgo emergente del padre, sino que no se produzca.** Ante ese peligro, Lucio, produce en lo imaginario el lobo que asumirá la función de corte en la dupla madre / hijo, lo temido es quedar capturado en la relación especular con la madre.

La neurosis fóbica es probablemente la entidad gnosisológica más difícil de encasillar, ya que aparece citada con distintos nombres, abarcando distintas patologías, teniendo en cuenta esto se puede hacer un breve enfoque cronológico del concepto de fobia y así observar la evolución a través de los siguientes artículos:

Obsesiones y fobias (1895): En este artículo Freud intenta separar ambas patologías. Dice: "...Estas (las fobias) se diferencian de las obsesiones en que el estado emotivo a ellas concomitante es siempre la angustia....El mecanismo de las fobias es totalmente diferente del de las obsesiones. No se trata de una sustitución, ni resulta posible descubrir por medio del análisis psíquico una idea inconciliable sustituida. Sólo se encuentra un estado emotivo de angustia, que por una especie de elección ha hecho resaltar todas las ideas susceptibles de llegar a ser objeto de una fobia. La angustia en este estado emotivo que existe en el fondo de las fobias no se deriva de ningún recuerdo... espero poder demostrar que está justificado establecer una neurosis especial, la neurosis de angustia, de la cual es el síntoma primordial dicho estado emotivo... Así

las fobias forman parte de las neurosis de angustia y aparecen acompañadas casi siempre de otros síntomas de la misma parte... **La neurosis de angustia es también de origen sexual**, pero se enlaza a ideas tomadas de la vida sexual... Su etiología específica es la acumulación de tensión genésica provocada por la abstinencia o la irritación genésica frustrada (coito reservado, impotencia del marido, abstinencias, etc.)...”.

O sea que en este artículo el concepto de fobia se desliza desde el de neuropsicosis de defensa hasta ubicarse en frente de ellas junto a las neurosis de angustia y a la neurastenia. Este pasaje jerarquiza el síntoma angustia.

Mecanismos de defensa en la fobia

- ➔ El **desplazamiento** hacia el objeto lobo se produce debido a que distintas experiencias que en un momento no tuvieron significado para el psiquismo y que estaban relacionadas con estos animales (juegos, advertencias escuchadas, etc.), sirven a posterior para, a través de una compleja red asociativa y múltiples condensaciones y desplazamientos, hacerse representantes de las mociones inconscientes reprimidas.

- ➔ **La Proyección:** Los errores e impulsos propios reprimidos, son adjudicados a otras personas, es un acto inconsciente, el individuo no los identifica como propios y si no los ve reflejados en otras personas o cosas; en el caso de la fobia, el sujeto proyecta a cosas u animales, lo que le angustia o causa displacer o enojo o temor, y desliga de responsabilidad al ser amado para evitar la ambivalencia amor-odio.
En el caso Lucio el conflicto radica en cómo él puede odiar a la persona que ama (padre) por esta razón desplaza o proyecta el objeto fóbico al lobo.

Después de este pequeño recorrido, se puede decir que conceptualmente para Freud:

- Las fobias se originan en conflictos que tienen lugar en la fase fálica.
- La angustia puesta en juego es la angustia de castración.
- Las defensas que participan son: represión, regresión y desplazamiento, concepto este último, clave para entender la creación del objeto fóbico. Dicho desplazamiento no es por cierto arbitrario, entra en juego lo simbólico. El objeto fóbico será uno que mantenga nexos simbólicos con el original, tal como surge en el historial de Lucio.