

2004

Abordaje clínico de las fobias desde terapia ocupacional en salud mental, según la teoría psicoanalítica

Mahon, Evangelina Natalia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/860>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL
TESIS DE GRADO:

**ABORDAJE CLÍNICO DE LAS FOBIAS DESDE
TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL,
SEGÚN LA TEORIA PSICOANALÍTICA.**

Título de la Tesis	
Inventariada	2420
Vol.	
Universidad Nacional de Mar del Plata	

AUTORA: MAHON EVANGELINA NATALIA
DIRECTORA: CALDERONE, GRACIELA L.
ASESOR METODOLÓGICO: COMESAÑA, MANUEL

JUNIO DEL 2004

FIRMAS:

TESISTA: MAHON, EVANGELINA NATALIA



DIRECTORA: CALDERONE, GRACIELA LILIANA



ASESOR METODOLÓGICO: COMESAÑA MANUEL



Muchas veces me siento muy, muy sola; siento ganas de encerrarme en mi mundo interior para refugiarme del rechazo del resto de la gente. En esos momentos no puedo evitar llorar"

"Estuve un largo rato reflexionando sobre mi fobia social. Me angustiaba mucho no poder hacer las cosas que quería. De repente sentí que me asfixiaba, que el pecho se me cerraba y me transpiraban las manos. Sentí muchísimo miedo de lo que me estaba pasando. Comencé a llorar como nunca lo había hecho. Sólo me acuerdo de eso y de que una ambulancia me trasladó a la guardia del hospital, donde me dieron un antidepresivo para calmarme."

INÉS

*Zul, que menos puedo hacer que dedicarte este
trabajo el cual estuvo motivado por tu
padecimiento...*

AGRADECIMIENTOS :

- Gracias Robert por facilitarme, acompañarme y alentarme en este sacrificado camino...
- Al Servicio Social Universitario, que sin su aporte hubiese sido más dificultoso el transcurso de mi carrera.
- Gracias Laura Tejón porque de vos aprendí mucho profesionalmente, por proporcionarme gran parte de la bibliografía consultada para esta tesis y principalmente por tu buena predisposición y calidez humana...
- A mi directora de tesis Graciela Calderone por su orientación y adecuado asesoramiento teórico, fundamentado desde su reconocida experiencia profesional...
- A mi asesor metodológico Manuel Comesaña, que además de demostrarme eficiencia en sus sugerencias, siempre tuvo muy buena predisposición y responsabilidad para conmigo...
- A mis familiares y amigos que siempre me acompañaron en el transcurso de esta carrera y de este trabajo de investigación...
- A la Sra. María Elba Penzín por su preocupación en orientarme en los comienzos de esta tesis...
- Al C.E.M.E.P. por los contactos y la bibliografía prestada para la realización de este trabajo...
- A Elisa Gatti y al Sr. Eduardo Hernández por su colaboración.

INDICE:

Firma del Tesista, Director y Asesor Metodológico.....	1
Mensaje de una persona con diagnóstico de fobia social ..	2
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
INTRODUCCIÓN.....	7
TEMA	13
PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
FUNDAMENTACIÓN.....	14
MARCO TEÓRICO.....	16
ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION.....	16
Capítulo 1: CONSIDERACIONES DESDE LA PSIQUIATRÍA.....	37
Capítulo 2: CONSIDERACIONES DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.....	59
• Tratamiento psicoanalítico de las fobias y de las modalidades fóbicas	85
Capitulo 3: TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL.....	97
1) Corrientes teóricas de terapia ocupacional en salud mental.....	97
1.1) Modelo de relación de objetos- LOS AZIMA	97

1.2) La terapia ocupacional como acción- VALEROS	103
1.3) Psicoterapias breves- FIORINI	108
1.4) El arte como terapia- DALLEY	110
1.5.1) Vectores de análisis en terapia ocupacional- SICARDI	112
1.5.2) El proceso del hacer- DESTUET	113
2) Intervención de terapia ocupacional a partir de la implementación de la actividad terapéutica desde el posicionamiento psicoanalítico	116
VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	124
1) Variable independiente.....	124
1.1) Definición conceptual.....	124
2) Variable dependiente.....	124
2.1) Definición conceptual.....	124
2.2) Definición operacional.....	125
DISEÑO METODOLOGICO.....	128
CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	128
TIPO DE ESTUDIO.....	129
UNIVERSO- MUESTRA- UNIDAD DE ANÁLISIS.....	129
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	130
ANÁLISIS DE LOS DATOS: TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LAS FOBIAS	132
CONCLUSIÓN	144
BIBLIOGRAFÍA.....	148

INTRODUCCIÓN:

Las fobias constituyen reacciones de miedo intensas, irracionales, conscientes y patológicas, acompañadas de conductas evitativas hacia situaciones reales o anticipadas, actividades u objetos que no suelen producir daño y a los que la mayoría de las personas pueden enfrentar sin dificultades.

Los rasgos característicos de este grupo de trastornos son los síntomas de ansiedad y las conductas de evitación, aunque es suficiente para hablar de una fobia la presencia de la sensación de miedo irracional, ya que la evitación propiamente dicha puede que no se produzca, aunque si exista el simple deseo de hacerlo o de tolerar la situación fóbica a expensas de un alto grado de malestar y ansiedad.

Los Trastornos de Ansiedad son los que se dan con más frecuencia entre la población general, categoría en la que la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV, incluye a la entidad nosológica de las Fobias, siendo la Fobia Específica el más común de los Trastornos de Ansiedad, con una tasa de prevalencia de 7,6%, aunque solo el 2- 3% de dicha población busca tratamiento psiquiátrico.

Teniendo en cuenta las repercusiones en la vida del sujeto que padece algún tipo de fobia, se detecta que, en

el caso de la fobia específica, suele ser una enfermedad duradera, aunque no es común que ocasione déficit serios en el area social y laboral de quien la padece, a no ser que la fobia se relacione con un estímulo al que el sujeto con frecuencia está expuesto. Es por ello que suele no requerir tratamiento, por constituirse ante estímulos extraños que no interfieren en la vida normal del sujeto. En este caso, para que la fobia sea diagnosticada, el miedo o la ansiedad de anticipación y la evitación del estímulo fóbico debe provocar un detrimento significativo de las actividades cotidianas del sujeto.

Sin embargo, en el caso de la agorafobia sin crisis de angustia el pronóstico es sombrío. En un tercio de los casos los sujetos tienen ideas suicidas, y el 18% realizó intentos.

En el caso de la fobia social, resulta considerable el deterioro en las relaciones sociales y laborales de este grupo de trastornos, compartiendo con el grupo de agorafobia los índices de suicidio, mencionados con anterioridad.

Resulta pertinente considerar en todos los casos de fobias las repercusiones negativas sobre el pronóstico de estas patologías, el abuso de tóxicos o la sintomatología depresiva asociada, aspectos que se relacionan con frecuencia y que complican el curso de estas entidades clínicas.

Desde la teoría psicoanalítica las fobias constituyen una modalidad de psiconeurosis distinta de la histeria y de la obsesión, aunque en estrecha relación con éstas últimas. Para Freud la fobia constituye un punto de partida, en relación con la formación de síntomas, por su precariedad defensiva, siendo el impulso amoroso hacia el padre lo que determina la posición estructural de la fobia como anterior a la histeria y a la obsesión, que se ramifican a partir de ella.

Freud concibe a la fobia como el miedo al nacimiento de la angustia, vinculada a un trastorno de la economía sexual, suscitado por la Amenaza de Castración. Tras el fracaso de la represión, y por medio del mecanismo de desplazamiento, el sujeto reemplaza el peligro instintivo interno por un objeto proveniente del exterior que, por su asociación simbólica con el primero, es capaz de expresar el significado inconsciente de la fobia.

Desde la corriente psicoanalítica kleiniana, que sustenta el posicionamiento teórico de esta tesis para formular el tratamiento desde Terapia Ocupacional, se relaciona esta enfermedad con la necesidad de proyectar al mundo externo los objetos perseguidores. El mecanismo de disociación constituye la base sobre la que se establece la fobia, siendo ésta entendida como un mecanismo defensivo. La función primordial de la fobia es evitar la situación catastrófica que para el Yo supone la unión de los aspectos

buenos y malos del objeto, cuando las ansiedades persecutorias son particularmente intensas.

La angustia constante en el fóbico asegura el mantenimiento de la disociación, ya que esa angustia adscripta a algo situado en el afuera, condiciona dos espacios: un espacio que es el adentro, con objetos y contenidos buenos, y el otro espacio, el de afuera con objetos y contenidos malos.

La disociación protege contra la ansiedad depresiva. Este tipo de ansiedad aparece bajo la forma de una destrucción del objeto bueno, y consecuentemente del yo del sujeto, por obra de la introyección del externalizado objeto malo, es decir, por la anulación de la disociación.

A partir de la toma de conocimiento sobre la gran incidencia de estos trastornos en la población general, con las consiguientes repercusiones en la vida del sujeto, surge mi interés sobre estas patologías y la necesidad de plantear conceptualmente el tratamiento específico desde la disciplina terapéutica de Terapia Ocupacional, para el futuro desempeño profesional.

Para tal fin resultó necesario realizar un rastreo bibliográfico para conocer el estado actual de esta patología, en lo referente a la evolución histórica del término fobia, modos de presentación clínica, fenómenos con los que se relaciona, repercusiones en la vida de quien

padece esta enfermedad, así como las modalidades terapéuticas que se implementan en la actualidad para su abordaje clínico.

También se indagó sobre la caracterización, clasificación y explicaciones dadas desde el ámbito de la Psiquiatría sobre los factores intervinientes en esta patología.

De acuerdo con la orientación teórica de este estudio, se investigó, para su posterior descripción conceptual, sobre la perspectiva psicoanalítica respecto de las fobias, a partir de las explicaciones llevadas a cabo por Sigmund Freud, para arribar a la concepción de esta enfermedad según la corriente psicoanalítica kleiniana y a la caracterización del tratamiento psicoanalítico, específico desde este lineamiento teórico.

Teniendo en cuenta que del rastreo bibliográfico no se detectó información pertinente respecto del tratamiento de las fobias desde la disciplina terapéutica de Terapia Ocupacional, situación que motivó el desarrollo teórico de esta investigación, en el desarrollo del marco teórico de la tesis se describirán las diferentes perspectivas teóricas para el abordaje de Terapia Ocupacional en el área de salud mental, a fin de poder desarrollar en forma explícita el tratamiento de Terapia ocupacional específico para la entidad clínica de las fobias, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, específicamente según la corriente

teórica kleiniana, lo cual constituye el tema de interés de esta investigación.-

TEMA:

Abordaje clínico de las fobias desde Terapia Ocupacional en salud mental, según la teoría psicoanalítica.

PROBLEMA:

Intervención desde Terapia Ocupacional en el área de salud mental, con orientación psicoanalítica, para el abordaje clínico de las fobias.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Realizar un desarrollo conceptual del abordaje clínico de las fobias desde Terapia Ocupacional en Salud Mental con un marco teórico psicoanalítico.

Objetivos específicos:

- Analizar el uso de actividades como instrumento o medio terapéutico para el abordaje clínico de las fobias desde Terapia Ocupacional en Salud Mental con orientación psicoanalítica.
- Considerar las características específicas del rol técnico del Terapeuta Ocupacional para la intervención en el tratamiento de las neurosis fóbicas, según la corriente psicoanalítica kleiniana.

FUNDAMENTACIÓN:

Debido a la gran incidencia actual de Trastornos de Ansiedad en la población general, surge mi interés sobre estas patologías.

En el transcurso de la carrera de pregrado de Licenciatura en Terapia Ocupacional, en la Universidad Nacional de Mar del Plata, no he recibido formación sobre el abordaje específico de Terapia Ocupacional para las fobias, desde la perspectiva psicoanalítica.

Al comenzar a investigar sobre este tema, se detecta que no existe bibliografía de Terapia Ocupacional que refiera sobre el tratamiento de esta entidad clínica.

Es por ello que mediante esta investigación me he propuesto ampliar el conocimiento sobre esta temática, a fin de constituir un instrumento de aplicación de la ciencia en el ámbito de la intervención clínica en esta entidad patológica, considerando, además, la posibilidad de realizar un aporte al ejercicio de la profesión de Terapia Ocupacional y a su vez contribuir a la formación de los futuros alumnos que emprendan esta carrera.

La elección de abordar esta patología desde un marco psicoanalítico se fundamenta por la importancia de considerar al núcleo del conflicto, que da origen a la expresión de la variada sintomatología de la fobia. Sin embargo, la elección de esta técnica no descarta la

posibilidad de realizar un tratamiento basado en otras modalidades terapéuticas que apuntan a la urgencia de paliar la sintomatología. A pesar de ello, considero de fundamental importancia resolver la problemática intrapsíquica ya que, mientras ella siga existiendo, seguirá operando desde el inconsciente en la vida anímica del sujeto e interferirá en su normal desenvolvimiento, en la interacción con el ambiente que le rodea.

Por el hecho de que el mecanismo de defensa característico que se utiliza en las fobias es la proyección del conflicto intrapsíquico hacia un objeto o situación del mundo externo, y considerando que en Terapia Ocupacional utilizamos como instrumento terapéutico, las actividades, "el hacer" u objetos que mediatizan la relación vincular entre el Terapeuta Ocupacional y el paciente, en un encuadre particular, propio de nuestra disciplina, se considera válida y relevante nuestra intervención en esta patología.

Desde esta perspectiva, se cree que en Terapia Ocupacional, operando desde el mundo externo, podemos contribuir a que el paciente introyecte nuevos modos, más saludables, de vincularse con la realidad, y así establecer modificaciones de su mundo interno que conlleven a la ulterior elaboración y/o resolución del conflicto intrapsíquico.

MARCO TEÓRICO:

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION:

El término fobia deriva de la palabra griega *phobos* que significa temor, pánico, y de la deidad del mismo nombre que provocaba pánico en sus enemigos.

El uso del término médico aparece por primera vez en un trabajo de Celso, quien se refiere a la hidrofobia como síntoma importante de la rabia.

La fobia se empieza a utilizar en su sentido actual en 1801, y la primera descripción ordenada y sistemática de las neurosis fóbicas y obsesivas corresponde a Morel, quien en 1866 presentó ambas bajo el nombre de *delirio emotivo*.

El término agorafobia fue acuñado por Westphal en 1871. Por su parte Freud, en 1895 distinguió fobias comunes y específicas, englobándolas en 1925 como *histeria de angustia*, modalidad de psiconeurosis distinta a la histeria de conversión y a la neurosis obsesiva. Tanto Freud como posteriormente Janet y Kraepelin distinguen los fenómenos fóbicos de los obsesivos aunque insisten en su estrecha relación.

Roth en 1959 describe el *Síndrome de ansiedad-despersonalización fóbica*, que actualmente es ubicado con frecuencia dentro de las agorafobias.

Marks en 1969 sistematiza el estudio de las fobias y su clasificación. Por su parte, la escuela americana (Klein, Sheehan) elabora el origen de ciertas agorafobias a partir de cierta crisis de angustia, indicando pautas terapéuticas definidas. (1)

Las neurosis de angustia, desde que las describió Freud en el siglo pasado, fueron consideradas como una entidad. El DSM-III (1980) considera por separado el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Progresivamente se han delimitado y jerarquizado los síndromes (exclusión del Trastorno Obsesivo Compulsivo, autonomía de la agorafobia, etc.). Así, la clasificación actual de los Trastornos de Ansiedad es la siguiente:

DSM-IV (1994)	CIE-10 (1992)
TRASTORNOS DE ANGUSTIA	TRASTORNOS NEURÓTICOS POR ESTRÉS Y SOMATOFORMES
Fobia simple	Trastornos fóbicos
Fobia social	Fobia simple
Agorafobia sin crisis de angustia	Fobia social
	Agorafobia
Trastorno por crisis de angustia	Otros trastornos de ansiedad
Con agorafobia	Trastorno por crisis de angustia
Sin agorafobia	
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Trastorno de Ansiedad Generalizada
	Trastorno mixto de ansiedad-depresión
Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno obsesivo compulsivo
	Reacciones a estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Reacciones de estrés agudo
Trastorno de ansiedad sin especificar	Trastorno por estrés postraumático
	Trastorno de adaptación

(1) VALLEJOS, J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3ª Ed., Ed. Salvat, 1991, p. p. 355, 356.

Las fobias se incluyen dentro de los trastornos de ansiedad. Los rasgos característicos de este grupo de trastornos son síntomas de ansiedad y conductas de evitación. (2) Generalmente coexisten con otras patologías, aunque pueden presentarse solas. Presentan los mismos síntomas centrales que el trastorno de ansiedad generalizado, con la particularidad que éstos sólo ocurren en circunstancias especiales. Además, la persona suele evitar estas circunstancias ansiógenas y experimenta *ansiedad anticipatoria* ante un posible enfrentamiento.

La Asociación Americana de Psiquiatras contempla tres formas básicas de fobias: fobia simple, fobia social y agorafobia. (3)

Estudios recientes indican que los trastornos por ansiedad son los que se dan con más frecuencia entre la población general. La fobia simple es probablemente el más común de los trastornos por ansiedad, pero, en cambio, el trastorno por angustia es el más frecuente entre la población que busca tratamiento. (4)

La etiopatogenia es fundamentalmente psicológica, excepto en el trastorno por crisis de angustia, los trastornos fóbicos, alguna forma de fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo, donde está acreditado el

(2) TRASTORNOS POR ANSIEDAD [en línea]<<http://www.cop.es/colegiados/S-02633/ansiedad.htm>>[consulta: 18 mayo 2003], p. 5.

(3) BOCAZ, Francisca E., Fobia ¿cuándo la refiere a tratamiento? [en línea]. <<http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/alumnos/quinto/temasquinto/psiquiatria/16bocaz.htm>>[consulta: 18 mayo 2003], p.1.

(4) TRASTORNOS POR ANSIEDAD, obr. cit., p.5.

papel de un sustrato biológico mórbido. Además situaciones como conflictos emocionales, laborales, sexuales, familiares, o sobrecargas físicas, abandono, etc., pueden asociarse a un trastorno de ansiedad. En un 80% de los trastornos de ansiedad existen acontecimientos estresantes previos a la primera crisis, aunque una vez puesto en marcha el proceso, cursa de forma autónoma.

Se ha apuntado rasgos de personalidad como timidez, recato, introversión, sumisión, idealismo, sobrestima de los peligros internos, infravaloración de los recursos internos, vivencia sobrevalorada de amenaza exterior, bloqueo afectivo, inmadurez emocional, inseguridad y temor a la sexualidad, como constituyentes de una *personalidad fóbica*. También se atribuyen otras características típicas de la personalidad oral, tales como dependencia, falta de autoestima, sugestionabilidad, inseguridad, pesimismo, pasividad, y algunas de la personalidad obsesiva, como rigidez o la severidad superyoica. En general son personas tensas, con gran alerta, pues esto les prepara para detectar los peligros y afrontarlos: huir. En la agorafobia se atribuye a estas personas antecedentes de sobreprotección materna y conflictividad neurótica en general. (5)

(5) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., Trastornos neuróticos relacionados con factores estresantes y somatomorfos. Vallejo Ruiloba, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/areashim>[consulta: 18 mayo 2003]pp.1-14.

Diversos autores coinciden en señalar una infancia más conflictiva, mayor problemática personal y una mayor carga neurótica de personalidad en los pacientes del grupo agorafóbico, respecto a otros tipos de fobias. No obstante, no es infrecuente que en estos casos, el temor se instale en una personalidad no especialmente patológica y sin una conflictiva previa al inicio del cuadro.

Con respecto a la epidemiología de las fobias, el 7,6% de la población padece algún tipo de fobia, aunque solo 2-3 % buscan tratamiento psiquiátrico. Los síntomas fóbicos se presentan en 20% de los pacientes psiquiátricos.

En términos generales, es dos veces más prevalente en el sexo femenino. Los mecanismos apuntados para explicar este hecho son:

- a) diferencias biológicas;
- b) facilitación social de agresividad y valentía en el hombre, y
- c) mayor tendencia en el hombre a no admitir temores, porque ello lesiona su autoestima y la consideración social. (6)

Su aparición puede darse en cualquier edad, pero más frecuentemente ocurre entre 20 y 40 años (media 26 años), con duración media antes de consultar al psiquiatra de 5 años. En ancianos la prevalencia de síntomas fóbicos es del

(6) VALLEJOS, J., obr. cit., p. 356, 360.

1,4 al 2,4% (7), aunque se considera excepcional la aparición de un trastorno de ansiedad después de los 40 años. (8) Es más prevalente en individuos de raza negra.

El curso de las fobias en general suele ser crónico. El pronóstico puede ser favorable dependiendo de la intensidad y el tipo de fobia. La aparición de los trastornos de ansiedad genuinos disminuye con la edad, dando paso a formas ansiosas de estados depresivos de base. Los factores culturales, asimismo pueden modificar o encubrir verdaderos trastornos de angustia (9) y parece que influyen más en la forma de manifestación sintomatológica que en las cifras de prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad. (10).

Las fobias son explicadas desde dos modelos:

A) MODELO PSICOLÓGICO

A.1) Teoría Psicoanalítica: tendría en su base dos mecanismos de defensa: desplazamiento y evitación (11). Para Freud, la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma y procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto

(7) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit., p.p. 1-14.

(8) MACÍAS FERNANDEZ, José A., ALONSO DEL TESO Fermina, Epidemiología, concepto, clasificación y evaluación clínica de los trastornos de ansiedad, Grupo Faes. 1ª Entrega. 1999, <<http://www.faes.es/cusoansiedadAP/curso/entrega1/desarrollo1>>[consulta:26 mayo 2003], p.1.

(9) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit., p. 1-14.

(10) MACÍAS FERNANDEZ, José A., ALONSO DEL TESO, Fermina, obr. cit., p.1

(11) BOCAZ, Francisca E., obr. cit., p.1

desencadenarían un estado de ansiedad (12). Bajo el término "Histeria de angustia" Freud describe las fobias con carácter proyectivo, en el que un peligro instintivo interno queda reemplazado por otro proveniente del exterior. Mas tarde centró este peligro en la castración, interpretando el hecho fóbico como manifestación del complejo edípico. Melanie Klein atribuyó el núcleo de la fobia al miedo del sujeto a sus propios impulsos destructivos y a sus padres introyectados. (13)

Mallet (1956) postula que las técnicas del paciente fóbico reproducen los procedimientos defensivos contra el miedo y la culpabilidad utilizados por el niño. Las primeras manifestaciones de miedo surgen a los 8 meses de vida, ante personas extrañas, aunque las auténticas fobias no aparecen hasta los 20 meses con los terrores nocturnos. Las fobias de los adultos movilizan lazos útiles en el pasado, pero en una edad en que no son controlables.

Las fobias desde esta perspectiva psicoanalítica siguen las secuencias siguientes (Coderch, 1975):

- a) ansiedad neurótica por desvalimiento infantil, reavivada por un estímulo actual;
- b) represión, no del todo eficaz, por lo que aparecen los síntomas;
- c) desplazamiento, transfiriendo la tensión interna a un

(12) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit., p.4.

(13) Ibid. p.10; 11.

sustituto externo aceptable, concreto y estable, y evitación.

d) Simbolismo y elección del objeto fóbico, capaz de expresar el significado inconsciente de la fobia;

e) Proyección de los sentimientos, deseos y fantasías considerados inaceptables, en personas y cosas.

f) Regresión a estadios infantiles conflictivos y recuperación del apoyo y protección infantil. (14)

A.2) Teoría Conductista: Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado, de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos, en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino también a través del aprendizaje observacional de las personas significativas del entorno.

(14) VALLEJOS, J., obr. cit., p. 363- 364.

A.3) Teoría Cognitiva: considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros puede tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica, lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad. (15)

Frecuentemente se critican las técnicas conductistas u otras sospechosas de avalar tesis positivistas y mecanicistas, de obtener falsas remisiones, por cuanto el problema aparentemente queda resuelto y aflora luego por otra vía. Sin embargo, estudios realizados no han podido confirmar tales sospechas, y apoyan la estabilidad e incluso el incremento de las mejorías obtenidas (Emmelkamp y Kulpers, 1979; Marks, 1971). (16)

B) MODELO BIOLÓGICO: modernamente la aportación de estudios clínico-epidemiológicos, experimentales y genéticos, sugieren que la angustia puede ser considerada

(15) PORRAS SERNA, Raúl E., Trastornos de la ansiedad, Monografías.com Ansiedad. <<http://www.monografias.com/trabajos11/trastans.shtm>>[consulta: 18 mayo2003], p.3

(16) VALLEJOS, J. obr. cit., p.p. 366- 367.

como un fenómeno biológico, debido en gran parte a factores genéticos (predisponentes) compartidos por los familiares más que al efecto del medio ambiente familiar. Los estudios sobre el sistema de neurotransmisión noradrenérgico y del "locus coeruleus" apoyan la hipótesis de una hiperactividad noradrenérgica, como factor determinante de los ataques de pánico. Se ha señalado una hipofunción del sistema serotoninérgico en los pacientes con agorafobia y ataques de angustia y del sistema GABA (neurotransmisor inhibitorio), asociado a los receptores específicos para las benzodiazepinas. (17) Se dice que puede haber una posible alteración en la configuración o en el funcionamiento del receptor del GABA, apoyado por hechos que como antagonista benzodiazepínico es capaz de provocar frecuentes y graves crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico pero no en sujetos controles sanos. (18)

(17) MACÍAS FERNÁNDEZ, José A., ALONSO DEL TESO Fermina, obr. cit. p.p. 1,2.

(18) POBRAS SERNA, Raúl E., obr. cit., p. 3.

TASAS DE PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ECHEBURÚA, 1995)

<i>TIPO DE TRASTORNO</i>	<i>PORCENTAJE POBLACION</i>
TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFORIA	0,8%- 1%
TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA	1,2%- 3,8%
FOBIAS ESPECÍFICAS	4,1%- 7,7%
FOBIA SOCIAL	1,7%-2%
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (T.O.C)	1,6%- 2,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (T.A.C.)	6,4%-7,6%
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	1%

De acuerdo con los cuadros clínicos de mayor prevalencia en la población general a continuación se detallan las particularidades de cada uno. Si bien el Trastorno Obsesivo Compulsivo es una entidad clínica de alta frecuencia, no será tenida en cuenta en el desarrollo de la tesis por constituir, desde el marco psicoanalítico, una entidad diferente a la fobia, formando parte, junto con ésta última y con la histeria, del grupo de las neurosis.

AGORAFOBIA

Se presenta mayormente en mujeres. Los casos directos de agorafobia sin crisis de angustia son crónicos, raros y de pronóstico sombrío.

Si el trastorno de angustia se trata a tiempo mejora paralelamente. Si se ha consolidado dependerá de la terapéutica llevada a cabo, de la personalidad premórbida y de los condicionamientos ambientales. La agorafobia sin

historia de crisis tiene peor pronóstico. Un tercio ha experimentado ideas suicidas y un 18% ha realizado intentos. (19)

La terapéutica consiste en:

- Farmacológica (Benzodiazepinas - IMAO o ISRS). La imipramina, clomipramina y fenelzina actúan de dos maneras: por una parte bloquean las crisis y por otra, empujan al paciente para vencer la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación.
- La psicoterapia: Terapia Cognitiva Conductual. Esta consiste en enseñarle a las personas a responder de manera diferente a las sensaciones corporales desatadas por la ansiedad y a manejarse de distinta manera frente a situaciones estresantes. Para esto se suele utilizar una técnica llamada de *Reestructuración Cognitiva*.

La terapia Conductual sirve para cambiar comportamientos específicos indeseables de las personas. Se incluye la *Terapia de Exposiciones* por lo cual se expone gradualmente a las personas a las situaciones temidas.

La *psicoeducación* es otra herramienta importante mediante la cual se le informa a la persona sobre los síntomas típicos de esta fobia, permitiéndole anticiparse y disminuir la ansiedad que provoca la incertidumbre.

(19) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit., p. p. 1-14

FOBIA SOCIAL

Suele aparecer típicamente en la adolescencia y suele haber antecedentes infantiles de timidez o inhibición social. No obstante, puede aparecer bruscamente luego de haber experimentado una situación humillante o estresante, o bien puede aparecer lentamente; usualmente entre los 17-30 años, en un lugar público sin motivo aparente. Gradualmente los episodios se hacen más severos y la evitación aumenta. (20)

El curso de este trastorno fluctuará dependiendo de las demandas de actuación social de las diferentes etapas vitales y de la estabilidad de los círculos sociales a los que el individuo se vincula. Los síntomas pueden reagudizarse ante algún cambio que implique relacionarse con personas desconocidas.

Es necesario que los síntomas de ansiedad o las evitaciones perjudiquen marcadamente el funcionamiento diario de la persona o su bienestar personal para que se pueda hablar de Fobia Social. En el caso de personas menores de 18 años, la duración de los mismos debe ser mayor a los seis meses.

Estos individuos sufren un gran deterioro en sus relaciones sociales y laborales debido a las deficiencias en sus habilidades sociales.

(20) BOCAZ, Francisca E., obr. cit., p.1.

No se conoce su pronóstico preciso, aunque se sabe que empeoran si existe alto nivel de conflictividad personal, abuso de tóxicos o sintomatología depresiva asociada. (21) 34% han experimentado ideas suicidas y 12% han realizado intentos.

Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. (22)

El tratamiento consiste en:

- **Terapia Cognitivo - Conductual:** De tipo gradual donde se combinan la exposición a situaciones temidas con manejo de la ansiedad. En la terapia individual o grupal se observan mejorías en pocas semanas de comenzado el tratamiento. La *terapia de Conducta* mejora más la ansiedad que la conducta fóbica en sí (habilidades sociales, reestructuración cognitiva, etc.).
- **La Terapia Psicoanalítica** esta indicada en enfermos en los que el cuadro fóbico se estructura sobre una problemática personal que es la que promueve la angustia.
- **Terapia Farmacológica:** Se recurre a ella durante el episodio agudo para lidiar con los encuentros sociales. Se utilizan Benzodiazepinas, IMAO o ISRS (23). También se utilizan atenolol, propranolol, para la ansiedad que provocan las situaciones de exposición social,

(21) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit., p. 13

(22) PORRAS SERNA, Raúl E., obr. cit., p. 7.

(23) BOCAZ, Francisca E., obr. cit., p.1.

utilizándose cada mañana o una hora antes de cada acto social (24).

FOBIA ESPECIFICA

Es mas frecuente que la fobia social, siendo el trastorno mental más común en las mujeres y el segundo más común entre los hombres, después de los trastornos relacionados con sustancias. Las mujeres suelen padecer este cuadro clínico casi el doble que los hombres en todos los tipos de fobia específica, menos en relación con el miedo a inyecciones, en donde las proporciones se equiparan.

Puede desarrollarse al haber presenciado o sufrido un evento traumático altamente conmocionante. Si bien este tipo de fobia suele ser duradera, no es común que ocasione serios déficits en el area laboral o social, a no ser que la fobia se relacione con un estímulo al que el sujeto suele estar expuesto. Es por ello que suele no requerir tratamiento por constituirse ante estímulos fóbicos extraños que no interfieren en la vida normal del sujeto.

Para que la fobia sea diagnosticada, el miedo o ansiedad de anticipación y la evitación del estímulo fóbico debe provocar un detrimento significativo en las actividades cotidianas del sujeto. En el caso de los menores de 18 años, los síntomas deben haber durado más de seis meses.

(24) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ P., obr. cit., p.p. 1-14.

Según el tipo de fobia específica va a variar la edad de inicio de la misma. Por ejemplo, para la fobia situacional (miedo a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, recintos cerrados) hay dos picos de inicio: uno en la mediana edad y otro a los 30 años aproximadamente. En el caso de la fobia ambiental (situaciones relacionadas con la naturaleza y fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos, precipicios o agua), el inicio suele darse en la segunda infancia, aunque el miedo a las alturas suele aparecer a principios de la edad adulta. También en la segunda infancia es cuando es probable que se inicie la fobia de tipo animal y sangre -inyecciones - daño.

En edades infantiles se cifran en 90% con un clímax a los tres años. Estos temores que suelen desaparecer en la pubertad, son de origen fundamentalmente innatos (Respuesta no aprendida), aunque matizados por aspectos ambientales (Padres) (25).

Generalmente aparecen primero en adolescentes o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez. El 20% de ellas desaparecen solas. En los niños desaparecen en el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta (26). Las que se originan en la vida adulta, posterior a un evento

(25) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit., p. 9.

(26) PORRAS SERNA, Raúl E., obr. cit., p. 7.

estresante, tienen mejor pronóstico.

De la totalidad de los casos de fobia específica, un 2-3% realizan consulta psiquiátrica. Estas fobias son incapacitantes en un 0,2- 0,8%. No se conoce su pronóstico preciso, aunque se sabe que empeoran si existe alto nivel de conflictividad personal, abuso de tóxicos o sintomatología depresiva asociada (27).

TRATAMIENTO:

- Psicoterapia Conductista - Cognitivista: Terapia de exposición, además se le enseña al paciente distintas técnicas para controlar la ansiedad: relajación, control de la respiración y abordajes cognitivos de la situación (refuerzo de la idea de que la situación que provoca ansiedad no es peligrosa).
- Los Psicofármacos resultan ineficaces para este tipo de fobia (Fyer, 1987) (28).

CRISIS DE ANGUSTIA O ATAQUE DE PANICO

En principio deben ser espontáneas, aunque en el devenir clínico más tarde se asocian a circunstancias fóbicas (29). Es doblemente más común en mujeres que en los hombres. La edad de inicio se sitúa entre los 20-40 años con un

(27) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit., p.9.

(28) VALLEJOS, J., obr. cit., p. 366.

(29) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LÓPEZ, P., obr. cit., p. 5.

promedio de 26 años; la incidencia disminuye con la edad. Se ha observado una duración promedio de la sintomatología previa a la consulta de 5 años. (30)

El curso es crónico con fluctuaciones. Un 50% no vuelve a presentar crisis de angustia, un 30- 40%, de forma mitigada y 10- 20% no remiten.

Suele preceder a la visita psiquiátrica una historia de visitas a especialistas no psiquiatras y a urgencias. Si no se trata adecuadamente, empieza a invadir la vida y movimientos del sujeto, de tal forma que sobreviene un cuadro de ansiedad sobreañadido y conductas de evitación que llevan al paciente a permanecer en el espacio menos ansiógeno (agorafobia) (31). Además, puede engendrar fobias relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido.

Casi una tercera parte de las personas que padecen de trastornos de pánico presentan agorafobia. La tendencia de crisis de angustia y agorafobia tiende a ser hereditaria. Tiene una incidencia aproximada de 30- 40% de familiares de primer grado de sujetos afectados de crisis de angustia frente a un 2- 4% en sujetos controles, siendo mayor el riesgo si ambos progenitores padecen el trastorno. Sin embargo un tratamiento oportuno del trastorno de ansiedad

(30) KOPPMANN, Alejandro, Trastorno de Pánico. Clínica psiquiátrica, universidad de Chile, Cuadernos de Neurología, <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/neurologia/cuadernos/cuadernos_92/pub_04_92.htm>[consulta: 18 mayo 2003], p. 2.

(31) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit. p. 5.

puede frecuentemente detener el progreso hacia la agorafobia. (32)

Si el componente evitatorio se prolonga, se produce un estado de desmoralización, hipocondría y abuso de tranquilizantes o alcohol.

TRATAMIENTO:

Farmacológico: Los ADT: imipramina, clomipramina. Resulta también óptima la utilización del alprazolam al principio del tratamiento y como antipánico, siendo utilizado en dosis altas en este último caso. Es cuestionado su uso cuando no ha conseguido yugular la crisis ante la posible dependencia y efectos rebote. Las Benzodiazepinas son de efecto sedativo para disminuir la ansiedad. En general la duración del tratamiento aconsejable es de 8- 12 meses (El 80-90% de las crisis de angustia recaen si se retira el tratamiento). (33)

- Terapia Cognitiva: Se puede apreciar una mejoría entre 6 y 8 semanas después de iniciarse el tratamiento. (34)

ANSIEDAD GENERALIZADA

Se produce en personalidades neuróticas, por lo que presentan en su existencia un estado permanente de angustia, aunque de curso fluctuante. La presencia de

(32) PORRAS SERNA Raúl E., obr. cit., p. 6.

(33) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit. p. 5, 7.

(34) PORRAS SERNA, Raúl E., obr. cit., p. 6.

ansiedad flotante limita la vida del paciente. En los enfermos de curso tórpido se añade sintomatología depresiva secundaria a su claudicación vital. A diferencia de las crisis de angustia, no se suele acompañar de fobias ni existen antecedentes familiares.

En el TAG la respuesta al tratamiento es rápida, pero son frecuentes las recaídas tras el abandono temprano de la medicación.

Existe una mayor mortalidad que en la población normal (Suicidio, abuso de tóxicos o alcohol, trastornos cardiovasculares asociados, etc.)

El pronóstico es peor si existe depresión concomitante (30-40% de los casos) o abuso de alcohol (10-20% de los casos).

TRATAMIENTO:

- Psicoterapia: Analítica, en personas jóvenes, con adecuado nivel intelectual, aconsejándose terapia de apoyo junto con otras técnicas en los demás casos.
- Terapia Cognitiva: En pacientes con gran hipertonia muscular esta indicada la terapia de relajación.
- Psicofármacos: Benzodiazepinas (Durante corto espacio de tiempo por el riesgo de dependencia), sulpiride, buspirona y los beta-bloqueantes. (35)

(35) BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., obr. cit. p. 7.

El síndrome fóbico fue una de las primeras colonias freudianas en el vasto continente de las neurosis; luego se convirtió en un terreno familiar para el ejercicio psicoanalítico y es una de sus indicaciones menos discutidas.

Sin embargo, cuando se intenta un estudio sistemático de la fobia se comprueba que quedan no pocos aspectos aún no investigados en este dominio. Se descubre que la literatura analítica es relativamente pobre en proporción a la frecuencia y a la riqueza de las manifestaciones clínicas.

El vocablo fobia no expresa una concordancia entre psiquiatría y psicoanálisis en sus enfoques clínico y teórico, ni de las clasificaciones nosológicas. Expresa más bien una etimología cómoda que no distingue varios registros: el semiológico, el fenomenológico y el metapsicológico. (36)

(36) SAURÍ, J., Las fobias, Francois Perrier, Fobias e histeria de angustia, Bs. As., Ed. Nueva Visión, 1984, p.p. 222-226.

Capítulo 1 CONSIDERACIONES DESDE LA PSIQUIATRÍA

El término fobia denota reacciones de miedo intensas, irracionales, conscientes y patológicas, acompañado de conductas evitativas hacia situaciones (reales o anticipadas), actividades u objetos que no suelen producir daño y a los que la mayoría de las personas pueden enfrentar sin dificultades. En este caso, las evitaciones se producen porque, al quedar el sujeto fuera de contacto con el objeto o la situación temida, el miedo desaparece y con él, la ansiedad.

Sin embargo, para entender las fobias, debe tenerse en cuenta la presencia en la persona de la sensación de miedo, y no sólo el componente de escape, ya que, aunque no se produzca la evitación propiamente dicha, el simple deseo de hacerlo o de tolerar la situación fóbica a expensas de un alto grado de malestar y ansiedad, es suficiente para hablar de una fobia.

La ansiedad puede definirse como un estado del organismo que lo dispone en situación de alerta- alarma, con respecto a una amenaza a su integridad física o psicológica, a fin de efectuar un gasto suplementario de energía necesario para ejecutar una respuesta de agresión- lucha o huida.

Un mínimo de ansiedad es un mecanismo adaptativo ante situaciones de estrés, que facilita el rendimiento adecuado

y sirve para la resolución de problemas cotidianos. Este mecanismo funciona de forma ajustada cuando se produce una adecuación entre estímulos y respuesta. Sin embargo, puede resultar inadaptable y patológico en las siguientes situaciones:

- Cuando la respuesta de alerta- alarma se desencadena ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes, previniendo de un peligro inexistente.
- Cuando se produce una persistencia en el tiempo de la respuesta de manera innecesaria. (37)

En el siguiente cuadro se detallan los aspectos característicos en los que se diferencia la ansiedad normal de la patológica: (38)

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Episodios poco frecuentes. Intensidad leve o media. Duración limitada.	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
SITUACION O ESTÍMULO ESTRESANTE	Reacción esperable y común	Reacción desproporcionada
GRADO DE SUFRIMIENTO	Limitado y transitorio	Alto y duradero.
GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA	Ausente o ligero.	Profundo.

(37) MACÍAS FERNANDEZ, José A., ALONSO DEL TESO, Fermina, obr. cit., p. 1, 2.

(38) TRASTORNOS POR ANSIEDAD, obr. cit., p. 6.

Henri Ey describe las conductas fóbicas a las que recurre el fóbico para conjurar la angustia:

- Conductas de evitación: si los objetos fóbicos se perciben en el campo de la situación, el enfermo está en camino de tener una gran crisis de angustia con todas sus manifestaciones psicológicas y fisiológicas. El sujeto se comporta de una manera que evita encontrar el objeto tabú, lo que conduce a conductas de fuga muy diversas, según la forma y la intensidad de la angustia subyacente (personas que se encierran, que recorren siempre trayectos definidos, etc.).
- Conductas de tranquilización: Lo más frecuente es la presencia de un personaje que le asegura no estar solo. Puede ocupar este lugar un objeto que cumple también esta función aseguradora.

También el autor se refirió a un "**carácter fóbico**", es decir rasgos de comportamiento que pueden constituir el armazón caracterial del neurótico fóbico. Los aspectos fundamentales son:

- Constante estado de alerta: Consiste en una actitud de vigilancia permanente para detectar las amenazas que proceden del exterior, siendo esto muy especializado y selectivo. El fóbico manifiesta horror ante situaciones mal definidas y mal percibidas, en las que presiente la cercanía de un peligro interno. Tiende a percibir el mundo exterior más peligroso de lo que realmente es. Su

pensamiento y su mundo interior le parecen, por el contrario, sencillos y limpios. Tiende a proyectar fuera de sí el drama que vive y va hasta una verdadera negación del mundo imaginario del que es, sin embargo, prisionero. Se defiende contra sus pulsiones negándolas.

- Actitud de huida: que puede manifestarse a través de dos maneras opuestas: una de ellas es la *actitud pasiva* y la otra es la *negación de la pasividad*.

La *actitud pasiva* conduce a conductas de inhibición que pueden ser totales o parciales. Pueden llevar a la persona al encierro con imposibilidad de emprender actividades.

La *actitud de negación de la pasividad* implica comportamientos de desafíos permanentes. Es una huida hacia delante dominando su fragilidad intrapsíquica a base de anticiparse al peligro, arremetiendo y sobreocupándose con el fin de no dar opción a que el conflicto emerja. En el fondo expresa el mismo temor que la anterior ante las realidades de la vida.

También suele estar alterada la vida sexual del fóbico, el cual presenta una intensa inhibición. Cuando el deseo sexual es sentido como un peligro de destrucción, la angustia que esto provoca, evita el acercamiento.

Es común encontrar un pasado de fobias infantiles en estos enfermos. Los terrores nocturnos suelen ser más duraderos y después pueden ser relevados por fobias a los animales.

Ocurre a menudo que los síntomas de la angustia, aún siendo muy intensos, permanecen camuflados a los ojos de los demás durante mucho tiempo.

El sujeto emplea mil astucias para ocultar sus miedos y sus medios para tranquilizarse. Es por ello común que, después de varios meses o años, se hunda en una crisis depresiva. El avance de las restricciones confina al sujeto a su habitación y es entonces, en el curso de un episodio de angustia o ante la agravación de los síntomas, cuando decide recurrir a la consulta.

Puede ocurrir que la neurosis se estabilice, aún con síntomas molestos, si las conductas de evitación y de tranquilización son suficientemente eficaces y si el juego de las pulsiones y las defensas realiza un equilibrio aunque sea precario. (39)

Marks, en 1969, destaca las cuatro características que permiten definir un temor concreto como fobia:

- 1) Es desproporcionado en función del carácter amenazante de la situación que lo crea, o sea, claramente superior al esperable dadas las circunstancias.
- 2) Consciencia de parte de la persona de la imposibilidad de efectuar una explicación lógica del fenómeno, es decir, del carácter irracional del mismo.

(39) EY, Henri, Tratado de Psiquiatría, 8ª Ed., Barcelona, Ed. Toray- Masson, 1978, p.p.405-416.

- 3) Se encuentra fuera del control voluntario.
- 4) Conduce a la evitación de la situación temida.

Según estos puntos de referencia queda clara la categoría de la fobia frente al miedo u otros temores que de forma normal o patológica pueden presentarse en el hombre.

Este autor clasificó a las fobias de la siguiente manera:

1) Fobias a estímulos externos:

- *Fobias a animales*
- *Síndrome agorafóbico*
- *Fobias sociales*
- *Otras fobias específicas*

2) Fobias a estímulos internos:

- *Nosofobias:* se superpone con la hipocondría, la depresión o la neurosis de angustia.
- *Fobias obsesivas:* en estrecha relación con la neurosis obsesiva. (40)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM IV, de la Asociación Americana de Psiquiatría, se incluyen dentro de los Trastornos de Ansiedad, los siguientes cuadros clínicos:

(40) VALLEJOS, J., obr. cit. p.p.355- 368.

- **Crisis de Angustia (Ataque de Pánico):** Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o a perder el control.
- **Agorafobia:** Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar resulta difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- **Trastorno de Angustia sin agorafobia:** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- **Trastorno de Angustia con agorafobia:** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- **Agorafobia sin historia de trastorno de angustia:** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

- **Fobia específica:** Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **Fobia social:** Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- **Trastorno por estrés postraumático:** Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- **Trastorno por estrés agudo:** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático, que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.

- **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- **Trastorno de ansiedad no especificado:** Son aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados.

En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia.

A continuación se describen los criterios para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad que guardan relación con los contenidos específicos de este trabajo de investigación:

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CRISIS DE ANGUSTIA

(ATAQUE DE PÁNICO):

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes

síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos.

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (Sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

Las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastornos de angustia, fobia social, fobia específica, trastornos por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE AGORAFOBIA:

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar pueda resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis

de angustia inesperada, más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluye estar solo o fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

B. Estas situaciones se evitan (por ejemplo, se limita el número de viajes), se resiste a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo, evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores.), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastornos por estrés posttraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante

traumática o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE **TRASTORNO DE ANGUSTIA**

SIN AGORAFOBIA:

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

(2) al menos una de las crisis ha seguido durante un mes

(o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo, evitación limitada a

situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastornos por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE **TRASTORNO DE ANGUSTIA CON**

AGORAFOBIA:

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.

b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco).

c) cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de Angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo,

drogas, fármacos) o una enfermedad médica (hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo, evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastornos por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE

TRASTORNO DE ANGUSTIA:

- A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (por ejemplo mareos o diarrea).
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de angustia.
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA **FOBIA ESPECIFICA**

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (Por ejemplo, volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente un respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. **Nota:** en los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** en los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La (s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones

laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos, no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como: fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastornos por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante traumática), o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre- inyecciones- daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, etc.)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de

una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA FOBIA SOCIAL

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** en los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Por ejemplo drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con

estos procesos (Por ejemplo, el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa.)

Especificar si:

Generalizada: los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (Considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

GENERALIZADA

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - (1) Inquietud o impaciencia
 - (2) Fatigabilidad fácil

- (3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - (4) Irritabilidad
 - (5) Tensión muscular
 - (6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de, por ejemplo, un trastorno de crisis de angustia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad por separación, anorexia nerviosa, trastorno de somatización, hipocondría, y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. **(41)**

(41) DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Ed. Masson, 2000, p.p. 401-448.

En la línea de Mathews y cols. (1981) existen tres factores que participan en todo cuadro de ansiedad fóbica:

1) *Ambiente y experiencias tempranas*: intervienen en la estructuración de la personalidad y, por tanto, en el gradiente de ansiedad- rasgo. Asimismo, modulan las conductas evitativas o de dependencia.

2) *Estrés específico o inespecífico*.

3) *Elevada ansiedad- rasgo*: (42) Si bien es difícil delimitar el componente genético o adquirido que subyace en el rasgo, hay razones experimentales que apoyan una vulnerabilidad vegetativa (constitución emotiva de Dupré) en ciertos sujetos.

Las vías que conducen a las evitaciones fóbicas pueden ser:

A. El estrés y la elevada ansiedad- rasgo, generan un estado de ansiedad generalizada que puede desembocar en una crisis de angustia. Estímulos ambientales hipervalorados por la ansiedad subyacente pueden favorecer la eclosión de la crisis. Posteriormente, el sujeto inicia una ansiedad anticipatoria. Finalmente, el sujeto pone en marcha conductas de evitación fóbica que le aseguran una cierta protección.

(42) Este concepto es definido en: BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LÓPEZ, F., obr. cit., p.2, como la tendencia personal a repetir fenómenos ansiosos, generalmente con una personalidad neurótica de base.

B. En determinados sujetos la eclosión vegetativa se puede producir de una forma autónoma, que se establece a partir de un sustrato estrictamente genético y biológico. Las secuencias que llevan a las conductas de evitación fóbica son idénticas a las del caso A.

C. En algunos casos, la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación se desarrollan a partir de una crisis vegetativa, no propiamente de angustia, sino debida a alguna causa médica intercurrente (hipotensión, hipoglucemia, etc.) Sujetos con rasgos hipocondríacos de personalidad pueden quedar fijados a estas experiencias y desarrollar las secuencias apuntadas.

E. Sujetos con personalidad neurótica desarrollan conductas de evitación fóbica circunscritas a situaciones concretas, sin haber presentado crisis de angustia. En este caso, la ansiedad generalizada y un estado permanente de difusa ansiedad anticipatoria justifican estos cuadros, enmarcados en el DSM IV en la Agorafobia sin crisis de angustia. (43)

(43) VALLEJOS, J., obr. cit., p.p. 355-368.

Capítulo 2 CONSIDERACIONES DESDE LA TEORÍA

PSICOANALÍTICA

Las neurosis fóbicas son cuadros caracterizados por el miedo a determinados lugares, objetos, situaciones, que determina una serie de conductas evitativas y otras de reaseguramiento.

Se configura todo un mundo de restricciones que da lugar a verdaderas formas de vida centradas alrededor de "lo peligroso" y en el que vínculos importantes quedan sometidos al proceso neurótico. Todo esto supone un estado emocional característico denominado *temple fóbico*, en el cual se conjugan un alerta tenso con una exploración permanente del espacio, ya sea dimensional o simbólico. (44)

Para Freud la fobia es el miedo al nacimiento de la angustia. Y esta angustia está vinculada a un trastorno de la economía sexual, en el cuadro de las neurosis actuales.

En las Fobias la angustia, no proviene de un recuerdo cualquiera: es de origen sexual. (45)

El síntoma realiza así un compromiso entre un deseo, quedarse junto a la madre, y una prohibición: la amenaza de castración cuyas consecuencias, en el caso Hans, podían llegar hasta la pérdida del *hace-pipí* y, al mismo tiempo, del amor parental.

(44) PAZ, Rafael: *Psicopatología, sus fundamentos dinámicos*, 7ª ed., Bs. As., Ed. Nueva Visión, 1999, p. 192.

(45) SAURÍ, J., obr. cit., p.p.222-226.

Freud se centró en el lugar del padre como interdictor, portador de la amenaza de castración. (46)

En el fantasma fóbico la angustia de castración es suscitada en este caso por el deseo del niño para con su padre esencialmente, y ya no en forma exclusiva para con su madre, como sucedía en el caso de las neurosis obsesiva o histérica. Quien está en el centro de la Fobia es el padre, primero como objeto de un deseo de muerte (deseo parricida) y después como objeto de un deseo de amor. Aunque al igual que en toda neurosis el punto de partida es siempre el deseo incestuoso hacia la madre, en la Fobia el personaje principal es el padre. (47)

El sujeto fóbico se encuentra en una actitud edípica de celos y hostilidad hacia el progenitor de su mismo sexo, a quien también se lo ama de corazón. Por tanto, un conflicto de ambivalencia, un amor bien fundado y un odio no menos justificado, ambos dirigidos a una misma persona. Su Fobia tiene que ser un intento de solucionar ese conflicto.

La moción pulsional que sufre la represión es un impulso hostil hacia ese progenitor; tiene que ver con el deseo de hacerlo a un lado, así como el propósito de eliminarlo, lo cual equivale a la moción asesina del complejo de Edipo.

Pero no podemos designar como síntoma la angustia de la fobia; tomando el caso de Hans, que estaba enamorado de su

(46) VALLON SERGE. El espacio y la fobia. El miedo al miedo. Colección Antígona, p.67.

(47) NASIO, J. D., El dolor de la histeria, Argentina, Ed. Paidós, 1998, p.p.72-73.

madre, si mostrara angustia frente al padre, no tendríamos derecho alguno a atribuirle una neurosis, una Fobia. Nos encontraríamos con una reacción afectiva enteramente comprensible. Lo que la convierte en neurosis es otro rasgo: la sustitución del padre por el caballo. Es pues este *desplazamiento* lo que constituye el síntoma. El conflicto de ambivalencia no se tramita entonces en la persona misma; se lo esquiva, deslizando una de sus mociones hacia otra persona, objeto o situación, como objeto sustitutivo.

No cabe duda de que la moción pulsional reprimida es una moción hostil hacia el padre. Es reprimida por el proceso de la mudanza hacia la parte contraria; en lugar de la agresión hacia el padre se presenta la agresión hacia la persona propia. Una agresión de esta índole arraiga en la fase libidinal sádica, del estadio oral, que en Hans es indicada por ser mordido. Pero simultáneamente ha sucumbido a la represión otra moción pulsional, de sentido contrario: una moción pasiva tierna respecto del padre, que ya había alcanzado el nivel de la organización libidinal genital (fálica), la cual parece tener mayor peso para el resultado final del proceso represivo; es la que experimenta la regresión más vasta, y cobra el influjo determinante sobre el contenido de la Fobia. En Hans discernimos que mediante la formación de su Fobia se cancela también la investidura de objeto- madre tierna, tratándose de esta forma de un

proceso represivo que afecta a casi todos los componentes del complejo de Edipo, tanto a la moción hostil como a la tierna hacia el padre, y a la moción tierna respecto de la madre. En lugar de una única represión nos encontramos con una acumulación de ellas, y además nos topamos con la regresión. (48)

Freud caracteriza a la Fobia como si se tratara de un punto de partida, en relación con la formación de síntomas, por la precariedad defensiva de su estructura ante el ataque de angustia.

La causa última que da Freud para la Fobia se refiere al impulso amoroso hacia el padre, lo cual parece dar una posición estructural. Este momento de la estructura define a la Fobia como anterior a la Histeria y a la Neurosis Obsesiva, que se ramifican a partir de ella. (49)

Freud consideró que la Fobia descrita en el caso Hans era del tipo más común y la designó con el nombre de *Histeria de Angustia*. Ello se justifica por el pleno acuerdo entre el mecanismo psíquico de estas fobias y el de la histeria, salvo en un punto, pero un punto decisivo y apto para establecer la separación: la libido desprendida del material patógeno, en virtud de la represión, no es convertida, no es aplicada saliendo de lo anímico en una

(48) FREUD, Sigmund, Obras completas, Inhibición, síntoma y angustia, Bs. As., Ed. Amorrortu. 1986, Xxt., p.p. 97-105; p.p. 118-124.

(49) Fobia, la entrada a la neurosis. LEVIN, Mario, CONJETURAL N°23, Noviembre 1991, Ed. Sitio, Centro de impresiones, Facultad de psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, código:-1386, año: 1996.

inervación corporal, sino que se libera como angustia.

Las Histerias de Angustia son las más frecuentes entre las psiconeurosis, pero sobre todo son las que aparecen más temprano en la vida: son directamente las neurosis de la época infantil.

Es sencillo poner de relieve un carácter esencial de las Histerias de Angustia. Se desarrollan cada vez más como una Fobia y, al final, el enfermo puede quedar liberado de angustia, pero solo a costa de unas inhibiciones y limitaciones a que se ha visto forzado a someterse. En la Histeria de Angustia hay un trabajo psíquico, que es incesante desde el comienzo de ella, para volver a ligar psíquicamente la angustia liberada. Pero ese trabajo no puede conseguir la reversión de la angustia a libido ni anudarse a los mismos complejos de los cuales proviene la libido. No le queda más alternativa que bloquear cada una de las ocasiones posibles para el desarrollo de angustia mediante una defensa psíquica de la índole de una precaución, una inhibición, una prohibición; y son estas construcciones protectoras las que se nos aparecen como Fobias y constituyen para nuestra percepción la esencia de la enfermedad. (50)

En su primera teoría de la angustia S. Freud plantea que el proceso de la represión en la Histeria de Angustia ocurre en tres fases.

(50) FREUD, Sigmund., Obras completas, Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909), Bs. As. Ed. Amorrortu, 1986, Xt., p.94-95).

En la primera fase, la angustia surge sin que se perciba ante qué. Cabe suponer que dentro del Icc existió una moción de amor que demandaba trasponerse al sistema Prcc; pero la investidura volcada a ella desde este sistema se le retiró al modo de un intento de huida, y fue descargada como angustia. La investidura fugada se volcó a una representación sustitutiva que, por una parte se entramó por vía asociativa con la representación rechazada y, por la otra, se sustrajo de la represión por su distanciamiento respecto de aquella (sustituto por desplazamiento) y permitió una racionalización del desarrollo de angustia. La representación sustitutiva juega ahora para el sistema Cc (Prcc) el papel de una *contrainvestidura*; lo asegura contra la emergencia en la Cc de la representación reprimida.

En la segunda fase, la *contrainvestidura* desde el sistema Cc ha llevado a la formación sustitutiva. Pero el sistema de la represión no está todavía concluido; tiene un cometido ulterior: inhibir el desarrollo de angustia que parte del sustituto, para lo cual todo el entorno asociado de la representación sustitutiva es investido con una intensidad particular, exhibiendo una elevada sensibilidad a la excitación. Una excitación dará, como consecuencia del enlace con la representación sustitutiva, el envión para un pequeño desarrollo de angustia que ahora es aprovechado como *señal* a fin de inhibir el ulterior avance de este último, mediante una renovada huida de la investidura

(prcc). El conjunto de esa construcción lleva el nombre de *Fobia*. La expresión de la huida frente a la investidura consciente de la representación sustitutiva son las evitaciones, renunciaciones y prohibiciones que permiten individualizar a la Histeria de Angustia.

En la tercera fase se repite el trabajo de la segunda en escala ampliada. El sistema Cc se protege contra la activación de la representación sustitutiva mediante la contrainvestidura de su entorno. De este modo encuentra su prosecución la formación sustitutiva por desplazamiento.

Mediante todo el mecanismo de defensa puesto en acción se ha conseguido proyectar hacia fuera el peligro pulsional. El Yo se comporta como si el peligro del desarrollo de angustia no le amenazase desde una moción pulsional, sino desde una percepción, y por eso puede reaccionar contra ese peligro externo con intentos de huida: las *evitaciones fóbicas*. Así, puede ponerse dique al desprendimiento de angustia, aunque sólo a costa de graves sacrificios en materia de libertad personal. (51)

Freud, al reformular su segunda teoría, señalará que el Yo es el gran generador de angustia a raíz de su función represiva. (52) Aquí la angustia crea a la represión y no la represión a la angustia. La mayoría de las Fobias se

(51) FREUD, Sigmund, Obras completas, Cap. IV: Tópica y dinámica de la represión. Bs. As., Ed. Amorrortu, 1975, XIVt., p.p. 177- 182.

(52) ROZENFELD, Ana S., Recorrido pulsional de la mirada en la constitución del objeto fóbigeno, Seminario teórico clínico de actualización "las fobias hoy", CEMEP, junio y julio 2002.

remontan a una angustia del Yo frente a exigencias de la libido. En ellas la actitud angustiada del Yo es siempre lo primario, y es la impulsión para la represión. Tan pronto como discierne el peligro de castración, el Yo da la señal de angustia e inhibe el proceso de investidura amenazador en el Ello. Al mismo tiempo se consuma la formación de la Fobia. (53)

La aparición de angustia, expresión del fracaso de la represión, fuerza al yo a la adopción de otras medidas defensivas. Así, proyecta al exterior la representación intolerable, anteriormente reprimida, y la desplaza sobre algún objeto o situación, que a partir de ese momento pasa a estar investido de un carácter peligroso, ya que su contacto o proximidad despierta angustia, que se denomina "objeto fobígeno" y con el que elude todo contacto, para evitar la aparición de angustia. (54)

La formación sustitutiva de la angustia de castración tiene dos manifiestas ventajas:

- La primera, esquiva un conflicto de ambivalencia, pues el padre es simultáneamente un objeto amado y odiado.
- La segunda, permite al yo suspender el desarrollo de angustia. En efecto, la angustia de la Fobia es facultativa, sólo emerge cuando está presente la situación de peligro. No hace falta más que evitar la

(53) FREUD, Sigmund, obr. cit., XXt., p.p. 97-105; p.p. 118-124.

(54) SAURÍ, J., obr. cit., p.p. 164-165.

visión o la presencia del objeto para quedar exento de peligro y de angustia. (55)

Cuando Freud, en 1895, separa la Fobia de la Obsesión, insiste en el hecho de que a la inversa de la Obsesión, no se encuentra en el análisis otra cosa que un estado emotivo ansioso que, por una especie de elección, ha hecho resaltar todas las ideas aptas para convertirse en el objeto de una Fobia. Si el estado emotivo, en las obsesiones, puede ser tanto la ansiedad como la duda, el remordimiento como la cólera, en las Fobias es siempre la angustia.

A sí mismo, a pesar de su similitud con la Histeria, Freud reconoce la diferencia con ésta última en un solo aspecto: la libido no se convierte en síntomas somáticos histéricos, sino que se libera en forma de angustia. El problema es que la angustia no puede ser reconvertida en la aspiración libidinal a la que reemplaza. El trabajo que entonces se realiza tiende a fijar psíquicamente a esta angustia: las Fobias son estructuras defensivas. El caballo, en Hans, es el objeto de fijación de la angustia que posibilita la adopción de medidas de evitación. Secundariamente, se establece una relación entre la angustia y sus objetos, siendo esto un carácter accesorio, sobreañadido del mecanismo de formación de las Fobias. (56)

Más allá de todos los objetos o situaciones que pueden

(55) FREUD, Sigmund, XXt., obr. cit., p.p. 97-105; 118-124.

(56) SAURÍ, J, obr. cit., p.p. 222-226.

ser los contenidos de una Fobia, Freud propone diferenciar tres grupos de Fobia:

- Un primer grupo en el cual muchos de los objetos y situaciones temidos tienen una dimensión de peligro común a todas las personas y por eso tales Fobias no parecen inconcebibles aunque sí muy exageradas en sus fuerzas, como por ejemplo la Fobia a una víbora.
- En un segundo grupo reunimos los casos en que sigue habiendo una dimensión de peligro, pero se suele minimizar y no anticipar ese peligro. Entre ellos se cuentan la mayoría de las Fobias a una situación, como por ejemplo la posibilidad de sufrir un accidente viajando en ferrocarriles.
- El tercer grupo de Fobias ya está por completo fuera de nuestra comprensión, por ejemplo cuando la angustia impide a un hombre fuerte, adulto atravesar una calle o una plaza de su ciudad natal. (57)

Sin embargo, Freud advierte que es insuficiente querer explicar sólo el "contenido" de la fobia, interesarse exclusivamente por su proveniencia, por el hecho de que un objeto, o una situación cualquiera, pasaron a ser el tema de la Fobia. Muchas de estas cosas angustiantes solo pueden establecer su enlace con el peligro mediante una

(57) FREUD Sigmund, Obras Completas, Bs. As., Ed. Amorrortu, 1984, XVII., p. 363.

referencia simbólica. (58)

Siguiendo a Freud, pueden considerarse como Fobias básicas el miedo a los extraños, a la oscuridad, al quedar solo y al silencio. En el fondo, todas convergen en el *miedo a la soledad*. Freud refiere las primeras situaciones fóbicas al desprendimiento de la madre, que sume al niño en un estado de excitación que no puede descargar por carencia del objeto, excitación insatisfecha y acumulada que se transforma en angustia. Así, la angustia surge como una reacción frente a la ausencia del objeto, o a la pérdida de amor de parte del objeto y la angustia más originaria (la angustia primordial del nacimiento) se engendró a partir de la separación de la madre.

La angustia de castración que sobreviene en la fase fálica, es una angustia de separación. El peligro aquí es la separación de los genitales. La alta estima narcisista por el pene puede basarse en que la posesión de ese órgano contiene la garantía para una reunión con la madre en el acto del coito. La privación de ese miembro equivale a una nueva separación de la madre. Pero ahora la necesidad cuyo surgimiento se teme, es una necesidad especializada, la de la libido genital, y no ya una cualquiera como en la época de la lactancia.

El paso siguiente en la mudanza de la situación de peligro estará causado por el poder del Superyó. Al

(58) *ibid.*, p. 374.

despersonalizarse la instancia parental, de la cual se temía la castración, el peligro se vuelve más indeterminado. La angustia de castración se desarrolla como angustia de la conciencia moral, como angustia social. Es la ira, el castigo del Superyó, la pérdida de amor de parte de él, aquello que el Yo valora como peligro y a lo cual responde la señal de angustia.

En síntesis, podríamos decir que el peligro del desvalimiento psíquico se adecua al período de la inmadurez del yo: así como el peligro de la pérdida de objeto a la falta de autonomía de los primeros años de la niñez, el peligro de castración a la fase fálica, y la angustia frente al superyó al período de latencia. (59)

En las Fobias ocurre lo mismo que en la angustia infantil; una libido que permanece inaplicable se trasmuda en una aparente angustia realista y, de ese modo, un minúsculo peligro externo se erige como subrogación de los reclamos libidinales. Esta coincidencia nada tiene de extraño, pues las Fobias infantiles no solo son el modelo de las posteriores, que incluimos en la Histeria de Angustia, sino su directa precondition y su preludio. Toda Fobia histérica se remonta a una angustia infantil y la continúa, aún si tiene un contenido diverso y, por ende, deber recibir otro nombre. La diferencia entre ambas afecciones reside en el mecanismo.

(59) FREUD, Sigmund, obr. cit., Xxt., p.p. 130-132; 134; 135.

La angustia infantil se emparenta de cerca con la angustia neurótica de los adultos. Como ésta se genera a partir de una libido no aplicada y sustituye al objeto de amor, que se hecha de menos, por un objeto externo o una situación. En el adulto para la mudanza de la libido en angustia no basta que aquella, en calidad de añoranza, se haya vuelto momentáneamente inaplicable. Desde largo tiempo atrás ha aprendido a mantener en suspenso esa libido o a aplicarla de otro modo. Pero cuando la libido pertenece a una moción psíquica que ha experimentado la represión, se restablece una situación parecida a la del niño que todavía no posee ninguna separación entre consciente e inconsciente. Y por la regresión a la Fobia infantil se abre el desfiladero a través del cual puede consumarse cómodamente la mudanza de la libido en angustia. (60)

Según Mario MOM, Melanie Klein no se ha ocupado mucho en forma explícita de las fobias. En su trabajo "*Algunas conclusiones teóricas relativas a la vida emocional del niño*", en el que escribe algo del tema, dice: "un rasgo característico de la neurosis infantil lo constituyen las Fobias tempranas que surgen durante el primer año de vida y, cambiando de forma y contenido, aparecen y desaparecen a lo largo de los años de infancia. La angustia persecutoria así como la angustia depresiva sustentan las

(60) FREUD Sigmund, obr. cit., XVIt., p.372.

Fobias tempranas, que incluyen las dificultades en la alimentación, el "pavor nocturno", la angustia por la ausencia de la madre, el temor a los extraños, los disturbios de las relaciones con los padres y en las relaciones de objeto en general. La necesidad de externalizar los objetos perseguidores es un elemento intrínseco del mecanismo de las Fobias". (61)

Jorge M. MOM, señala la íntima relación entre Fobia, las angustias y las posiciones tempranas descritas por M. Klein.

Considera al mecanismo de disociación, la base sobre la que se puede establecer un mecanismo fóbico, o estructurar una Fobia, la cual, a su vez, crea, mantiene, protege y, a veces, recrea una disociación, a través de la externalización del objeto malo.

En otras palabras, para este autor, la Fobia es un mecanismo defensivo. Su función primordial es evitar la situación catastrófica que para el Yo supone la unión de los aspectos buenos y malos del objeto cuando las ansiedades persecutorias son particularmente intensas. (62).

Lo que lleva al sujeto a emplear la disociación es el temor a que su agresión sea tan grande, que no pueda darle vida al objeto; el sujeto duda de su capacidad

(61) MOM, Jorge M., Consideraciones sobre el concepto de fobia en relación con algunos aspectos de la obra de Melanie Klein, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N° 1-2, XIXt., 1962, p. 27.

(62) *ibid.*, p.p. 26- 33

reparativa. (63).

La disociación puede efectuarse no sólo entre bueno y malo sino que, además, lo malo puede ser repartido en pequeños fragmentos en un número cada vez mayor de objetos que se tornan perseguidores. Esto fue denominado por Melanie Klein como fragmentación del objeto externalizado o del perseguidor externo para ser controlado mejor.

En otro aspecto, el autor destaca el valor que adquiere el estudio de esta entidad patológica ya que ésta ilustra los mecanismos típicos, tales como la proyección, disociación, identificación proyectiva, externalización, fragmentación del perseguidor, dificultades en la elaboración de la posición depresiva, etc. (64)

Los mecanismos de disociación, expulsión (proyección), aniquilamiento, expresan la persecución, la agresión, el sadismo correspondiente a la posición esquizoparanoide, en el máximo sadismo anal. (65)

Los tipos de angustias son variables, aunque básicamente corresponden a las persecutorias de la posición esquizoparanoide, siendo los mecanismos de defensa básicos la identificación proyectiva y la desintegración del Yo.

Las Fobias son formaciones histéricas, pero producto de

(63) MOM, Jorge M., El yo y su control a través de los objetos en la agorafobia, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N° 6, XXXVII., 1979, p.p. 1054- 1095.

(64) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis, N°1-2, XIX., obr. cit., p.p. 26- 33.

(65) ROYER, Gilberte, La actuación en la transferencia en el análisis de un fóbico, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N° 2, XVIII., 1961, p.p.165- 166.

una disociación del Yo, constituyendo un fenómeno esquizoide (Fairbairn). Además, son observables los mecanismos de control obsesivos y las tendencias paranoides. J. M. MOM caracterizó al fóbico diciendo que "es un enfermo que en el plano histérico en que actúa, controla obsesivamente sus angustias esquizoides". (66)

La Fobia es un mecanismo defensivo muy especial debido a que, lo que menos logra es evitar la angustia, ya que la angustia es la característica fundamental de la Fobia.

Desde este punto de vista, parecería indicar su fracaso como mecanismo defensivo, sin embargo, la angustia constante en el fóbico asegura la existencia de lo otro, del afuera del no Yo, del mantenimiento de la disociación, ya que esa angustia adscripta a algo situado en el afuera, condiciona dos espacios donde el sujeto puede "colocar" dos objetos, dos contenidos: un espacio que es el de adentro, con objetos y contenidos "buenos", desde donde el sujeto teme o se angustia ante el otro espacio, el de "afuera", con objetos y contenidos "malos".

J. M. MOM, describe la existencia de tres tipos de angustia:

1. Angustia constante, o *angustia-síntoma*: por ejemplo, la angustia a la calle. Es la angustia permanente, y referida al objeto. Es la que presta su denominación a la clase de

(66) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis, N °1-2, XIXt., obr. cit., p.p. 26- 33.

Fobia: Agorafobia, Claustrofobia, etc. Es el verdadero acompañante del fóbico, la que lo tranquiliza y la que nos engaña. Esa angustia parece ser necesitada para vivir y surge ante la disociación, pero ante el temor a que se anule dicha disociación. Mientras esté presente esa angustia ocurre la disociación, siendo signo de ella, su evidencia.

2. *Angustia señal*: aparece en ausencia de la angustia anterior, es decir, cuando la disociación amenaza fracasar. Actúa como *señal de alarma* indicadora de que la disociación protectora está fracasando, amenazando al sujeto con una reintroyección destructora dentro de él. Es la que actúa movilizandó nuevas disociaciones.

3. *Angustia de situación traumática o de fragmentación*: sentida como angustia catastrófica de fragmentación del Yo al juntar lo disociado.

A partir de estas consideraciones, la Fobia o el mecanismo fóbico se estructura para evitar algo: el fracaso de la disociación, es decir, asegurarla, mantenerla, y, en ocasiones, recrearla. Pero nunca se estructura para evitar el objeto que aparentemente provoca la angustia, es decir, el objeto fóbigeno.

En el empleo del mecanismo fóbico hay una *relación buscada* (la relación con el objeto fóbigeno que asegura la disociación) para poder evitar la otra relación, la *relación evitada*, donde los aspectos disociados dejan de

serlo, ya que eso conduciría a una situación catastrófica.

(67)

El objeto fóbigeno contiene una parte, un aspecto del sujeto; y por tanto, ya no se lo puede dejar ir. Y ahí comienza el dramático *control del objeto* por parte del sujeto. (68)

El objeto, en el que se identifica proyectivamente aspectos disociados de uno mismo, debe ser controlado para mantener la disociación. Debe estar separado del paciente por una "distancia" con límites máximo y mínimo. Si el paciente se mueve más allá del límite máximo, existe el peligro de pérdida, sensación de no saber donde está, por tanto no estar en ningún lugar; y sin otro (lugar, objeto) no cabe una disociación. Y si el objeto viene más acá del límite mínimo ya no puede diferenciarse y, en esta situación, tampoco cabe una disociación.

El sujeto fantasea "cuidar" a su perseguidor, ya que si desaparece, su fantasía lo mata, es como verse frente al riesgo de que todo lo que separó de él volviese a él. Como si se viese ante la posibilidad de reintroyectarlo, cargado además con la capacidad destructiva suya, que sirvió para matarlo.

El miedo dominante y subyacente en todos los casos de

(67) *ibid*, p.p. 26- 33.

(68) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis N° 6, XXXVII., Año 1979, obr. cit., P.1058.

Fobia es el miedo a quedar solo, relacionado con el temor a perder el objeto (Ansiedad Depresiva), vinculado a la integración del mismo, es decir, a la anulación de la disociación.

Cuando la violencia de los sentimientos persecutorios del paciente impide la reintroyección de lo disociado y la integración de ambos aspectos, nos encontramos con la imposibilidad o dificultad de superar la posición depresiva por la violencia de la posición paranoide-esquizoide. (69)

El sujeto no puede arriesgarse a que el mismo objeto que lo "alimenta" sea depositario de su capacidad destructiva, ya que aniquilaría sus "fuentes nutricias"; necesita expulsar lo destructivo antes de incorporar lo productivo para defender a esto del riesgo de aniquilación (70).

Si la ansiedad depresiva consiste en el temor a la pérdida de objeto, para MOM cabría pensar que dicha ansiedad tiene un antecedente, su primera separación o pérdida, anterior a la posición esquizoparanoide: separación de la madre en el acto del nacimiento. Y esta pérdida debe tener como consecuencia inmediata, el temor a la propia pérdida del Yo, a su propia destrucción (angustia de ser destruido por la actuación del Instinto

(69) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis, N° 1-2, XIXt., obr. cit. p. p. 26- 33.

(70) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis N° 6, XXXVII., 1979, obr. cit., p. p. 1062- 1064.

de Muerte dentro de él). De esta destrucción provocada por este ataque interior, el sujeto se protege proyectando en parte este impulso destructivo al exterior, plena etapa de proyección y disociación, etapa esquizoparanoide. (71)

La soledad como algo terrible debido a la falta del pecho es algo sobreentendido, pero además, lo terrible de la soledad esta dado por la imposibilidad de externalizar con una "forma" el impulso destructivo. Si el impulso destructivo fuese muy fuerte, amenazando internamente destruir al sujeto, dificultando el mantenimiento de los límites, de la disociación interior, la soledad imposibilitaría el mecanismo defensivo de proyección y disociación externa, ya que no habría objeto externo. Por eso la soledad es terrible porque no se puede proyectar sobre algo, sobre un objeto; no se puede personificar.

En los momentos de angustia intensa, sentida como destrucción o desintegración, puede ser útil la "creación" del objeto que en un momento dado puede ser el depositario (por proyección) de toda la "maldad interna" que entonces, afuera, si puede controlar el sujeto. Pero esto tan sólo con la condición de que haya un afuera, un objeto separado del sujeto (disociación externa, posterior a la disociación interna, realizada como primera tentativa de evitar la aniquilación). Si el sujeto no expulsa sus

(71) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis, N° 1-2, XIXt., obr. cit. p.p. 26- 33.

tendencias destructivas internas, su propia destrucción le afectase a sí mismo; y si las expulsa, esas tendencias tendrían un carácter persecutorio y terrorífico, dado por lo informe. Al "crear" un objeto externo en quien introducir sus tendencias, no se libra del carácter persecutorio pero sí elimina a través de la *forma* el carácter terrorífico, dado por lo informe. El sujeto ha creado un objeto perseguidor pero no terrorífico, ya que puede ser controlado. (72)

La disociación protege contra la ansiedad depresiva. Esta ansiedad depresiva adquirirá, en la fantasía, particulares caracteres catastróficos si la disociación y proyección procedentes, fueron condicionadas por un gran incremento de fantasías destructivas. La representación intrapsíquica de esta ansiedad aparece bajo la forma de una destrucción del objeto bueno (y consecuentemente del Yo del sujeto) como consecuencia de la introyección del externalizado objeto malo, es decir, como consecuencia de una anulación de la disociación.

Lo que hace difícil la introyección del objeto externalizado y la consecuente integración del objeto y del Yo es el montante de hostilidad con que aparece proyectivamente cargado el objeto externalizado. El grado de fragmentación del objeto externalizado también

(72) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis N° 6, XXXVII., 1979, obr. cit., p.p. 1062- 1064.

interviene.

El fóbico busca el objeto fobígeno (relación buscada) para evitar estar solo, entrar en la posición depresiva (Relación Evitada), lo que implica la desaparición de la disociación e introyección del objeto externalizado, ya que para él, unir los aspectos disociados no es integración (reparación, etc.) sino destrucción del objeto, soledad y aniquilamiento de sí propio (situación catastrófica). (73)

Es decir que, el sujeto se defiende de sus angustias depresivas con sus angustias paranoides. La situación depresiva sería la constatación de la pérdida, de lo "vacío". Y la situación paranoide sería equivalente al control del "vacío", a través del control producido por la disociación.

El mecanismo de curación de la Fobia estaría dado por la posibilidad de expulsar lo malo para poder introyectar lo bueno y luego ir hacia lo malo y dominarlo, pero sólo si el sujeto tiene lo bueno adentro. El temor a no poder dominar lo malo o que lo malo le destruya lo bueno llevaría al sujeto a persistir en la "barrera", en la disociación. (74)

Siguiendo esta línea teórica, Rebeca GRINBERG plantea que la claustrofobia de una paciente era la expresión de su

(73) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis, Nº 1-2, XIXt., obr. cit., p.p. 26- 33.

(74) MOM, Jorge M., En: Revista de psicoanálisis, Nº 6, XXXVI t., 1979, obr. cit., p. 1085, 1090.

angustia persecutoria, pero además tenía un significado protector: ponía un límite a todo lo que la paciente podía hacer al objeto y el objeto a ella. En última instancia, era una defensa frente a sus intensas ansiedades psicóticas.

Por medio de la claustrofobia la paciente evitaba sentirse sin límites, sin contención y expuesta a la *dispersión total*: la locura. Ponía un límite a su avidez, y a la utilización masiva de su identificación proyectiva (locura total), que la impulsaría a meterse en todo y en todos, con la amenaza de no reintegrarse jamás. Necesitaba algo que la ciñera y le impidiera expandirse.

Era el objeto en el que quedaba encerrada como retaliación por sus intenciones frente a él. En última instancia, representaba a su madre, de cuyos contenidos y funcionamiento quería disponer, procurando controlarlos omnipotentemente. El fracaso de dicho control, la exponía a ser encerrada y ahogada, por los penes que ella había atacado en su interior.

Por medio del uso de la identificación proyectiva la paciente se metía continuamente en los otros, de los que luego necesitaba escapar. Este mecanismo actuaba simultáneamente con el de disociación que le permitía tener siempre una parte adentro y otra afuera de los mismos, defendiéndola del deseo y el temor a la fusión total con los objetos. (75)

Para RAFAEL PAZ El temple fóbico es un temple paranoide, pero vivido y manejado en un nivel cualitativamente distinto al de un esquizofrénico. El alerta se polariza en la lectura de significados peculiares (lo idiosincrásico de toda neurosis) pero sobre una trama mucho más compartible. La calle es peligrosa, pero lo que transmite el fóbico es su temor a "otra calle", que subyace a la de todos.

Lo neutro de los lugares y desplazamientos cotidianos se ha perdido y se hace necesario reconocer permanentemente el terreno. Pero estamos moviéndonos en el plano de la angustia neurótica. El mundo neutro puede poblarse de significaciones terribles, autocéntricas, indubitables, de forma tal que lo psicótico está ahí, pero ubicado, controlado y de alguna forma trabajado por los sistemas neuróticos de defensa.

Nos hallamos en un nivel primario, esquizoparanoide, pero en el cual la experiencia emocional no posee la masividad que concebimos para raíz de las psicosis, y en la que los tabicamientos disociativos tienen cierta estabilidad. (76)

El sujeto se halla inmerso en la trama edípica y el miedo a la castración reactivará todos los sistemas previos

(75) GRINBERG, Reveca, Características de las relaciones de objeto en una claustrofobia, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N °2, XVIt., 1959, p.122., 129, 136, 137.

(76) PAZ, Rafael, obr. cit., p.p. 192- 194.

integrados hasta el momento (77) y todos los fracasos que constituyen lo neurótico disposicional previo. Esto hará que se tiña la experiencia nueva con los matices predominantes de la historia anterior, pero además, el esquema de los padres, si bien no posee el primitivismo de anteriores estadios, no ha alcanzado un desarrollo y diferenciación plenos. De ahí que la madre, objeto deseado, se revista también de características persecutorias, de modo que el acercamiento a la misma no constituye refugio seguro.

La ansiedad confusional que se produce cuando el mecanismo de disociación falla sume al fóbico en los miedos indiscriminados propios de niveles en los que las diferenciaciones del Edipo constituido no han tenido lugar y por lo tanto puede perderse todo (objetos y yo). (78)

Según el autor, en la Fobia cabría diferenciar entre dos situaciones básicas:

- Una en la que la Fobia se manifiesta como miedo a sufrir algún tipo de trastorno: desmayos, descomposturas, miedo a enloquecer. En ella no se ha logrado, mediante el proceso neurótico de formación de síntoma, construir un objeto en el cual depositar exitosamente el complejo pulsional y restrictivo. Hay sí un sistema proyectivo en

(77) Los sistemas a que se refiere PAZ están representados por lo oral, lo cutáneo, lo anal, los sistemas musculares, que constituyen para el autor esquemas funcionales a disposición del yo y fuente continua de fantasías.

(78) *ibid.*, p. 194-195.

ciernes: miedo a salir a la calle sin saber bien por qué, pero es un sistema proyectivo que fracasa en tanto la disociación no es exitosa y permite una gran fluidez introyectiva-proyectiva. En el fóbico que mantiene los miedos referidos a algo en el interior de su cuerpo, la construcción sintomatológica es más pobre y cercana al sistema pulsional originario. Los sistemas corporales involucrados en la Fobia tienen un alto carácter expresivo y muestran el parentesco conversivo que poseen (Fobias histéricas).

- En otras el miedo está referido a lo que un determinado objeto puede hacer; por ejemplo el temor de Hans a ser mordido por un caballo. En estos casos, la proyección de los propios impulsos y aspectos superyoicos se hace en depositarios con los que puede establecerse un manejo óptimo de las distancias, lo que constituye un éxito desde el punto de vista neurótico. Ese mecanismo, a pesar de su origen en los procesos primarios, es de jerarquía intencional mayor, tiene un fin claramente defensivo y pertenece a una organización secundaria.

R. PAZ define las CONTRAFOBIAS como el vencimiento del objeto y del espacio que media entre él y el sujeto; espacio de separación en tanto supone el ligamen libidinoso, y de protección por la existencia del vínculo persecutorio. Se supera el miedo y surge entonces una vivencia de triunfo y plenitud, que muestra la raigambre

maniaca de esta estructura de conducta, pero expresada en un nivel neurótico. A veces las transiciones son visibles, perturbándose el juicio de realidad, corriendo el sujeto peligros extremos y mostrando reacciones posteriores al triunfo, con francos matices melancólicos. Estos últimos se constituyen como tales por la penetración posesiva efectuada con tanta violencia que puede producir la muerte del objeto y la consiguiente muerte del sujeto. (79)

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE LAS FOBIAS Y DE LAS MODALIDADES FÓBICAS (80)

Jorge Mario MOM, describe un tipo de reacción en algunos psicoanalizados, especialmente al comienzo del tratamiento o, entre la primera entrevista y el comienzo formal del tratamiento.

Consistía en el rápido establecimiento de una relación con un objeto nuevo que presentaba una particularidad: la de ser absorbente, monopolizadora, saboteadora del proceso terapéutico, que excluía al psicoanalista y a la relación con él, "obligándolo" a "moverse" en una situación o "zona" muy especial, privado de su instrumento específico de trabajo, la interpretación de la transferencia.

(79) *ibid.*, p. p. 196-199.

(80) MOM se refiere a las modalidades fóbicas como el proceso general de algunos análisis en los que pueden apreciarse una analogía o similitud con ciertos rasgos y mecanismos descritos en las Fobias. En: SAURÍ, obr. cit., p. 154.

Esta situación plantea un problema: el establecimiento de un tipo especial de relación sobre la base de roles fijos, que intenta desposeer el proceso terapéutico de la plasticidad que está supuesto tener. En esta situación creada cabe resaltar:

a) La "desaparición" del psicoanalista como objeto de los impulsos del psicoanalizado, que pasa a estar en función de la relación objetal, como si la transferencia hubiese sufrido un desplazamiento; y

b) La ubicación del psicoanalista dentro de una "zona" de movimientos muy limitados, dada por "ayudar" al psicoanalizado en dicho problema. Fuera de esta zona parecería ser ignorado o al menos no aceptado.

En síntesis, para el autor, el acento recae en la posición del psicoanalista fuera de la relación comentada por el psicoanalizado, y percibiendo una dificultad en "meterse" en ella. (81)

Ante la sentida como peligrosa irrupción en su interior del "afuera" peligroso, personificado en el analista que "entra", el fóbico se defiende identificando proyectivamente en otro objeto sus aspectos necesitados de ser separados de los otros, personificados ambos, hasta ese momento, en el psicoanalista. De esta manera el

(81) La percepción contratransferencial de "meterse" guarda estrecha relación con la proyección en el psicoanalista de un aspecto o parte del psicoanalizado (un objeto interno y una relación con él). La consideración de estos aspectos y de la reacción del psicoanalista ante esa personificación en él, son para el autor, claves para la interpretación del psicoanalizado.

conflicto intrapsíquico se externaliza totalmente.

Entonces, la primer respuesta al analista, sentido como peligroso por provenir del "afuera peligroso" y porque se "va a meter", por proyección, dentro del paciente, será el establecimiento inmediato de una relación transferencial hostil, de desconfianza, independientemente, al principio, de la actitud del analista.

En el control sobre el psicoanalista utilizará el mismo mecanismo empleado para atraer a su "adentro" a objetos necesitados para identificar proyectivamente en ellos determinados aspectos y controlarlos internamente, ya desde "adentro" del objeto.

El problema de la transferencia en estos casos se complica por el hecho de que al "penetrar" en el paciente e "irse" luego, el psicoanalista es vivenciado como llevándose algo o parte del paciente, personificando, no sólo su "afuera" sino también su "adentro", es decir, anulando la disociación protectora del paciente. Esto fuerza una nueva disociación, del psicoanalista (que contiene ya los dos aspectos del paciente) y la aparición del otro objeto, producto de dicha disociación del analista y que se configura externa o espacialmente.

Según el autor, estos sucesivos pasos en el establecimiento de la relación transferencial son específicos de las Fobias, caracterizándolos como

TRANSFERENCIA FÓBICA, en el primer contacto con el psicoanalista.

Este autor plantea que, la "aparición" del otro (que surge de la disociación del analista peligroso), la particular relación con él y la particular relación con el psicoanalista ("excluido", "limitado"), unido al control fóbico sobre ambos ("zona" o "distancia" entre ambos, que impide la unión y la desunión) caracteriza a la MODALIDAD DEFENSIVA FÓBICA.

Entonces, la TRANSFERENCIA FÓBICA está caracterizada por la externalización total del conflicto ("bueno" y "malo" afuera) con el establecimiento de una "distancia" intermedia y un riguroso control sobre dichos objetos externos.

La multiplicidad de objetos es una característica del fóbico. Parecería haber una mayor fragmentación del objeto interno en sucesivos objetos externos que son abandonados en estado de "moribundos".

En tal situación, la interpretación que se "mete" tiene un carácter terrorífico ya que la reintroyección debe ser sentida como hecha masivamente en el AQUÍ de todos sus fragmentados objetos destruidos. La sensación sería de "meter dentro de sí tantos muertos matados por el sujeto que serían sentidos como que lo matarían a él mismo". Por tal motivo reintroyectar lo proyectado se verá seriamente perturbado.

Al respecto el autor plantea una *elaboración fóbica* de dicha situación, lo que impone un cambio en las interpretaciones del psicoanalista, ya que no se puede seguir interpretando únicamente sobre la base del objeto temido "nuevo" y omnipotente, sino que se debe tener presente el cambio y la redistribución de roles.

La *evitación* constituye un elemento constante en las Fobias, que puede observarse más claramente en los casos de agorafobia, en la que se destaca la inmediata identificación entre el analista y el "afuera" peligroso, sufriendo aquél el mismo trato que el "afuera" peligroso, fundamentalmente un control inmovilizador, con una "distancia" interpuesta y una evitación de la reincorporación del aspecto disociado del paciente, ubicado primero en el afuera y personificado ulteriormente en el analista. La evolución de esta situación la constituye la disociación del analista y la aparición del otro objeto. Así, el psicoanalista antes de ser evitado (ignorado, etc.), fue identificado con algo y luego disociado, en un aspecto aceptado y personificado (desplazado) en otro objeto (acompañante) y en un aspecto rechazado y evitado (analista). En ese momento la interpretación del paciente debe tener en cuenta que dicha actitud podrá ser sentida por el paciente como parcial y persecutoria, ya que proviene del objeto fóbigeno que despierta angustia y debe ser evitado.

Así, podría resumirse que, por la índole del mismo proceso patológico, el psicoanalista será identificado primeramente con el objeto fóbigeno, disociado luego y excluido o ignorado (evitado) después, convertido en espectador del relato que el paciente hace de su relación con el "otro", el que personifica un aspecto disociado del psicoanalista.

De lo comentado hasta el momento, para el autor, la consideración técnica se refiere a la necesidad de adoptar frente al fóbico, desde el comienzo del análisis, una actitud mucho más activa, dada por:

1. El señalamiento inmediato de este carácter doble del psicoanalista (su gran poder y su carácter fóbigeno), viniendo a reforzar el carácter persecutorio del objeto fóbigeno, personificado ahora en el psicoanalista, y
2. La investigación cuidadosa del carácter y manejo de los objetos externos. El conocimiento del manejo objetal externo es muy importante ya que una de las características del fóbico reside en el número y carácter específicos de sus relaciones objetales.

Debido a los problemas que surgen en las Fobias ante la interpretación, el autor plantea lo que entiende, técnicamente como *interpretación operante*, es decir *interpretaciones extratransferenciales*, sin desechar las llamadas interpretaciones transferenciales que llevan al

contacto con los objetos de los cuales surgen los conflictos transferidos.

Corresponde al tipo de interpretación que, en ciertas circunstancias se lleva a cabo y que aparentemente, por el hecho de no "tocar" directamente al psicoanalista, no podría ser catalogado como transferencial.

La interpretación de la TRANSFERENCIA FÓBICA hace necesario no solo una disposición psicológica, buena intuición, etc., sino también el conocimiento de la dinámica del establecimiento de dicha transferencia.

Según MOM, el acento debe estar puesto en el "descubrimiento" en el o los objetos, y la comunicación al paciente de esta semejanza o inclusión del psicoanalista en el objeto, como si le comunicara algo que no tiene nada que ver con el paciente en lo que respecta a la "relación o contacto directo" del psicoanalista con el paciente. Solo destaca que parecería que hay cierta similitud (esto no lo haría de entrada, al comienzo del análisis). Que la actitud asumida con el objeto se parece, a la actitud asumida con el psicoanalista (como si constituyera una reacción a una actitud consigo).

La interpretación transferencial no debería ser, en su formulación, del tipo de identificación del analista con los objetos que trae implícitamente el analizado.

Ante algunas situaciones, la actitud del psicoanalista, en términos generales, puede ser la de meterse en el

problema que trae el paciente, tratando de colocarse a la misma altura que el paciente en cuanto a la importancia asignada al tema. Esta es una forma de no perder contacto con el paciente.

Esta formulación respeta la "distancia" eliminando la angustia persecutoria de que el analista quiera destruirlo, pero, y fundamentalmente, dejándole y proporcionándole al paciente la posibilidad de movilizarlo, de que pierda sus rígidos "límites máximo y mínimo". Lo importante, en ese momento, no es anular la disociación sino que el paciente vivencie que el psicoanalista es uno de los términos de esa disociación.

En otros casos, parecería que el implícito NOSOTROS (implícito al hacer una referencia al objeto y al psicoanalista, como guardando ciertas semejanzas) tuviera un propósito distinto: unir. Se persigue, en este caso, el propósito de unir, en el sentido de integrar en un marco único a objetos que parecían estar funcionando en distintos niveles.

En el proceso psicoanalítico suele producirse un tipo de relación con el psicoanalista, caracterizado en esencia por dos tipos de actitud. A veces el psicoanalista es bueno y la relación con él es buena, de amor. Otras veces, el psicoanalista es malo, persecuidor, hostil, y la relación puede ser de temor, agresión, ansiedad persecutoria y culpa. Estos dos modelos de relación con el psicoanalista

suelen intercambiarse, con una movilidad de alternancia de buenas y malas relaciones. Esta movilidad es la base de una terapia que, a través de la relación entablada en el presente con el terapeuta, permite, paulatinamente, ir descubriendo el grado y carácter de los objetos internos y de la manera particular como se fueron condicionando ellos y la relación con ellos. (82)

Las intensas ansiedades psicóticas, subyacentes a las Fobias, pueden hacer imposible la verbalización de las fantasías, teniendo el paciente que recurrir a modos arcaicos de expresión, en los que quedan bloqueados los afectos, realizándose en cambio las fantasías en el acto mismo, tal como lo demostró GILVERTE ROYER en su trabajo "La actuación en la transferencia en el análisis de un fóbico".

Melanie Klein en "El psicoanálisis del niño", dice que el niño en sus juegos actúa en lugar de hablar. La acción, que es más primitiva que el pensamiento o la palabra, constituye la parte más importante de su conducta.

Para GILVERTE ROYER, el juego del niño es un paso hacia la realidad y una forma de conexión con ella: implica la proyección en el juego del mundo interno, una observación de éste por el Yo; el juguete se presta a ser manejado con libertad, pero sin embargo tiene también cualidades

(82) *ibid.*, P. 154-186.

concretas que limitan la omnipotencia del niño y la confronta con una realidad.

El paciente actúa porque sus posibilidades de dominio de la angustia son pobres; recién después de la elaboración será posible la verbalización de las fantasías encerradas en el acto.

La verbalización de las fantasías se produce con la disminución de las ansiedades persecutorias y la aparición de las ansiedades depresivas, con la desidealización, cuando el paciente es él con su pasado, pero él actual, el distinto a su pasado, él dejando atrás su pasado, él hacia el futuro.

Esta verbalización constituye una comunicación con el analista, que es sentida como unión reparadora, con la aceptación de la relación real de dos personas: del paciente con el analista, de los padres entre ellos.

Curarse sería poder curar el pecho destrozado, a la madre entera destrozada, curarla en una reintroyección reparadora.

La autora plantea en dicho trabajo, que la relación transferencial con su paciente estuvo caracterizada por el desprecio, el control omnipotente y más profundamente el temor; el intento de ser seducida por el paciente, castrada, para evitar ser seducido y castrado por ella. La necesidad de este paciente era apoderarse del interior del terapeuta para controlarlo y destruirlo; que la terapeuta

sea un objeto interno al que maneja omnipotentemente, permaneciendo, al mismo tiempo, ajena al paciente.

Desde el principio del tratamiento la identificación proyectiva fue muy intensa, y el analista tiene que ser permanentemente controlado, controlando asimismo sus partes proyectadas en él.

Sin embargo, la conducta del paciente con el analista-juguete (83) implica una primer aceptación (aunque negada) de la existencia *real* de éste y de las limitaciones que impone a su fantasía. Es una primera conexión con un objeto que es externo y con el que, por identificación proyectiva va a intentar observar sus propias vivencias, y luego las reintroyectará.

Pero el analista además de ser un juguete es su analista, ve lo que pasa e interpreta, y el paciente conocerá a través suyo sus fantasías y emociones.

El analista actúa en dos formas:

1. El Yo observador del paciente unido con el analista establece una conexión con aspectos del mundo interno y externo que le eran inaccesibles: esta conexión obtenida por la interpretación, es vivida como prueba de que el analista se mantiene vivo y accesible;
2. Aumenta el *insight*, disminuye así progresivamente la persecución y la culpa, la regresión y la disociación,

(83) este concepto es utilizado por la autora en el sentido del término "juguete" descripto con anterioridad.

la paralización;

3. *Algo se ha movido*, el analista en su actitud interpretativa no responde a la imagen interna proyectada, el rol que tenía asignado tiene que ser reconsiderado, y al introyectarse un objeto distinto, en una relación distinta, se rompe el rígido equilibrio de estereotipias. (84)

REVECA GRINBERG en su trabajo "Características de las relaciones de objeto en una claustrofobia" plantea que la tarea psicoanalítica en el caso presentado estuvo abocado a la ampliación del yo del paciente disminuyendo el empobrecimiento que supone la tendencia a la dispersión, es decir, haciéndole reintroyectar lo proyectado. Facilitarle así poner un límite entre su yo y el no- yo. Reconocer la existencia de objetos externos como tales, y hacerse cargo de sus sentimientos frente a los objetos. (85)

(84) ROYER, Gilverte, En: Revista de psicoanálisis, N° 2, XVIIIIt., 1961, obr. cit., p.p. 156-169.

(85) GRINBERG, Rebeca, En: Revista de psicoanálisis, N° 2, XVIIIt., 1959, obr. cit., p.136.

Capítulo 3 TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

1) CORRIENTES TEÓRICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

1.1) MODELO DE RELACIÓN DE OBJETOS - LOS AZIMA

Los Fidler y los Azima fueron los precursores en las décadas de los `50 y `60, de la comprensión psicodinámica de la acción en Terapia Ocupacional. Sus ideas fueron organizadas a partir de la teoría psicoanalítica freudiana, más específicamente en torno a las relaciones objetales.

La comprensión de que el hacer humano está cargado de contenidos simbólicos fue el camino recorrido por los autores. En las acciones se tiene la posibilidad de expresar sentimientos, actitudes, idealizaciones, en un nivel no verbal, que son la expresión del inconsciente, y que no aparecerían en un nivel verbal por obra de los mecanismos de defensa intelectuales más concretos.

En el proceso terapéutico de Terapia Ocupacional, el producto y el trabajo de hacerlo son considerados secundarios al análisis de cómo el producto y el proceso de ejecución afectan las relaciones con los otros. El valor del uso de la actividad simplemente no está en la dinámica de la actividad, sino en la psicodinámica de la acción del sujeto que la realiza. Tornándose de esta forma más

importante y significativo que la actividad en sí la relación que el ejecutante establece, de manera que la realización de una actividad sirve al propósito de la interrelación.

Se puede dar una importancia central al establecimiento de una relación terapeuta- paciente. Aquí la actividad, como el terapeuta son recursos terapéuticos para lo cual el paciente puede hacer y rehacer.

La actividad en cuanto medio de expresión es definida según su uso como:

- Libre producción: El principio para la comprensión de la libre producción es la libertad de escoger el objeto/material y la técnica de manipulación. Aquí la elección y el camino para la realización de la actividad son hechos por el propio paciente, sin la interferencia del terapeuta.

Es más comúnmente utilizada esta técnica con propósito diagnóstico porque provee datos sobre el individuo que la realiza. Hace operar los modos táctil y corporal de las relaciones objetales aumentando el acceso a la proyección.

- Material proyectivo: es el material en que se deja al paciente elegir el objeto y la técnica de manipulación. Para su aplicación, los AZIMA proponen algunos criterios y procedimientos que deben observarse. Son divididos en cuatro fases:

1. **PREPARACIÓN:** se refiere básicamente al modo de acercamiento del paciente al objeto, qué objeto elige y las actitudes hacia el terapeuta y hacia otros pacientes que estén compartiendo con él el proceso terapéutico.
2. **PRODUCCIÓN Y FINALIZACIÓN:** comprende el proceso vivenciado por el paciente desde cuando inicia la manipulación de los objetos disponibles, en una cierta dirección en la construcción o destrucción. Esta fase puede ser dividida en dos subfases:
 - *Creación libre:* el paciente es dejado libre frente a los objetos, para escoger y proceder como quiera, no habiendo dirección por parte del terapeuta.
 - *Creación dirigida:* un objeto es definido por el terapeuta y seleccionado para el paciente. A partir del objeto que le es ofrecido, éste es dejado libre para su manipulación.
3. **ASOCIACIÓN:** Se le pide al paciente que diga lo que venga a su mente en cuanto a sus propias creaciones o a las de otros.
4. **INTERPRETACIÓN:** se caracteriza por el momento en que, después de creado el objeto y efectuadas las asociaciones libres el terapeuta pasa a interpretar los hechos. El equilibrio estructural general de la mente es evaluado en términos de estado de impulsos/ anhelos, el sistema del ego y las relaciones de objeto. Resaltan los

autores que la interpretación en este momento debe ser comprendida como interpretación diagnóstica y no terapéutica.

Los autores entienden que las actividades estructuradas posibilitan experiencias de manipulación útiles, porque estas actividades ofrecen numerosas oportunidades de comunicación y expresión.

El modo del paciente de usar y asegurar un determinado objeto, el significado de escoger una actividad o proyecto, así mismo como la naturaleza de sus acciones, son comprendidos por los autores como claros indicios de sus defensas y problemas interpersonales. Estas son cuestiones que pueden ser investigadas y trabajadas con el uso de *actividades estructuradas*, que tienen valor por la relación y límites que determinan al hacer.

Siguiendo este modelo teórico, Nise DA SILVEIRA sostiene que la principal función de las actividades en la Terapia Ocupacional sería crear oportunidades para que las imágenes del inconsciente y sus concomitantes motores encuentren formas de expresión. Las actividades expresivas permiten al paciente vivir un proceso que le posibilitará dar forma al desorden interno vivido. De manera que son instrumentos que permiten al mismo tiempo organizar el desorden interno y reconstruir la realidad, porque en la medida en que las imágenes "del inconsciente" van siendo objetivadas, las

actividades expresivas se tornan posibles de ser trabajadas. (86)

ALGUNOS SUPUESTOS DEL MODELO DE RELACIÓN DE OBJETOS- Los AZIMAS

1. Una regresión parcial de la libido hacia ciertos puntos de fijación es una característica de todos los estados psicopatológicos.

2. Los estados psicopatológicos pueden ser vistos como persistencia de necesidades infantiles no resueltas y objetos relacionados (fijación).

3. La estructura dinámica puede ser entendida como:

- Debida a una tendencia a volver al estado de desarrollo psicosexual cuando las frustraciones primarias fueron experimentadas en una esperanza vana de encontrar gratificación.
- Debida a una tendencia a ir más allá de este estado con el objetivo inconsciente de obviar las frustraciones primarias.

4. Los puntos de fijación y las tendencias regresivas hacia ellos son iniciados genéticamente por la frustración a través de la gratificación inadecuada de las necesidades básicas de objetos.

5. Fomentando la regresión más allá de los puntos de fijación y la gratificación de las necesidades básicas

(86) BERENICE Rosa Francisco, TERAPIA OCUPACIONAL. Ed. Papyrus, 1988; p. p. 39- 44.

originalmente frustradas, el punto de fijación puede ser abandonado y la progresión deseada puede suceder. La regresión y la progresión se facilitan si son ofrecidos, para la gratificación de las necesidades y deseos, los objetos primitivos apropiados y los objetos sustitutos.

6. Los objetos creados son el fenómeno clave que representa las relaciones del objeto de fantasía del paciente en ese momento.

7. Los objetos creados tienen un efecto facilitador para el descubrimiento de relaciones de defensas, impulsos y transferencia.

8. Los objetos creados pueden evocar regresivamente algunas proyecciones tempranas.

9. El objeto creado puede convertirse, por su continua presencia, en un impulso para la evocación de asociaciones y además para el descubrimiento de procesos inconscientes.

10. El material proyectivo puede proveer datos sobre el sistema de ego, relaciones de objetos, y esquema del cuerpo.

11. Todas las necesidades son necesidades de objetos, por ejemplo, hay una necesidad por algo que descarga y satisface esa necesidad.

12. En diferentes estadios de desarrollo (oral, anal y genital), ciertas necesidades y sus objetos son enfatizados más que otros.

Los AZIMA sostienen que, ayudando a la gente a relacionar los objetos a su nivel de desarrollo psicodinámico, habría una descarga de impulsos infantiles, un descubrimiento de los impulsos de defensa y relaciones de transferencia, llevará al abandono de puntos de fijación y favorecerá la progresión de alejamiento desde el estado de desarrollo retrógrado.

Según este modelo, la EVALUACIÓN involucra hacer a la persona dibujar con un lápiz, moldear con arcilla y pintar con los dedos como plan de técnicas proyectivas para descubrir el nivel psicodinámico del desarrollo psicosexual a través de la interpretación de las relaciones de objetos.

La INTERVENCIÓN empieza en el nivel más bajo: oral, y progresa a través de las etapas anal, fálica y genital. Los objetos seleccionados son característicos o representativos de cada etapa. La intervención consiste en dar a la persona objetos asociados con el nivel de fijación y esperar la interacción entre la persona y el objeto.

1.2) LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO ACCIÓN- VALEROS

José VALEROS se refiere a la Terapia ocupacional como una disciplina terapéutica que se basa en la recolección, entendimiento y manejo de la acción. Su validez y jerarquía están dadas por ser la acción una de las áreas de manifestación de la vida psicológica del hombre.

Para este autor, el encuadre del proceso terapéutico de la Terapia Ocupacional está constituido por el lugar de trabajo, los horarios, los procedimientos a seguir, los instrumentos de trabajo y los materiales que se usan. Cada acción del paciente y de su terapeuta también pasa a formar parte del encuadre en cuanto se incorpora como elemento real del contexto en que se desenvuelve la actualidad del proceso.

El proceso de la Terapia Ocupacional es una forma de entender la actualidad de la relación paciente- terapeuta. Es por lo tanto siempre inmediato. En cuanto la espiral del proceso se mueve a una nueva posición, los momentos anteriores pasan a formar parte del encuadre donde se configuran los nuevos estadios del proceso.

De las cualidades del encuadre, la simplicidad, constancia y consistencia son elementos esenciales para que el proceso que en él se desarrolla adquiera significación y sentido terapéutico.

Como en toda relación humana, en la del paciente con el Terapeuta Ocupacional, aparecerán fenómenos transferenciales y contratransferenciales. El Terapeuta Ocupacional debe estudiar las vicisitudes de la transferencia y de la acción a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional. Importa estudiar cómo esta técnica de acción influye sobre los fenómenos transferenciales e

inversamente, como los fenómenos transferenciales podrían influir en el desarrollo del proyecto.

El equivalente de la transferencia en el campo de la acción es la distorsión que el paciente muestra en su acción, en el proyecto a seguir y del encuadre dado. Hay una serie de acciones que en su finalidad, estilo y estructura no se adecuan a la realidad del proyecto y que aparecen como acciones preestablecidas.

A estas distorsiones el Terapeuta Ocupacional tratará de modificar, para ayudar al paciente a adaptarlas a la realidad, con el fin último de que el paciente tenga acceso y conocimiento de la realidad, tanto la suya como la externa a él. La acción y sus cualidades están influidas y multideterminadas por otros fenómenos, como las fantasías inconscientes. Pero en sí la acción tiene cualidades irreductibles que serán reveladas por las pautas preestablecidas del paciente en su relación con el proyecto y la realidad externa de la que éste es parte.

Para el autor, el proyecto es la realidad externa delineada dentro del encuadre de la Terapia Ocupacional. Cómo se relaciona el paciente con su acción, a esta realidad externa, es la materia propia de la Terapia Ocupacional.

Algunos estilos preestablecidos de acción que el paciente muestra al enfrentarse con el proyecto pueden ser descriptos de la siguiente manera:

-Talking Out: sería en su estructura la contra parte del "acting out". El paciente en lugar de actuar sus conflictos, en su relación con el mundo externo (proyecto), los habla. Los pacientes evaden la realización de sus proyectos y tratan de envolver a sus Terapistas u otros pacientes, en interminables charlas que evidencian una incapacidad en hacerse cargo y emprenderse en el manejo de la realidad externa.

- **Negación en la acción:** consiste en la incapacidad de reconocer las consecuencias y efectos de la propia acción. Esta negación tiene dos componentes: se niega no solamente la acción en sí, sino también a las consecuencias de ésta en la realidad externa, el proyecto. En este estilo de conducta, el paciente funciona como si él mismo, su conducta y el mundo externo, no fuesen reconocidos como distintas instancias psicológicas. Esa falta de discriminación suele revelarse clínicamente por una gran ambigüedad con respecto a la significación, no sólo de su proyecto, sino del terapeuta y del encuadre de la terapia. El paciente puede aparecer como "perdido" y confuso cuando el terapeuta introduce la "novedad" de la discriminación y significado de la acción.

- **Desplazamiento de la acción:** El paciente actúa durante sus sesiones de Terapia Ocupacional pero en lugar de

dirigir su acción hacia el proyecto, la dirige a otro lugar u objeto.

- **Evitación de la acción:** consiste en una persistente evitación de la acción, que abarca una amplia variedad de conductas. Puede incluir la totalidad o partes de la tarea, puede dirigirse sólo a ciertos materiales o instrumentos, o a la persona del terapeuta. También puede manifestarse por una evitación de la acción al comienzo o al final del período de sesión terapéutica, no apareciendo dificultades aparentes durante la parte central de la sesión. En general estos pacientes muestran cualidades fóbicas en su relación con la realidad externa, siendo la suspensión de la acción una forma de evitar ansiedades o peligros atribuidos a la relación con la realidad externa.

- **Repetición de la acción:** el paciente repite partes o la totalidad de sus acciones en forma reiterada y no justificada por la estructura del proyecto: esto da una cualidad obsesiva a las acciones del paciente.

- **Destructividad en la acción:** con su conducta el paciente provoca la destrucción de materiales de su proyecto, yendo, desde la sistemática y deliberada destrucción del proyecto, hasta la ocasional o "accidental" mutilación parcial del mismo.

- **Inhibición de la acción:** incapacidad de llevar a cabo acciones que impliquen la modificación de materiales de trabajo: cortar, serruchar, dividir, lijar, etc. También

aquí se observan innumerables variaciones: ocasionalmente el paciente puede mostrar inhibiciones en acciones que impliquen la fragmentación de material, mientras otros lo hacen en la transformación de los mismos.

Estos estilos de conducta constituyen parámetros que podrían usarse en el estudio de la acción, teniendo en cuenta que esta última constituye un fenómeno de campo dentro del encuadre del proceso de la terapia. (87)

1.3) PSICOTERAPIAS BREVES- FIORINI

FIORINI plantea cuatro tipos de instrumentos técnicos del proceso de tratamiento:

1. Intervención vincular: Constituye un aspecto primordial del proceso terapéutico. Tiene varias funciones:

- Crear y desarrollar un vínculo activo, desde el terapeuta con el paciente, ofreciendo modelos de vínculo al paciente.
- Capacidad de tolerar ciertos vínculos, con sus cargas y vicisitudes. Resulta importante expresar resonancia empática ya que hay intervenciones vinculares donde la expresa resonancia empática apunta a un objetivo teórico-técnico importante, que es crear el espacio del nosotros, el cual no se crea de un modo espontáneo sino que

(87) Material proporcionado por la supervisora de práctica clínica, TEJÓN, MARIA LAURA; institución CLINICA PSICOPATOLOGICA DEL MAR, año 2002. VALEROS, José, Nota sobre la naturaleza de la terapia ocupacional, p. p. 25- 30.

tiene que ser objeto de un trabajo minucioso.

En relación con el análisis del vínculo no sólo se debe tener en cuenta lo que se dice, sino como se lo dice (gestos, tono de voz, etc.) y el contexto en el que se produce, ya que esto nos va a permitir comprender con mayor minuciosidad lo que se está produciendo en el ámbito clínico.

2. Discriminación: poner palabras introduciendo un orden, un modelo de proceso secundario de pensamiento. Es una intervención organizadora que va introduciendo preguntas (¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Cuál es el nexo causal?, etc.) portadoras de un modelo lógico. Esta intervención apunta al nivel de formalización del discurso, nivel de categorías cognitivas, que es otro nivel profundo sobre el cual trabajar.

3. Confrontación: es la posibilidad de confrontar al paciente con una imagen, es decir, realizar un pasaje de indicios de conductas diversas a un trabajo en el nivel de la imagen.

4. Interpretación: las defensas y transferencias serán objetos de interpretación. Muestra un complejo juego de estructuras, espacios, límites y mecanismos involucrados u operaciones: internalizar, externalizar, y efectos de esas operaciones con saldos en imágenes. Además, articula elementos muy diversos que no están todos

solamente en el orden del lenguaje, sino que se dicen a través del lenguaje. (88)

1.4) EL ARTE COMO TERAPIA- DALLEY:

Tessa DALLEY sostiene que existen tres maneras de responder a nuestros estados interiores, como posibilidades expresivas, manifestadas a través de:

- La acción inmediata y concreta;
- La inhibición de la acción;
- La revelación de nuestros sentimientos indirectamente mediante una representación. (89)

Nuestros pensamientos y sentimientos encuentran su más completa expresión a través de modalidades simbólicas más metafóricas y no discursivas. Es importante lo que decimos y cómo lo decimos, factores ambos que forman una unidad.

Los psicoterapeutas y los terapeutas artísticos prestan atención a las expresiones paralingüísticas y corporales y las amplifican, pidiendo a sus pacientes que dibujen y pinten, para permitir que se revelen otras metáforas. A continuación brindan interpretaciones referentes a estas amplificaciones, que son esencialmente metafóricas también. Este diálogo retórico sirve para suministrar un contexto que transforma el síntoma en una metáfora encuadrada, para aproximar a los protagonistas de un conflicto interno. (90)

(88) FIORINI, Héctor, Direcciones del proceso en el abordaje psicoanalítico del trastorno narcisista, Psicoterapias, Orientación Psicológica, Bs. As., Ed. Texne, 1989, p.p. 3-6.

(89) DALLEY, Tessa, El arte como terapia, Barcelona, Ed. Herder, 1987, p.58-59.

(90) *ibid.*, p.p. 71-72.

Cada vez que un artista contempla su creación se produce una descarga emocional debido a la conexión que establece con la idea que le llevó a pintar el cuadro. (91)

En terapia artística no se trata solo de lo que ha representado sino de la forma en que se ha hecho y de cómo se describe lo que se ha representado. Una vez que ha sido creado el cuadro constituye un documento permanente acerca del estado del espíritu del sujeto y de la forma en que construyó su situación vital.

Al representarse escenas del pasado aparece la emoción asociada con ellas y, junto con ésta, puede liberarse alguna inhibición actual. Puede permitirle al sujeto que represente en forma pictórica, sin ningún peligro para él, cosas que considera atemorizantes, reproducir sueños terroríficos, y permitir que se expresen sus emociones y deseos. Puede sugerírsele que efectúe nuevas versiones de las escenas que le resulten perturbadoras. De este modo aprende un poco más sobre el motivo de sus temores y al plasmarlos pictóricamente, le provocan menos temor.

Todo esto puede representar motivaciones latentes o suprimidas, cuya expresión parcial permite que la personalidad las asimile de manera más completa. (92)

Como resultado de la interacción entre los mundos interno y externo, la pintura se convierte en un tercer

(91) *ibid.*, p. 76.

(92) *ibid.*, p.p.85-87.

mundo, que no se ve modificado por las actitudes, el tiempo o las distorsiones de la memoria y en el que, sin embargo, pueden descubrirse, en ocasiones diferentes, aspectos del significado y la relación.

La elaboración de imágenes constituye un instrumento óptimo, ya que se trata de un sistema de comunicación preverbal, y como tal, más básico y más directo. (93)

JURGEN RUESCH sostiene que el contenido de un mensaje se halla íntimamente vinculado con la forma de expresión, formas no verbales. La mayoría de los pacientes exhiben una grave escisión entre formas y contenido, y el terapeuta deberá comenzar con un supuesto: los modificadores no verbales están más cerca del inconsciente que los contenidos verbales. (94)

1.5.1) VECTORES DE ANALISIS EN TERAPIA OCUPACIONAL- SICARDI

El Dr. SICARDI presenta en la Primeras Jornadas de Terapia Ocupacional, que se efectuaron en la Facultad de Medicina, en 1971, los vectores de análisis, interrelacionados entre sí, que constituyen un instrumento para la observación, análisis y operación en el campo de la Terapia Ocupacional, a saber:

- ¿Qué hace?
- ¿Por qué lo hace?

(93) *Íbid.*, p.262.

(94) SEGAL, Hanna, Sueños, fantasma y arte, Ed. Nueva Visión, 1995, p.p. 61-86.

- ¿Para qué lo hace?
- ¿Lo termina o no?
- ¿Cómo lo termina?
- ¿Cómo lo hace?

Estos vectores constituyen un instrumento válido para analizar el hacer de un sujeto, su modo de organización ocupacional, y sus dificultades ocupacionales, dando lugar al sujeto, a su cotidianeidad, a sus ocupaciones y al modo particular en que se posiciona y elige.

1.5.2) EL PROCESO DEL HACER- DESTUET

Partiendo de las ideas de SICARDI, la autora propone que el énfasis debe situarse en la lectura clínica de la relación entre: elección, planificación, ejecución, finalización y destinatario. Estar atento al modo particular en que cada sujeto se incluye en el *Proceso del Hacer*, será lo que permita a los Terapistas Ocupacionales intervenir.

Todo *Hacer* conlleva implícita una renuncia, que dará lugar a un *Proceso*, a un movimiento en términos de elección, planificación, ejecución- realización, finalización. (95)

Con diversos materiales, y a partir de conocimientos técnicos básicos, el paciente aprende a conocer o reconocer

(95) DESTUET, Silvia, Encuentros y marcas, Serie Autores 1, Argentina, Ed. C.O.L.T.O.A., 1999, p.p. 21-26.

sus posibilidades y sentimientos, encontrarse con el objeto, con un hacer que lo signifique.

En el *Proceso del Hacer* desde Terapia Ocupacional, acompañamos al paciente activamente para que pueda afrontar su realidad y operar sobre ella, buscando que establezca buenos vínculos con la tarea, con el grupo y el propio equipo profesional. De esta manera, que vaya armando un mundo interno menos escindido y mejor articulado.

La tarea está inserta en un clima de flexibilidad, libertad, seguridad y afecto, facilitando el comportamiento espontáneo y la expresión de los sentimientos.

Los proyectos que elige el paciente tienen un valor continente y de fortalecimiento yoico y requieren cierta capacidad organizativa, lo que permite a los Terapeutas Ocupacionales detectar deterioros, avances o retrocesos en el proceso sensorio-perceptivo. (96)

La actividad se presenta como la paradoja de ser un límite y una oportunidad simultáneamente: *límite*, por cumplir una función simbólica, ordenadora entre la realidad del material y lo imaginario del paciente. (97) Los materiales y las técnicas de manipulación son otra dimensión de la realidad y se presentan con características propias, que en caso de no ser reconocidas le impedirán al paciente el acceso a su proyecto.

En lo referente a las *oportunidades* que brinda la

(96) *ibid.*, p.p. 43-45.

(97) *ibid.*, p. 93.

actividad, cuando una persona tiene un lugar de trabajo fijo, o cuando trabaja con herramientas y materiales propios pudiendo hacer objetos personalizados, esa persona está trabando en algo referente a su **identidad**.

También sabemos que hay actividades que acercan en el marco cultural hacia determinada **identificación sexual**; que aquellas actividades complejas, con gran número de pasos, desconocidos por el sujeto, nos permiten acceder desde lo vincular al **proceso de dependencia- independencia**.

Si en el transcurso de un trabajo, una persona puede reconocer capacidades o aprender otras y el resultado llega a ser valorado por los demás, se está trabajando sobre su **autoestima**; y si puede incluir detalles novedosos o relacionar elementos entre sí de una manera diferente, vemos en ello muestras de su **creatividad**.

Cuando podemos jugar con el tiempo de realización y prevenir posibles daños, estamos poniendo en juego algo de la **tolerancia a la frustración**.

Cuando reparamos sin alterar el proyecto o cuando utilizamos material de descarte, trabajamos sobre la **reparación**.

Cuando nos ocupamos de la relación entre cosas, tales como materiales y herramientas, o del tiempo en proceso, tales como el de secado de la arcilla, nos estamos moviendo dentro del campo del **criterio de realidad**.

Todo lo que la actividad despierta lo trabajamos fundamentalmente desde la actividad misma.

El sujeto se presenta con su demanda indiscriminada. La actividad se presenta con su indiscriminada oferta de estímulos. En esta "asociación libre" entre sujeto y actividad se juegan las posibilidades de arribar a un producto, que sería como decir que las necesidades del sujeto han dado lugar a las experiencias y/o a los deseos.

(98)

Es a partir del trabajo- proyecto y el devenir del proceso, lo que lleva a la creación del objeto que el paciente puede rehacer, reparar, reconstruir, construir su mundo presente y pasado, pasar del caos a la organización, construyendo parte de su historia. (99)

2) INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL A PARTIR DE LA IMPLEMENTACION DE LA ACTIVIDAD TERAPEÚTICA DESDE EL POSICIONAMIENTO TEORICO PSICOANALITICO

Para comprender el fundamento del uso de la actividad terapéutica en Terapia Ocupacional desde la perspectiva de la corriente psicoanalítica, específicamente kleiniana, resulta necesario considerar algunos aspectos desarrollados por Willy BARANGER sobre la existencia de dos estatutos metapsicológicos del objeto en la teoría

(98) *ibid.*, p.p. 52-58.

(99) *ibid.*, p.122.

psicoanalítica.

El mundo interno es un mundo de objetos. Se trata de un mundo de objetos, no solo de instancias psíquicas organizadas, impulsos o funciones.

Cuando en la situación analítica se interpreta algo, se interpreta la relación entre el sujeto y sus objetos, la interpretación dirigida a una finalidad determinada del sujeto en relación con tal objeto determinado.

Los objetos aparecen fenoméricamente en el relato analítico, en las conductas y los sentimientos del analizando. Tenemos que diferenciar el objeto de sus múltiples representaciones. El trabajo interpretativo llega a descubrir puntos de convergencia de múltiples líneas asociativas, la estructura común que subyace a las representaciones y vivencias múltiples. En el punto de entrecruzamiento de líneas diversas se encuentra el objeto.

BARANGER describe aspectos teóricos desarrollados por Freud y Melanie Klein respecto del concepto de objeto.

Plantea que Freud introduce entre la primera metapsicología y la segunda, el concepto de *objeto introyectado* describiendo su función estructurante con respecto al Yo y al Superyo. Cuando en "Duelo y melancolía" describe la existencia intrapsíquica del objeto y las complejas relaciones que el yo mantiene con él, descubre una de las líneas de teorización acerca del

mundo interno. Luego, en la segunda línea, describe el papel estructurante de la introyección e identificación, mostrando que la existencia intrapsíquica del objeto tiende a cristalizarse en instancias psíquicas estables. La primer línea tiende a enfatizar un mundo de relaciones internas de objeto más lábil y múltiple; la otra un mundo de relaciones entre instancias mucho menos personales. En la segunda perspectiva tiene vigencia el concepto de aparato psíquico.

Para Melanie Klein el objeto bueno es un núcleo esencial en la formación del Yo y se debe a los objetos la formación del Superyo en su totalidad.

Ambos autores coinciden en que el objeto interno mantiene con el yo relaciones semejantes a las que se presentan entre personas reales: manda, prohíbe, reprocha, castiga, aprueba.

La terminología "objeto" nos sirve tanto para designar uno de los polos de la experiencia subjetiva, el objeto tal como aparece en el relato y en las vivencias de los analizandos como para designar las estructuras objetales permanentes que subyacen al relato y a la vivencia. En este último sentido BARANGER admite que el objeto está más allá de lo directamente accesible y que se deduce su existencia por convergencia de múltiples aspectos del material observable.

Melanie Klein considera el contacto perceptivo con los objetos reales como un momento imprescindible de la constitución del mundo interno, pero los objetos internos no son retratos de los objetos externos, su proceso de constitución los moldea como retratos "fantásticamente distorsionados". El objeto interno por una parte es un objeto imaginario o fantaseado, mientras aparece por otro lado como tremendamente real y concreto para el sujeto, ya que tiene una actividad muy concreta que produce efectos palpables en toda la personalidad.

El objeto posee cierto grado de permanencia, tiene su identidad debajo del sinnúmero de formas en las cuales se manifiesta. Es él mismo dentro de múltiples situaciones. Sin embargo evoluciona sin cesar, se fusiona con el Yo, o con el Superyo, o con otros objetos, se asimila o desasimila, pasa por todas las alternancias de la progresión y de la regresión cambiando su fisonomía, puede ser clivado, fragmentado, proyectado dentro del espacio interno o hacia el espacio externo.

El objeto aparece como dotado de identidad propia e imponiéndose al yo. Pero al mismo tiempo aparece como resultado de una actividad estructurante del Yo, constituido sobre la base de las introyecciones de éste sometido a todas sus actividades defensivas, sufriendo los más variados destinos según las necesidades del Yo.

El objeto interno aparece simultáneamente como persona, interlocutor interno, y como estructura psíquica.

El autor admite que el objeto no se puede entender en forma aislada, sino como componente de una *totalidad dinámica* (100) y que ni el objeto existe fuera de esta totalidad, ni esta totalidad sin él.

Si el objeto es a la vez una estructura psíquica (objetivada) y un sujeto internalizado que vive una existencia en cierta medida propia dentro del mundo interno, dice BARANGER que "ninguna dialéctica sino artificial podría evitarnos la conclusión de la existencia de dos estatutos metapsicológicos del objeto." Estos a su vez corresponden a dos esquemas referenciales superpuestos en toda la teoría psicoanalítica: una clínica intersubjetiva y una teoría metapsicológica, extraída de la experiencia clínica obtenida del diálogo analítico. "No se trata de una oposición entre dos niveles de abstracción dentro de una teoría sino de un mismo concepto ambiguo en todos sus niveles". (101)

A partir de estos aspectos desarrollados por BARANGER se considera en este trabajo de investigación a la actividad terapéutica según la descripción efectuada por

(100)El autor entiende por tal concepto al conjunto situacional donde se revela la fantasía. En: BARANGER, Willy, Posición y objeto en la obra de Melanie Klein, 2ª ed. Bs. As., Ed. Kargieman 1976, p.p. 393- 405.

(101) obr. cit., p.393- 405.

las autoras Paula MANTERO Y Mariana SORIA.

La Terapia Ocupacional en salud mental fundamentada desde una perspectiva psicoanalítica instrumenta, en un *encuadre terapéutico (102)*, diversos recursos, a los fines de comprender al sujeto desde la decodificación de los múltiples vínculos que construye con el mundo exterior.

El hombre a través de su actividad, transforma y se transforma, conociendo generalmente los objetivos conscientes de ésta; lo que muchas veces desconoce es cómo está proyectando sobre el espacio exterior una estructura que le es propia y cómo esa interrelación lo está modificando. Esta idea guarda relación con la propuesta de BARANGER sobre la existencia de dos estatutos metapsicológicos del objeto: el objeto como estructura psíquica (inconsciente) y como experiencia subjetiva, que se manifiesta en las vivencias y en el relato del paciente.

LA ACTIVIDAD TERAPÉUTICA, CONTIENE TRES DIMENSIONES EN LAS QUE SE VEN IMPLICADAS LAS RELACIONES CONSTANTES ENTRE EL TERAPEUTA Y EL PACIENTE:

- Dimensión Técnica: Se refiere al conjunto de pautas convenidas para la realización de una actividad. Su

(102) El encuadre es terapéutico en la medida en que se instala en un espacio donde el tratamiento es capaz de brindar la posibilidad de una reinserción activa en la realidad, en donde el sujeto pueda interactuar con ella, transformándola y transformándose. En: MANTERO, Paula. SORIA, Mariana, La realidad de los medios terapéuticos. Acerca de la actividad humana y lo terapéutico, UNMDP, centro de impresiones Fac. de Cs. de la salud y S.S., Lic. En T.O., 1998, cód. 6025, p.35.

ejercicio implica un conjunto de acciones ordenadas de acuerdo con un objetivo final. La instrumentación técnica constituye el acto de la actividad orientado a un efecto productor.

- Dimensión estructural: se trata de la forma u organización externa de la obra realizada por el sujeto de acuerdo con la técnica utilizada. Constituye una forma de presentación externa, manifiesta, observable, de existencia real y concreta.
- Dimensión de contenido: Implica el sentido que el sujeto le adjudica a la actividad, en su dimensión técnica y/o estructural. Es el sentido dado al acto o a la forma creada a partir de los contenidos inconscientes depositados.

Lo más importante y creativo no tiene que ver con la implementación del recurso elegido sino con las formas de elaboración dadas en los espacios intermedios, entre las interacciones del paciente y el terapeuta. Estos espacios son depositarios de múltiples significaciones. La comprensión de los significados no la encontraremos en "las cosas", sino en la relación entre: "las cosas" que funcionan como símbolos, lo simbolizado y la persona.

El significado de lo sucedido emerge en ese espacio subjetivo en el que se encuentran o desencuentran terapeuta y paciente, y entre ellos como mediatizadores, el cuerpo,

las palabras, las diversas herramientas que el terapeuta propone en la escena terapéutica y de las cuales el paciente dispone.

El sentido terapéutico de la actividad como recurso radica en su función de facilitador, su función catártica, expresiva y creativa. Facilita el acceso al mundo interno del sujeto generando formas de comunicación y de transformación intrapersonal e interpersonal, autoplásticas y aloplásticas. Posibilita la emergencia y puesta en escena de gestos, sonidos, imágenes, formas, palabras que develan contenidos no conscientes.

En este sentido, el recurso terapéutico se presenta como: un suceder creativo, un medio para la expresión y la comunicación del sujeto con el mundo, y como un espacio intermedio en el que convergen lo interno y lo externo; espacio que mira, con una cara, al mundo exterior (sus pautas y convenciones), y con la otra cara, al mundo interior del sujeto (formas y contenidos).

La decodificación de lo sucedido en el espacio terapéutico, aquello que sucede entre el sujeto, su obra y la mirada del otro, nos permite comprender al sujeto en su estilo particular de aproximación a la realidad. (103)

(103) MANTERO, Paula, SORIA, Mariana, obr. cit., p. p. 32- 37.

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:

1) VARIABLE INDEPENDIENTE: **Tratamiento de Terapia**

Ocupacional en el area de salud mental desde el marco teórico psicoanalítico.

1.1) DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Abordaje de Terapia Ocupacional en el area de psiquiatría de acuerdo con la teoría psicoanalítica, específicamente, desde la corriente psicoanalítica kleiniana.

2) VARIABLE DEPENDIENTE: **Entidad clínica: las Fobias.**

2.1) DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Según el DSM IV, la fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Según la corriente psicoanalítica kleiniana, la fobia es un mecanismo defensivo que, a través de la disociación, evita la situación catastrófica que para el Yo supone la unión de los aspectos malos y buenos del objeto, cuando las ansiedades persecutorias son particularmente intensas, siendo la angustia su característica fundamental. "Son

formaciones histéricas, pero producto de una disociación del yo, constituyendo un fenómeno esquizoide. En ellas son observables los mecanismos de control obsesivos y las tendencias paranoides" (104)

2.2) DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Según el DSM IV, Los criterios diagnósticos para la fobia específica son:

H. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

I. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. **Nota:** en los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

J. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** en los niños este reconocimiento puede faltar.

K. La (s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

L. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la

(104) SAURÍ, J., obr. cit., p.165

rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

M. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

N. La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos, no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como: fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastornos por estrés posttraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante traumática), trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia. (105)

Enfermedad caracterizada desde la corriente psicoanalítica Kleiniana por la presencia de:

(105) DSM IV, obr. cit., p. 420-421.

- **Angustia:** de tipo variable, pudiendo ser persecutoria o depresiva, aunque básicamente corresponde a la persecutoria de la posición esquizoparanoide.

De acuerdo con la eficacia en el empleo del mecanismo de disociación pueden existir en el sujeto fóbico tres tipos de angustia: *angustia-síntoma*, *angustia señal*, o *angustia de fragmentación*, detalladas en el marco teórico de esta investigación.

- **Mecanismos de defensa:** La necesidad de externalizar los objetos perseguidores constituye un mecanismo intrínseco de las fobias. La enfermedad ilustra los mecanismos de proyección, disociación, identificación proyectiva, externalización, fragmentación del perseguidor, dificultades en la elaboración de la posición depresiva, etc., siendo los mecanismos básicos los de *identificación proyectiva* y la *desintegración del yo*.

- **Presencia de miedo:** referido a la pérdida del objeto (ansiedad depresiva), vinculada a su integración o a la anulación de la disociación; destrucción del objeto bueno como consecuencia de la introyección del externalizado objeto malo.

- **Evitación:** del fracaso de la disociación y no del objeto fobígeno en sí.

DISEÑO METODOLÓGICO:

CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación se basa en el conocimiento aportado por distintas teorías que nos permiten disponer de nuevos recursos tecnológicos para actuar y resolver problemas cotidianos. En este sentido, el conocimiento profundo se vincula con el aspecto teórico de la ciencia.

De acuerdo con el método y las técnicas de investigación utilizadas en este estudio, constituye una tesis de tipo *documental o teórica*, la cual se basa en la recopilación documental, de fuentes secundarias (textos, documentos, etc.) donde se procede al tratamiento teórico y lectura crítica de la bibliografía, siendo el objeto de estudio el tratamiento de las fobias de terapia Ocupacional desde la teoría Psicoanalítica, a fin de poder profundizar en los conceptos existentes, en relación con la definición conceptual, sintomatología, aspectos con los que se relaciona la entidad clínica, aspectos psicodinámicos, diferentes modalidades terapéuticas, y contribuir a nuevos aportes en esta perspectiva teórica. (106)

(106) MENDICOA, Gloria, E., Sobre tesis y tesistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje, Argentina, Ed. Espacio, 2003, P. 22,23.

TIPO DE ESTUDIO:

Esta investigación se inicia mediante un estudio de tipo *exploratorio- descriptivo*, para continuar en su transcurso como un estudio *explicativo o analítico* por las siguientes consideraciones:

- EXPLORATORIO- DESCRIPTIVO: porque debido al tema de interés de esta investigación resultó necesario indagar y describir las dimensiones del fenómeno, a saber, la definición conceptual de las fobias, su clasificación de acuerdo a los modos de presentación clínica, factores con los que se relaciona esta patología y diversas modalidades de tratamiento, con el objeto de elaborar los lineamientos teóricos para formular el tratamiento de Terapia Ocupacional, los cuales no han sido desarrollados conceptualmente hasta la actualidad.

-EXPLICATIVO O ANALÍTICO: teniendo en cuenta las características o el modo de presentación clínica de la entidad patológica en estudio, se detallarán los aspectos a considerar para llevar a cabo su tratamiento psicodinámico en el ámbito de la Terapia Ocupacional.

POBLACIÓN - MUESTRA- UNIDAD DE ANÁLISIS:

De acuerdo con MENDICOA, G.E. (2003), la población o el UNIVERSO contemplado en esta tesis teórica, lo constituyen

la totalidad de libros, artículos de revistas, publicaciones de Internet, etc. consultados, referentes al tema de interés de esta tesis, la cual consta en la sección de bibliografía general de esta investigación.

La MUESTRA está representada por todos los textos significativos que constituyen el fundamento conceptual de este estudio, desarrollados y analizados en el cuerpo de la tesis.

Por las características de esta investigación resulta impropio hablar de UNIDAD DE ANÁLISIS; sin embargo podría entenderse como tal a la entidad nosológica *fobia* por constituir la unidad o enfoque básico del análisis sobre el que se fundamenta la implementación del Tratamiento de Terapia Ocupacional propuesto en esta tesis.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Por lo anteriormente expuesto, se deduce que el trabajo de campo de esta investigación está basado en el tratamiento de la documentación en sí misma, a partir de fuente de tipo *cuantitativa*, en la que se realiza una descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto en las publicaciones que, previamente registradas constituyen un documento; y documentos de corte *cualitativo*, como los artículos de revistas que poseen en su elaboración una fuerte carga de subjetividad.

En el transcurso de la tesis se procede al estudio crítico de la bibliografía y al análisis e interpretación de los datos abstractos a partir de diversos marcos teóricos, provenientes del ámbito de la psiquiatría, de la teoría psicoanalítica (específicamente de la *Teoría de relación objetal* de Melanie Klein y la aplicación de la teoría psicoanalítica en relación con el *estatuto metapsicológico del objeto* de Willy Baranger) y de Terapia Ocupacional en el área de salud mental (107)

(107) *ibid*, p.p. 75, 97, 111- 113, 122- 125.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS:

TRATAMIENTO PSICOANALITICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LAS FOBIAS

De lo expuesto hasta aquí en el relevamiento teórico realizado, rescataré aquellos aspectos que resultan necesarios a tener en cuenta para esbozar los lineamientos conceptuales, para implementar el tratamiento psicoanalítico de las fobias, según la corriente kleiniana, desde Terapia Ocupacional.

El sujeto que padece de fobia se halla ante la dificultad de elaborar la posición depresiva. Tiene miedo de perder el objeto, duda de su capacidad reparativa por la intensidad de la ansiedad persecutoria.

Lo que teme es la integración del objeto, que se anule la disociación que asegura la no "contaminación" del objeto bueno por la introyección del objeto hostil, proyectado anteriormente en el mundo externo; que los objetos malos ataquen al objeto bueno que ha sido resguardado hasta ese momento por obra del mecanismo de defensa de disociación o clivaje.

Frente a este temor el sujeto recurre a la utilización en forma rígida y estereotipada de mecanismos de defensa

puestos en marcha por la ansiedad persecutoria, pero que poseen cierta estabilidad, hasta el punto de no producir una escisión masiva de la personalidad del sujeto, existiendo para el yo peligros mucho menores de desintegración, lo que determina que nos hallemos ante el caso de neurosis y no de psicosis. Así lo plantea Rafael PAZ: *Nos hallamos en un nivel primario, esquizoparanoide, pero en el cual la experiencia emocional no posee la masividad que concebimos para raíz de las psicosis, y en la que los tabicamientos disociativos tienen cierta estabilidad. (108)*

Tales mecanismos típicos utilizados por el sujeto son:

- **DISOCIACIÓN** o más correctamente denominado por M. Klein como CLIVAJE para la traducción de "splitting". Se disocia el objeto en un objeto bueno, interno, y otro objeto malo, externo. Pero el yo, ante la ansiedad depresiva, divide el objeto completo entre un objeto viviente no dañado y otro dañado y en peligro, moribundo o muerto. El clivaje se vuelve así una defensa contra la angustia depresiva y es utilizado para mantener a salvo al yo y al objeto bueno de los ataques del objeto malo. Este clivaje resulta necesario

(108) PAZ, Rafael, obr. cit., p. p. 192-194

para la posterior integración del objeto ya que preserva al objeto bueno y luego capacita al yo para sintetizar los dos aspectos del objeto. (109)

- **PROYECCIÓN:** se externaliza el aspecto hostil del objeto en el mundo externo, constituyendo el objeto fóbigeno.
- **IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA:** el objeto contiene aspectos del sujeto, por tal motivo éste último ejerce control sobre él, para asegurarse que continúa efectuándose la disociación.

Respecto de lo que acontece en la situación terapéutica con la TRANSFERENCIA FÓBICA descrita por MOM, en el encuadre terapéutico de Terapia Ocupacional ocurriría lo siguiente:

- 1) El Terapeuta Ocupacional sería identificado por el paciente con el objeto fóbigeno, por provenir del afuera peligroso, y por "meterse" en el paciente, a través de los señalamientos efectuados para la toma de conciencia por parte del paciente, de la expresión de aspectos del mundo interno en la realización de determinado proyecto o manifestados en su hacer. El "meterse" en el paciente es sentido como persecutorio y hostil ya que el terapeuta con su intervención puede anular la disociación, lo cual es vivenciado por el sujeto, en un primer momento del tratamiento, como una

(109) BARANGER, Willy, obr. cit., p. 233-235.

situación catastrófica, y no como integración. Es por ello que el Terapeuta Ocupacional será evitado en este momento del proceso terapéutico.

2) La disociación también acontecerá en el Terapeuta Ocupacional, para constituir éste posteriormente uno de los aspectos de dicho clivaje, siendo identificado con el objeto fóbigeno. La relación con el terapeuta será hostil, de desconfianza, con roles fijos convirtiendo al Terapeuta Ocupacional en simple espectador de la relación del paciente con los objetos, es decir con su proyecto, su hacer. Por otra parte, objetos intervinientes en el proceso terapéutico representarán para el sujeto "el objeto acompañante", el objeto necesitado, el cual constituyó previamente uno de los aspectos disociados del analista, identificados ahora en un objeto, el proyecto.

3) El paciente se identifica proyectivamente con el Terapeuta Ocupacional, por tal motivo ejercerá control sobre el terapeuta, privándolo de su instrumento técnico, limitando su desempeño profesional. Este aspecto resulta importante tomarlo en consideración debido a que puede desembocar en una paralización del proceso terapéutico, estereotipando al terapeuta en un rol determinado y bloqueando así el interjuego proyectivo-introyectivo necesario en el tratamiento,

ocurrido mediante los señalamientos específicos durante la intervención profesional del Terapeuta Ocupacional.

Desde este punto de vista, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- que el Terapeuta Ocupacional reconozca la *disociación* que opera sobre su persona así como la *redistribución de roles*.
- La mirada del Terapeuta Ocupacional debe estar puesta en descubrir el carácter y el manejo de los objetos Externos y la relación con ellos del paciente. Este aspecto es relevante en el manejo del mundo externo, reflejado en el hacer del paciente, en la elección de un determinado objeto, en el significado de escoger una actividad o proyecto. En este punto entran en juego los **Vectores de análisis** mencionados anteriormente en esta investigación. El interrogante *¿Qué hace?* refleja el significante de la fantasía inconsciente; *¿por qué lo hace?* Responde al conflicto intrapsíquico, a su relación objetal; *¿para qué lo hace?*, *¿lo termina o no?*, *¿cómo lo termina?* se relacionan estas inquietudes con los mecanismos de defensa puestos en marcha por el sujeto para vincularse con el mundo externo, representado en este caso por la

realización de un proyecto, seleccionado libremente por el propio paciente. El mundo interno es un mundo de objetos. Lo que se busca en la práctica profesional es reconocer el tipo de relación entre el sujeto y sus objetos, y la finalidad del sujeto en relación con tal objeto determinado.

- El Terapeuta Ocupacional realizará las siguientes INTERVENCIONES EXTRATRANSFERENCIALES (110):

- Comunicará al paciente la similitud entre las características otorgadas a los objetos externos, a la actividad y su relación con ellos, y lo atribuido por el paciente al terapeuta.
- En un principio del tratamiento, se debe poner énfasis a la *intervención vincular*, estableciendo una relación empática, colocándose en el lugar del paciente para no perder contacto con él y disminuir la ansiedad persecutoria.
- Señalará al paciente la alternancia de la relación entre el paciente y el terapeuta ocupacional, y el carácter divalente de la misma, para que el paciente tome conciencia de ello. Mostrará al paciente que el terapeuta es uno de los términos de la disociación.

(110) utilizo esta denominación para el abordaje desde Terapia Ocupacional equiparando el concepto con las llamadas "interpretaciones extratransferenciales u operantes" descritas por MOM para la labor analítica del psicólogo, en el tratamiento de las fobias.

Siguiendo a ROYER, el *hacer* (111) del sujeto es expresión de sus fantasías, implicando la proyección de aspectos de su mundo interno, y en relación con esta idea, BARANGER plantea que lo que se hace, involucrando quien lo hace y para quién, puede definir la fantasía inconsciente. El Terapeuta Ocupacional realizará *confrontaciones* (112), a través de las cuales el sujeto puede tomar conocimiento de su mundo interno al observar lo que hace y como lo hace.

Teniendo en cuenta las características del *juguete* y de los objetos que manipula el paciente, el hacer del sujeto permitirá, por un lado, ensayar modos diferentes de vincularse con la realidad, reparar los objetos externos dañados, que representan al pecho dañado, para luego poder introyectar esta experiencia y reparar el objeto interno y el yo. Es por ello que resulta importante considerar en el tratamiento, que la relación con el objeto externo resulte menos hostil.

Por otro lado, el sujeto puede reconocer las cualidades de los objetos, que limitan la omnipotencia del paciente, lo cual refuerza el criterio de realidad. Según BARANGER los objetos reales externos intervienen poderosamente en la constitución del mundo interno, y esto, más todavía en la medida en que el sujeto es capaz

(111) prefiero utilizar esta denominación para las acciones del paciente llevadas a cabo durante el proceso terapéutico de terapia ocupacional, ya que en la clínica no siempre "el hacer" esta representado por la realización de un proyecto o una actividad concreta.

(112) Este concepto es utilizado en el sentido otorgado por Fiorini, como instrumento técnico del proceso de tratamiento.

de percibir el mundo externo con sus características reales y de actuar según éstas (113). Como lo expresa GRINBERG, que el paciente reconozca las características verdaderas del objeto externo, sus cualidades reales, así como los sentimientos que le despiertan, para lograr una mayor discriminación entre su realidad interna y la realidad externa, es otro aspecto a tener en cuenta durante el tratamiento.

En la relación del paciente con el Terapeuta Ocupacional, el Terapeuta Ocupacional se comportará de la siguiente manera:

- Constituye un objeto externo a través del cual, por identificación proyectiva, el paciente va a observar sus vivencias y reintroyectarlas.
- Su intervención permite al paciente la toma de conciencia de sus fantasías y emociones.
- No responde a la imagen interna proyectada del paciente; Este reintroyectará un objeto distinto en una relación distinta, lo que posibilita que el sujeto pueda ensayar en la situación terapéutica modos de relación diferentes y de esta forma romper estereotipias realizando introyecciones reparadoras.

El terapeuta deberá trabajar primero para que el paciente refuerce sus relaciones objetales positivas así

(113) *ibid.*, p. 186.

como la variabilidad de los vínculos, para poder recurrir a los señalamientos en una segunda instancia del tratamiento, para que éstos no sean vividos por el paciente en forma persecutoria.

Es importante reconocer qué *tipo de Ansiedad* está predominando en el paciente en los diferentes momentos del tratamiento, es decir, según palabras de BARANGER, si la *situación global dinámica pertenece a la posición esquizo-paranoide, a la posición depresiva o a una mezcla de ambas.* (114)

Intervenir a partir de la comprensión y análisis del uso de la actividad terapéutica, entendida según sus tres dimensiones, permitirá detectar cómo se vincula el paciente con la realidad externa representada por la actividad.

La **dimensión técnica** representa las pautas convenidas en la sociedad, lo normativo. La técnica utilizada y las características de los materiales y de las herramientas, si bien permiten que el paciente escoja y elija libremente su manipulación, permitiendo de esta forma que se exprese su fantasía inconsciente, limitan su omnipotencia constituyendo un referente del criterio de realidad. El paciente puede reconocer sus posibilidades y sentimientos, tomar conciencia de su mundo interno.

(114) *ibid.*, p.92

La **dimensión estructural** permite dar forma al desorden interno, "encuadrar" el conflicto intrapsíquico para ser reconocido y observado por el yo del paciente, así como la toma de conciencia de los aspectos del mundo interno y de la relación con sus objetos internos que se ponen en evidencia en el aquí y ahora de la sesión terapéutica, ya que los objetos creados representan las relaciones de objeto del paciente en ese momento. Además, también el sujeto puede reconstruir la realidad externa e interna, siendo este el carácter creativo de la actividad, porque supone una búsqueda de alternativas para solucionar el enfrentamiento entre lo imaginario del paciente y la realidad del material, a partir de ir probando y descubriendo modos diferentes a los habituales de estructurar la realidad.

La **dimensión de contenido** permite al paciente verbalizar, expresar los sentimientos que se han puesto en juego durante el proceso de ejecución de su obra, dar sentido a sus acciones a partir de poner en palabras los aspectos inconscientes que se han proyectado en el hacer. La obra constituye el significante de la fantasía inconsciente.

Como proceso evolutivo el tratamiento debe estar abocado

a:

- Que el paciente efectúe en un principio la disociación para preservar el objeto interno, lo cual no debe constituirse tampoco en un mecanismo de defensa estereotipado y patológico. La integración posterior del objeto se fundamenta sobre un objeto bueno bien arraigado que constituye el núcleo del yo, y así éste último estará capacitado para poder sintetizar los dos aspectos del objeto.
- Que el paciente pueda proyectar también aspectos positivos para disminuir la hostilidad del objeto externo.
- Que las introyecciones se lleven a cabo sobre la base de relaciones más positivas y variadas con objetos externos, para romper formas estereotipadas de relación objetal. El Terapeuta ocupacional debe ofrecer modos de vínculo diferentes y fomentar la capacidad de tolerar ciertos vínculos, con sus cargas y vicisitudes (115), comprendiendo la relación objetal en el contexto situacional en el que se produce.
- Lograr el reconocimiento y toma de conciencia por parte del sujeto de las cualidades del objeto y de los propios sentimientos que surgen en el paciente a partir de la relación entre ambos, para reforzar el criterio de realidad y la diferenciación entre realidad externa

(115) Idea extraída de la intervención vincular propuesta por FIORINI como instrumento técnico del proceso de tratamiento.

e interna. Según BARANGER el objeto real de un sujeto maduro es en gran medida independiente de sus objetos internos, lo que implica una discriminación entre sujeto y objeto. El objeto es reconocido como persona distinta e independiente y no como mera prolongación de las necesidades y deseos del sujeto. Las relaciones libidinales con los objetos y la influencia ejercida por la realidad contrabalancean el miedo a los enemigos de adentro y de afuera. La confianza en la existencia de personajes benévolos y que proporcionan ayuda, debida a la acción eficaz de la libido, permite a los objetos reales imponerse más firmemente y a las imágenes fantasmáticas el ubicarse en segundo plano (116)

- Que el paciente tolere los sentimientos de ambivalencia, lo que implica la capacidad de integración de los objetos.
- Que tras los sentimientos de culpa por el daño causado a los objetos se incremente la capacidad de reparación del sujeto, necesaria para SUPERAR la posición depresiva.

(116) *ibid.*, p.214-215,344.

CONCLUSION:

A través de este estudio se pudo detectar que el 8% de la población general sufre algún trastorno de ansiedad siendo el grupo de afecciones de mayor frecuencia.

Las fobias son explicadas y tratadas desde el modelo biológico y psicológico y dentro de este último, los pacientes son abordados según la teoría conductista-cognitivista, para paliar la sintomatología aguda pero existen sospechas de que se produzcan falsas remisiones y el problema aflore luego por otra vía.

En los casos crónicos y con conflictividad neurótica de personalidad se recurre al tratamiento psicoanalítico para abordar el conflicto inconsciente responsable de la afección.

Este grupo de trastornos lleva a limitaciones en la vida del sujeto en el ámbito social, laboral y en las relaciones interpersonales y puede asociarse con abuso de tóxicos, ideas suicidas y depresión de quien la padece.

Si bien desde el ámbito de la psiquiatría se define a la fobia por la presencia de miedo irracional hacia un objeto, persona o situación, desde la corriente psicoanalítica kleiniana, éste es atribuido al temor a perder el objeto interno, (que constituye el núcleo del yo), por la hostilidad del propio sujeto. La ansiedad (que caracteriza a este grupo de trastornos), desde este punto de vista

pertenece a la posición depresiva, aunque el sujeto se defiende de ella con mecanismos de la posición esquizoparanoide: disociación, proyección, identificación proyectiva.

La angustia adscripta a un objeto externo asegura la disociación y lo que se evita, desde este punto de vista, no es el objeto concreto en sí, sino el fracaso de que se lleve a cabo este mecanismo.

La intervención desde Terapia Ocupacional para este tipo de patología puede resultar beneficiosa ya que los recursos terapéuticos de esta disciplina están representados por el manejo de objetos externos, a través de la ejecución de una actividad y del hacer del paciente en sí mismo, y la intervención del Terapeuta Ocupacional con su desempeño profesional, ambos aspectos provenientes del mundo externo.

Por las características de las fobias en las que se proyecta en el mundo externo el conflicto intrapsíquico y las relaciones de objeto del sujeto en ese momento específico del proceso de tratamiento, se puede establecer modificaciones del mundo interno del sujeto a partir de introyecciones de experiencias de relación objetal, de vínculos establecidos con la realidad externa, en el transcurso de la realización de un proyecto.

El proceso de tratamiento en el ámbito de Terapia Ocupacional para el tratamiento de las fobias debe estar abocado a:

- Detectar el tipo de ansiedad que predomina en el paciente en el transcurso de cada sesión de tratamiento y en el proceso terapéutico en sí.
- Descubrir el carácter de las relaciones objetales del paciente.
- Tener presente las características de la modalidad defensiva fóbica: cómo opera la disociación y la redistribución de roles en el encuadre de Terapia Ocupacional.
- Ofrecer variedad de vínculos, enfatizando la empatía al principio del tratamiento para disminuir la ansiedad persecutoria que opera en el paciente sobre la figura del Terapeuta Ocupacional, para favorecer la evolución del tratamiento.
- El paciente tiene que pasar por:
 - Disociación del objeto, para preservar al objeto interno, reforzar su condición benevolente, que constituye el núcleo del yo.
 - Proyección de sentimientos hostiles sobre el mundo externo, disminuir la hostilidad e introyectar relaciones de objeto positivas para fortalecer el objeto interno.
 - Discriminación entre realidad externa a través del reconocimiento de las cualidades reales de los objetos.

- Toma de conciencia de los propios sentimientos y fantasías proyectadas sobre los objetos externos, para incrementar el reconocimiento del mundo interno.
- Tolerar los sentimientos de ambivalencia, y ante el sentimiento de culpa, aumentar la tendencia a la reparación para superar la posición depresiva.

Estos aspectos constituyen los lineamientos teóricos para el tratamiento desde Terapia Ocupacional para las fobias según la corriente psicoanalítica kleiniana.

Por las características de estas patologías resulta conveniente abordarlas interdisciplinariamente, tanto para la sintomatología aguda como para erradicar la conflictiva neurótica que ocasiona este cuadro clínico. El aporte de Terapia Ocupacional resulta un aspecto más a considerar para dicho tratamiento.

Escapa a esta investigación comprobar empíricamente la eficacia de la implementación del tratamiento propuesto teóricamente. Se recomienda su prosecución en una futura investigación para consolidar la validez de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALARCON, Renato D., VIDAL, Guillermo, Psiquiatría, Bs. As., Ed. Médica panamericana, 1986.
- BARANGER, Willy, Posición y objeto en la obra de Melanie Klein, 2ª ed. Bs. As., Ed. Kargieman 1976.
- BATALLER ALBEROLA, R., ALVAREZ LOPEZ, P., Trastornos neuróticos relacionados con factores estresantes y somatomorfos. Vallejo Ruiloba, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/area8htm>[consulta: 18 mayo 2003].
- BAUMGART, A., Ataque de pánico y subjetividad. Estudio clínico psicoanalítico, Ed. Eudeba, 2001.
- BERENICE Rosa Francisco, TERAPIA OCUPACIONAL. Ed. Papirus, 1988
- BLEGER, J., Simbiosis y Ambigüedad, Bs. As., 1984.
- BOCAZ, Francisca E., Fobia ¿cuándo la refiere a tratamiento? [en línea].
<<http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/alumnos/quinto/temasquinto/psiquiatria/16bocaz.htm>>[consulta: 18 mayo 2003].
- BRENNICE Rosa Francisco, TERAPIA OCUPACIONAL.
- BRUNETTO, Lidia, Considerações Teóricas Histórico, Psiquiatria Geral
<<http://www.psiquiatriageral.com.br/terapia/historico.htm>> [consulta: 7 de julio del 2003]
- CANALES, F. M., ALVARADO, E. L., PINEDA, E. B., Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud, 2ª ed., Organización panamericana de la salud, 1994.
- CÉA, Beatriz Teixeira Soares, Terapia ocupacional, lógica do captil ou do trabalho?, Sao Paulo, Ed. Hucitec, 1991.
- DALLEY, Tessa, El arte como terapia, Barcelona, Ed. Herder, 1987.
- DAY, Robert A., Cómo escribir y publicar trabajos científicos, O.P.S., Publicación científica 526, 1990.
- DESTUET, Silvia, Encuentros y marcas, Serie Autores 1, Argentina, Ed. C.O.L.T.O.A., 1999.
- DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Ed. Masson, 2000.
- DUCUNGÉ, Eduardo B. O., Terapia ocupacional para la rehabilitación psiquiátrica, Hospital psiquiátrico de la Habana, Ed. HPH, julio 1996.
- ECO, Umberto, Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura, España., Ed. Gedisa, 1996.
- EFICACIA TERAPEUTICA DEL PSICOANALISIS, Actualidad Psicológica, Nº 287, junio 2001.

- EIDELBERG, A., Sobre el lugar del padre en la fobia, En: Actualidad psicológica., Argentina, Noviembre 2002, N° 303.
- Enfoques teóricos para la práctica, En: Materia Prima, año 1, N°2, diciembre- enero 1997.
- EY, Henri, Tratado de Psiquiatría, 8ª Ed., Barcelona, Ed. Toray- Masson, 1978.
- FENICHEL, OTTO. Teoría psicoanalítica de las neurosis, cap. XI, ed. Paidós, Bs. As., 1966.
- FIORINI, Héctor, Direcciones del proceso en el abordaje psicoanalítico del trastorno narcisista, Psicoterapias, Orientación Psicológica, Bs. As., Ed. Texne, 1989.
- Fobia, la entrada a la neurosis. LEVIN, Mario, CONJETURAL N°23, Noviembre 1991, Ed. Sitio, Centro de impresiones, Facultad de psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, código:-1386, año: 1996.
- FORTE, Natalia; MAHON, Evangelina; Lo que dicen de lo que somos. Reflexión sobre Terapia Ocupacional en Salud Mental desde nuestra experiencia en práctica clínica; Ateneo presentado para la asignatura Práctica Clínica de carrera Lic. En Terapia Ocupacional, U.N.MdP, Fac. CS. De la Salud y S.S.; 16 de Julio del 2002.
- FREUD Sigmund, Obras Completas, Bs. As., Ed. Amorrortu, 1984, XIII.
- FREUD Sigmund, Obras Completas, Bs. As., Ed. Amorrortu, 1984, XVII.
- FREUD, Sigmund, Obras completas, Cap. IV: Tópica y dinámica de la represión. Bs. As., Ed. Amorrortu, 1975, XIVt.
- FREUD, Sigmund, Obras completas, Inhibición, síntoma y angustia, Bs. As., Ed. Amorrortu. 1986, XXt.
- FREUD, Sigmund., Obras completas, Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909), Bs. As. Ed. Amorrortu, 1986, Xt.,
- GOMEZ, Ricardo, clase de: Taller de tesis de la Maestría de Epistemología y Metodología de las Ciencias, junio 1996, Univ. Nac. De Mar del Plata, Fac. de Humanidades.
- GRASSO, Luis, La imaginación del signo por Barthes Roland, Posgrado: Encrucijada entre la subjetividad y la cultura, Univ. Nac. De Mar del Plata, Fac. Cs. De la Salud y S. S., 28 de agosto 1998.
- GRINBERG, Rebeca, Características de las relaciones de objeto en una claustrofobia, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N °2, XVII., 1959.
- HEMPHILL, Bárbara J., Mental Health Evaluations used in Occupational Therapy, En: The American Journal of Occupational Therapy, Vol. 34, N°11, november 1980.
- HERNANDEZ SAMPIERI, R., FERNANDEZ COLLADO, C., BAPTISTA Lucio P., Metodología de la investigación, 2ª ed., México, Ed. Mc Graw- Hill, 1998.
- KLEIN, Melanie, Amor, culpa y reparación, 2ª ed., Bs. As., Ed. Paidós, V. 1, 1990.

- KLEIN, Melanie, El psicoanálisis de niños, Argentina, Ed. Paidós, V. 2, 1990.
- KLIMOVSKY, Gregorio: Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología, Bs. As., ed. A. Z., 1995(, p. 150, 151).
- KOPPMANN, Alejandro, Trastorno de Pánico. Clínica psiquiátrica, universidad de chile, Cuadernos de Neurología, <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/neurologia/cuadernos/cuadernos_92/pub_04_92.htm >[consulta: 18 mayo 2003].
- LIBERMAN, Psicoanálisis y estilos de comunicación.
- MACÍAS FERNANDEZ, José A., ALONSO DEL TESO Fermina, Epidemiología, concepto, clasificación y evaluación clínica de los trastornos de ansiedad, Grupo Faes. 1ª Entrega. 1999, <<http://www.faes.es/cusoansiedadAP/curso/entregal/desarrollol>>[consulta: 26 mayo 2003].
- MANTERO, Paula. SORIA, Mariana, La realidad de los medios terapéuticos. Acerca de la actividad humana y lo terapéutico, UNMdP, centro de impresiones Fac. de Cs. de la salud y S.S., Lic. En T.O., 1998, cód. 6025.
- MENDICOA, Gloria, E., Sobre tesis y tesistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje, Argentina, Ed. Espacio, 2003.
- MOM, Jorge M., Consideraciones sobre el concepto de fobia en relación con algunos aspectos de la obra de Melanie Klein, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N° 1-2, XIXt., 1962.
- MOM, Jorge M., El yo y su control a través de los objetos en la agorafobia, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N° 6, XXXVII, 1979.
- MORUNO MIRALLES, Pedro, La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental, Congreso virtual de psiquiatría, Interpsiquis 2003, febrero 2003, <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis_2003/10079 [consulta: 7 julio del 2003], p.3.
- NASIO, J. D., El dolor de la Histeria, Argentina, Ed. Paidós, 1998.
- Organización de los modelos teóricos de Terapia Ocupacional, ESCOBAR, Aurora, Univ. Nac. De Mar del Plata, Fac. Ciencias de la Salud y Serv. Soc., 1997.
- PAGANIZZI Liliana, Actividad, lenguaje particular, III congreso argentino de T.O. / II simposio latinoamericano, Mar del Plata, Argentina.
- PAGANIZZI, Liliana, Hablar de lo que hacemos, una manera de reconstruir, 2do. Congreso Argentino de T.O., 1er. Simposio Latinoamericano de T.O. Octubre, 1988.
- PAZ, Rafael, Psicopatología, sus fundamentos dinámicos, Ed. Nueva Visión.
- POLIT, HUNGLER, Investigación científica en ciencias de la salud, 5ª ed., México, Ed. Mc. Graw- Hill Interamericana., 1997(p..660).
- PORRAS SERNA, Raúl E., Trastornos de la ansiedad, Monografías.com Ansiedad. <<http://www.monografias.com/trabajos11/trastans.shtm>>[consulta:18 mayo2003].
- PROBLEMAS DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

- RODRIGUEZ TOMAGMA, Laura, Terapia ocupacional en salud mental, biblioteca de Cs. De la Salud y S.S., U.N.M.d.P., signatura top 615-8RG18T59.
- RODULFO, Ricardo, De las fobias universales a la función universal de la fobia, Univ. Nac. De Mar del Plata, Fac. de Psicología, Centro de impresiones de material de estudios Psicología, 1993, cód. -1380.
- ROYER, Gilberte, La actuación en la transferencia en el análisis de un fóbico, En: Revista de psicoanálisis, A.P.A., Argentina, N° 2, XVIIIIt., 1961.
- ROZENFELD, Ana S., Recorrido pulsional de la mirada en la constitución del objeto fóbico, Seminario teórico clínico de actualización "las fobias hoy", CEMEP, junio y julio 2002.
- RUTHAN B. KANNEGIETER, Environmental Interactions in Psychiatric Occupational Therapy Some Inferences, En: The American Journal of Occupational Therapy, Vol. 34, N°11, november 1980.
- SABINO, Carlos, A., Cómo hacer una tesis. Guía para elaborar y redactar trabajos científicos. 4ª Ed. Venezuela, Ed. HVMANITAS, 1986.
- SAMAJA Juan: Epistemología y metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica, 3ª ed., Bs. As. Ed. Eudeba, 1999.
- SAURÍ, J., Las fobias, Francois Perrier, Fobias e histeria de angustia, Bs. As., Ed. Nueva Visión, 1984.
- SEGAL, Hanna, Sueños, fantasma y arte, Ed. Nueva Visión, 1995.
- STEPAP, Analía, Apuntes sobre la fobia, Escuela freudiana de Bs. As, 20 de septiembre de 1997, La dirección de la cura en la fobia, <<http://www.efba.org/efbaonline/stepak-06.htm>>[Consulta:18 mayo. 2003].
- T.O. PAPIERMEISTER, Ana, María, Noción de autoría: relación con distintos trastornos psiquiátricos, III congreso argentino de T.O./ II Simposio Latinoamericano, Mar del Plata, Argentina,
- TEMORES- FOBIAS. Eldivan.comS.A., Bs. As. 2000.[consulta: 18 mayo 2003].
- TEPAPIA OCUPACIONAL Avances, Serie compilaciones 1, Argentina, Ed. COLTOA, 1997.
- TEPAPIA OCUPACIONAL Reflexiones, Serie compilaciones 2, Argentina, Ed. COLTOA, 1998.
- TERAPIA OCUPACIONAL. Actualizaciones en teoría y clínica. Grupo editor C.O.L.T.O. III, Argentina, 1996, p.p. 115- 117.
- TRASTORNOS POR ANSIEDAD [en línea]<<http://www.cop.es/colegiados/S-02633/ansedad.htm>>[consulta: 18 mayo 2003].
- VALEROS José, Nota sobre la naturaleza de la terapia ocupacional.
- VALLEJOS, J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 3ª ed., Ed. Salvat, 1991.
- VALLON SERGE. El espacio y la fobia. El miedo al miedo. Colección Antígona.

Biblioteca del Centro de Estudiantes
Facultad de Ciencias de la Salud y
Servicio Social
U.N.M.d.P.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ TO CALDERONE PRACIELA
- ✓ MG ARAJIO DERA
- ✓ TO TEJON LAURA

Fecha de Defensa: 6-9-04

Nota: 10 (diez)