



# TEXTOS DE APOYO DIDÁCTICO



## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2º, 7º y 8º semestres

Aproximaciones al Proceso Salud-Enfermedad Clave 1201

Psicopatología y Personalidad Clave 1720

Psicopatología del Desarrollo Infantil Clave 1835

Intervención en Niños I Clave 1384

### **Angustia, depresión como síntoma y síndrome**

Diferencia entre angustia, preocupación y miedo

Autora:

*Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez*

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

2°, 7° y 8° semestres

Aproximaciones al Proceso Salud-Enfermedad Clave 1201

Psicopatología y Personalidad Clave 1720

Psicopatología del Desarrollo Infantil Clave 1835

Intervención en Niños I Clave 1384

**Angustia, depresión como síntoma y síndrome**

Diferencia entre angustia, preocupación y miedo

Autora

**Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez**

Semestre 2021-2

<b>Resumen</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Angustia, como síntoma y síndrome</b> .....	<b>5</b>
Diferencia entre angustia, preocupación, miedo.....	5
Definición. – .....	5
Ansiedad. - .....	5
Angustia Automática. – .....	5
Angustia ante un peligro real. – .....	5
Miedo. – .....	6
Preocupación. – .....	6
Angustias Tempranas. – .....	7
Pulsión de vida y de muerte .....	16
Los normópatas. – .....	28
Ansiedad Silente: .....	32
Modelo Clínico Fenoménico: .....	37
Modelo Psicoanalítico: .....	37
Ansiedad Madura (normal). .....	39
Ansiedad ligada a un síntoma. ....	39
Ansiedad Neurótica: .....	39
Reacciones ante la Separación y Pérdidas. –.....	42
Posición esquizo-parainoide y posición depresiva .....	44
Tratamiento. – .....	47
<b>Conclusión</b> .....	<b>53</b>
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>56</b>

## Resumen

En la presente antología se intenta aclarar los diferentes tipos de angustia, para que el lector tenga elementos que favorezcan el entendimiento en relación a la angustia, para que pueda diferenciarla de la preocupación y del miedo, que suele confundirse conceptualmente.

Incluso quien la siente suele confundirse, lo que ocasiona que la desorganización psicológica empeore y el hueco en la construcción psíquica se va haciendo más grande; de aquí el interés de realizar aclaraciones conceptuales para que el estudiante tenga acceso a fortalecer su formación profesional en el área de psicodiagnóstico, y en la comprensión del estado mental de su entrevistado o paciente.

Cuanto más pequeño (a) es la persona cuando se presenta la angustia patológica, más daño psicológico va a ocasionar; por lo que en el presente escrito se intenta proporcionar elementos teóricos para que el estudiante de psicología pueda diferenciar cuándo se habla de la angustia como señal de alarma, de la preocupación, del miedo o de la angustia como fuente de placer o de la patológica.

Asimismo, se abordan diferentes autores que plantean situaciones que abordan la presencia de la angustia desde edad muy temprana y su efecto en el desarrollo psicológico, cómo provocan verdaderos socavones en la construcción psíquica haciendo proclive el sufrimiento psicológico y la infelicidad en el individuo.

En el presente trabajo se tomará como sinónimos la ansiedad y la angustia, aunque queda claro que una es el sustento fisiológico (boca seca, sudoración, tartamudeo, etc.) de la otra. Pero sí se debe diferenciar muy bien entre la angustia neurótica y la angustia no neurótica.

## Introducción

La angustia es un síntoma que acompaña a diferentes síndromes, sin embargo, conviene diferenciar cuándo sólo acompaña y cuándo está cumpliendo con una función importante como podría ser la señal de alarma, la angustia que alerta y pone al servicio del yo los recursos psicológicos del individuo para huir, para defenderse, para tomar en cuenta detalles que estaban pasando desapercibido etcétera.

También conviene diferenciar cómo se utiliza la angustia ya que puede ser una fuente de placer, como en la ludopatía, juego patológico, por ejemplo, los jugadores de póker, o la angustia que se siente cuando se está formado en la fila para subirse a un juego mecánico que da miedo, pero se disfruta al mismo tiempo.

Asimismo está la angustia patológica, la que enferma, la que desorganiza, la que desgasta emocionalmente, la que no resuelve, en cambio sí promueve el cometer errores, el sufrimiento psíquico, la angustia que impide el disfrutar la vida, la adecuada utilización de los recursos psicológicos, físicos, intelectuales, materiales, la que deprime; la angustia que bloquea la función de pensar, si es que había, o la que obstaculiza el aprendizaje de cualquier vivencia por lo tanto nunca la llega a convertir en experiencia porque no se logra pensar lo que está pasando, lo que se está viviendo y sólo se queda en lo descriptivo, sin entender cómo se llegó a lo actual, al sufrimiento psíquico intolerable.

Por lo antes escrito conviene diferenciar de qué angustia está hablando el (la) paciente, para tomar decisiones de intervención: diagnóstica y terapéutica. Incluso para definir el estado mental del entrevistado y así decidir qué enfoque terapéutico le conviene. Ya que, si está muy desorganizado, o intelectualmente bloqueado no le convendrá un modelo que exige pensar desde el principio, primero habría que preparar su mente, fortalecerlo, estructurarlo.

Se hará la presentación de cada autor (a), sin embargo, se estarán retomando unos y otras a lo largo del texto.

## Angustia, como síntoma y síndrome

### Diferencia entre angustia, preocupación, miedo

#### Definición. –

Del latín, Angustia = estrechez, aflicción, congoja. Estado de desasosiego psíquico, de inquietud profunda, que se acompaña de manifestaciones psicomotrices y vegetativas (Diccionario Larousse, 2003).

#### Ansiedad. -

Inquietud o desasosiego causado por un hecho futuro o incierto. Angustia que acompaña a muchas enfermedades especialmente a ciertas neurosis. Desde la psicología la ansiedad se define como: estado tenso de la psique frente a un peligro indeterminado e inminente, acompañado de un sentimiento de inseguridad (Diccionario Larousse 2003).

#### Angustia Automática. –

Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2008) la define como: "Reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar. La angustia automática se opone, en la opinión de Freud, a la señal de angustia." (P. 27).

#### Angustia ante un peligro real. –

Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2008): "Angustia ante un peligro exterior que constituye para el individuo una amenaza real". El término que utilizó Freud, en alemán, fue Realangst, utilizado por Freud en su 2ª tópica, pero, por la traducción se presta a malos entendidos o equivocaciones ya que el término Angst se puede entender como miedo y la diferencia radica en que el miedo sí tiene objeto real mientras que la angustia carece de objeto (P. 27).

### **Miedo. –**

Del latín metus. Temor ante un peligro real o imaginario, presente o futuro. Temor o recelo de que suceda algo contrario a lo que se desea (Diccionario Larousse 2003).

Refiriéndonos al miedo, éste se asocia a experiencia displacentera, es una emoción básica de la constitución psíquica y es adaptativo; el miedo se refiere a algo que sí está ocurriendo. Está ligado a la fobia. Asimismo, el miedo es indicador de que se está creciendo mentalmente; el miedo muestra que se tiene capacidad de simbolizarlo. A partir de los seis meses de edad se dan señales de miedo.

Los primeros miedos por lo que el ser humano pasa es a la separación, a la obscuridad, a los ruidos, a los monstruos. Algunos miedos responden a una etapa del desarrollo, por lo tanto, son saludables. Por ejemplo, durante la latencia se abandona el miedo a las figuras fantaseadas, pero, surge el miedo a los temblores, a los rateros. Si un niño de 9 años presenta miedo a la obscuridad o, a los monstruos sería indicativo de atraso en el desarrollo.

Durante la adolescencia el miedo es al rechazo, a no tener amigos, también suelen presentar miedo a las burlas.

Es claro que se puede presentar el miedo patológico el cual es muy intenso, persistente que es el que se presenta en la fobia ante un objeto o situación específica (Freud, 2005).

### **Preocupación. –**

En cuanto a la preocupación es un aspecto cognitivo de la ansiedad, siempre va a estar ligada a un pensamiento en el futuro. En caso de que se llegara a pensar, sin que haya algo real es preocupación.

Como puede observar, en la definición, de angustia o ansiedad es algo más global que incluye lo fisiológico, lo cognitivo, las fantasías, es algo más libre, no se puede defender porque todavía no ocurre.

### Angustias Tempranas. –

Conviene recordar las angustias tempranas, que son pre-edípicas:

- Angustia de desintegración (de aniquilación).
- Angustia de separación (si todo va bien = individuación).
- Angustia de castración (característica de la fase fálica. F. Doltó = pérdida) Conflicto Edípico, se presenta el miedo por la pérdida de una parte del cuerpo investido narcisistamente.

También se pueden hablar de ansiedades, que siguen siendo tempranas:

- Orales (devorar, envenenar, tragar, succionar). La ansiedad se genera por el riesgo de perder al objeto.
- Anales (destruir, controlar, invadir). Se presenta el miedo por la pérdida del amor del objeto.
- Paranoides (perseguir, asesinar).

Clasificación de los conflictos que plantean y estudiaron diferentes autores:

- Mundo interno, en 1937 Klein afirmó (M. Klein, 1990), que nos enfrentamos al mundo todos los días mediante dos afectos: amor y odio en cualquiera de sus vicisitudes.
- Pulsión de vida y pulsión de muerte (Sigmund Freud (1930 [1929]), en el Malestar en la Cultura, cap. VI. André Green, en 1983, habló del mismo tema (2013).
- Componentes de la vida sexual infantil (S. Freud [1905], el complejo de Edipo es vital para la estructura de la mente (2004).
- Traumas intergeneracionales como generadores de estados depresivos en no neuróticos (A. Green, (2010) (2013), Donald Winnicott (2009), Heinz Kohut, citado en Engler, 1996).

- Lo no nombrado ni simbolizado (Joyce McDougall 1994, 2010 y Pierre Marty 1998. Personas que el conflicto psíquico lo convierten en una enfermedad física).
- Narcisismo (H. Kohut, (cit. en Engler 1996, p. 179), O. Kernberg (cit. en Engler 1996, p. 182) ).
- Ausencia de contención interna Wilfred Bion (cit. en Grinberg, Sor y Tabak, 1986). Lo que provoca es el terror sin nombre que se convierten en estados o condiciones psicóticas.

Freud (2004), en 1925-1926 planteó que existen otros tipos de angustia: ante la muerte, ante los extraños, en las fobias, social, de morirse de hambre, de ser devorado por el padre, etcétera.

Desde el punto de vista del psicoanálisis la angustia es fundamental para que se inicie la función de pensar, esto significa que en el proceso terapéutico no se debe eliminar totalmente, la angustia, ya que se necesita cierta cantidad de angustia para echar a andar el pensamiento, es la angustia que sirve al individuo. Lo que significa que la angustia no siempre es patológica.

El tema que nos ocupa ha sido estudiado por diferentes autores y cada uno lo retoma desde diferentes puntos de vista; sin embargo, sus teorías permiten entender, la angustia, ya que permiten ampliar la lectura del caso clínico que se esté tratando terapéuticamente.

S. Freud: Luego entonces si hacemos una lectura desde el psicoanálisis se parte de la sexualidad infantil (Freud, 2005), para trabajar los diferentes conflictos psíquicos; por ejemplo, el complejo de Edipo el cual se considera fundamental para la estructura de la mente. Se puede hablar de la culpa que genera angustia desorganizadora y hace proclive el fracaso en el individuo, se llama culpa edípica, y de aquí que el hijo no disfrute sus logros y cada éxito que tenga siente culpa, lo que le genera angustia porque lo vive, en sus fantasías, como competencia con su padre.

Cuando lo anterior ocurre, indica que el niño, hoy adolescente o adulto se va a auto boicotear y no hará las cosas que debe llevar a cabo para superar a su padre y por ejemplo no ingresa los documentos, en tiempo y

forma, para quedar inscrito en la escuela que quiere, en la carrera que eligió o no llegó puntual a la cita para firmar el contrato de trabajo en la empresa que él anhelaba trabajar, o llegan tarde a citas importantes o tienen muy mala actitud garantizándose ser rechazados.

Esta situación se debe saber identificar en las actividades diarias, por ejemplo, la hija adulta que no sabe cocinar o si cocina no tiene buena sazón, es desabrida, este resultado es inconsciente y seguramente se debe a que no desea superar a su madre en la cocina porque le generaría culpa edípica y para no sentirla, no sufrirla tiende al fracaso como cocinera.

Para S. Freud el conflicto psíquico, en su obra, se relaciona con la sexualidad infantil y asegura que las afecciones mentales tienen causas emocionales, por lo tanto, pueden ser abordadas desde una terapéutica especial, se refiere al psicoanálisis. El malestar psíquico, la depresión, la ansiedad se relaciona con un conflicto interno, surge dentro de la psique (mente), y algo que se le opone o resiste o va en sentido contrario dentro del mismo individuo, es una lucha interna. Algo que surge de la psique y algo que se le opone a esto se le llama conflicto que da por resultado una formación de compromiso que es el síntoma.

El conflicto surge por las pulsiones que se oponen entre sí. Las pulsiones se apoyan en función biológica en un principio, pero posteriormente ya no es biológico por ejemplo se llega a decir "tengo sed de Coca-Cola", tengo hambre de pizza" etc. Ya no es la necesidad biológica. Esto significa que las pulsiones se van apoyando en otras pulsiones: en el momento de la alimentación también recibe, el bebé, caricias, "piojito", mirada tierna, palmadita, es decir demostraciones afectivas, etc.

Principio de Realidad y Principio de Placer: En esta dinámica están presentes el yo y el ello, parte de la segunda tópica de S. Freud. El yo se rige por el principio de realidad mientras que el ello está regido por el principio de placer.

Se entiende que el individuo con crecimiento mental va a ser capaz de esperar que las necesidades se satisfagan y buscan opciones acordes a la situación, se está funcionando bajo lo que Freud nombró principio de

realidad. En cambio, lo que empuja a la satisfacción inmediata de los deseos y las necesidades es el principio de placer. Todos estamos entre éstos, a veces predomina uno y a veces otro.

Las depresiones narcisistas están relacionadas con el principio de realidad y el principio de placer. Cuando el individuo funciona de acuerdo a el primer principio se va a poner metas realizables entonces, no se va a poner metas como el hacer la preparatoria en dos meses; quien funciona de acuerdo a este principio es porque tiene un yo fuerte capaz de lidiar con lo interno y lo externo, la angustia que pudiera aparecer va a estar bajo control. Como se mencionó, en todo esto están presentes las tres estructuras que plantea Freud en su 2ª tópica: Ello-Yo-Superyó. En cuanto a esta última estructura se define como la instancia psíquica que cumple dos funciones: por una parte, plantea ideales para que la persona se desarrolle; por otra parte, establece prohibiciones sobre lo que no debe hacerse.

Para Freud, lo que produce síntomas como la ansiedad es la lucha entre los deseos no aceptados y las estrategias para lidiar con ellos. Estos deseos giran en torno a las relaciones con otros y a la búsqueda de placer sexual.

Aunque Freud lo llama sexual no se refiere exclusivamente a lo genital, sino que la idea es mucho más amplia.

A continuación, se repasará las etapas psicosexuales que plantea Freud para explicar el desarrollo del psiquismo:

En cuanto a la ORAL: La patología que se gesta en esta etapa, cuando las cosas no van bien: la melancolía y la depresión, en ésta lo que se mantiene es la sensación de vacío, de falta de otro que, de vida, que alimento. Las características propias de esta etapa: placer del bebé al succionar el pecho. El Conflicto: deseos de ser satisfecho por el otro y de tener TODO lo suyo. Mantener una relación de dependencia y posesividad. Desea morderlo/destruirlo si frustra la necesidad. La conducta: tener algo metido en la boca todo el día, sean caramelos, cigarrillos, morder lápices, uñas o casos más complicados como el alcohol, comer compulsivamente.

En el destete habrá una pérdida y hay dos maneras, según Freud, de transitar una pérdida: con tristeza y quedarse con lo bueno que le dio el objeto.

La otra manera es no elaborar el duelo y quedarse con rabia porque lo dejó y surge la melancolía que se puede observar de dos maneras:

- Autorreproches: soy una idiota, todo me sale mal (si hay, pero lo más importante es él)
- Reproche que se dirige al objeto y ahora habita al Yo = la sombra del otro cayó sobre el Yo

En relación a la ANAL: Su característica consiste en que las actividades excrementicias traen consigo un gran placer a nivel de ano y uretra. Empujan diferentes experiencias con las personas que rodean al niño, por ejemplo, la posibilidad de controlar a la madre, enloquecerla, cuando el niño se ensucia y provocar el ser limpiado meticulosamente, que también le resulta placentero.

El conflicto: entre retener y expulsar, controlar o someterse, limpiar o ensuciar. Surge el opositor, necesidad, terquedad, avaricia.

Conducta: Hay gran ambivalencia entre amor y el odio, lo que se oculta es la agresión hacia el otro. Por ejemplo, en la eneuresis, encopresis lo que ocurre es que hubo desconexión del cuerpo y el paciente no puede relacionarlo con su mente lo que le pasa a su cuerpo.

En cuanto a la FÁLICO GENITAL: Características: competencia cuando se compara el cuerpo con el mismo sexo, así como con el sexo opuesto.

Conflicto: Celos y rivalidad con los padres como con los hermanos o el bebé por venir, surgen muchos problemas de pareja, las llamadas fobias e inhibiciones.

Conducta: La niña y el niño enfrentan sentimientos de desventaja muy fuertes y luchan por ocupar el lugar del ahora oponente.

Para detectar, durante la entrevista, se debe llevar a cabo una tarea propia del psicoanálisis: hacer lecturas profundas, para indagar lo que hay en el inconsciente, qué es lo que le genera la angustia, al entrevistado o paciente, de esta manera se trabajará con la etiología y no sólo con el síntoma.

Melanie Klein (2001): Desde Klein se trabaja, el conflicto que va a generar elevada angustia, como la lucha interna entre el amor y el odio, en

cualquiera de sus vicisitudes; existen afectos relacionados con el amor (protección, reciprocidad, bondad, generosidad, cuidado hacia el otro, gratitud, seguridad, libertad, nutrición, admiración, productividad, etc.) y afectos relacionados con el odio (voracidad, posesividad, envidia, celos, sobreprotección, rivalidad, control, sadismo, etc.).

Para M. Klein: (cit en Ortiz 2011), el desarrollo psíquico, del cual depende de qué tanto se tolera ver a sus figuras parentales reunidas creativa y fecundamente sin que le genere al hijo (a) ningún sentimiento, emoción, negativo como lo serían los celos y la envidia destructiva. Esto está íntimamente relacionado con qué tanto es severo el superyó; esto se debe a que si hubo muchos ataques sádicos va a aumentar la angustia persecutoria la cual proviene del superyó.

Desde Winnicott (1896-1971), (2009) se trabaja las condiciones ambientales, desde el tipo de madre que se tuvo durante la crianza del individuo lo que promueve traumas en el bebé que más adelante le van a producir estados depresivos vividos con angustia y probablemente una estructura no neurótica, cuando no hubo madre suficientemente buena, que es aquella que no supo cumplir con su maternaje, una madre inepta, una madre que fue rebasada por la angustia ante la responsabilidad de ser madre.

Winnicott habla de la madre suficientemente buena, es decir no habla de la perfección, sino que afirma que una madre con cualidades mínimas puede promover el buen desarrollo mental del hijo. La madre suficientemente buena da sostenimiento emocional y físico (holding): detecta necesidad, reconoce y acciona y así proporciona a su bebé la seguridad y constancia que requiere.

Para Winnicott: (1999) "La angustia es normal en la infancia". (P. 19).

La madre responde a su bebé de manera receptiva: el bebé mira a su mamá y ésta hace función de espejo y así se va creando el bebé como una subjetividad. Cuando el bebé empieza a separarse de su mamá, lo va a lograr porque el bebé va construyendo su mente en donde "lleva a mamá" y puede verla alejarse. Este momento lo llamó fenómeno transicional y es aquí donde se puede presentar la angustia. Si el bebé no logra construir su objeto transicional no va a tener forma de calmarse ni de tranquilizarse.

El fenómeno transicional puede ser: sonidos, ruidos, el chupeteo del pulgar o de otras partes del cuerpo que llegan a ser de vital importancia a la hora de calmarse, de tranquilizarse; el objeto transicional le permite al bebé sostenerse emocionalmente, si no logra construir su objeto transicional y su madre se aleja de él surge la angustia, o pensamientos terroríficos.

Este objeto transicional se revive en la adolescencia (chamarra del novio, anillo del otro, chinito de cabello del novio (a), etc.). La siguiente frase describe la función de este objeto: "déjame un cachito de ti para sentir que seguimos juntos".

El adolescente que lleva el osito, escondido, a la prepa, no es precisamente objeto transicional, sino es más un símbolo de la infancia, un símbolo de algo.

El objeto transicional también nos dice que existe, este objeto, porque anteriormente hubo un objeto que hacía la función de calmarlo, de tranquilizarlo, que generalmente es mamá o la persona que hizo la función materna. Asimismo, dicho objeto es prueba de la capacidad del menor de simbolizar, por eso simboliza a mamá en un fenómeno transicional. ¿Cuál es el destino del objeto transicional? Si todo va bien el objeto queda en desuso, porque ya no es necesario para el hijo.

Sentirse real es más que existir, es encontrar una forma de existir como uno mismo y de relacionarse con objetos como uno mismo. Se trata de tener una persona dentro, en un espacio mental al cual puede retirarse para el relajamiento, es la capacidad de tener un contacto humano sensato.

El falso self es la personalidad falsa, ésta se "adapta" a todo, sienten que eso es lo normal y se quiere ser normal, por ejemplo, la película "Zelig" que se podría decir que se regía por el refrán donde fueres haz lo que vieres. Esto lo puede hacer una personalidad border line y son personas que viven con mucho sufrimiento. Esta característica es diferente a lo concreto como los que se tatúan para sentirse tigre, osito, águila etc. o disfrazarse con botarga, no quiere esconderse porque lo presume.

Desde André Green (2013) el conflicto que desencadena angustia puede encontrarse en el hecho de que el bebé tenga a su lado una madre "muerta" que significa que no está en condiciones mentales adecuadas para cuidar amorosamente a su bebé. Este tipo de madre, aunque está presente corporalmente, afectivamente no se encuentra. Su hijo (a) no se le va a morir porque cumple con lo material: alimento, vestido, aseo etc. pero, no hace contacto visual, no lo admira, no le sonríe, no le habla con un tono emocional afectuoso, ni siquiera le dirige la palabra: por ejemplo, no le dice: "Que bonito está mi bebé" "hola" "¿por qué llora mi hijo, tienes hambre?", no lo acaricia, etcétera.

En la mayoría de los conflictos se va a encontrar presente la angustia y cuando ésta rebasa al yo el estado mental es desorganizado por lo tanto se va a producir circunstancias desfavorables, para el individuo, y su vida se va complicando día a día, por ejemplo el fracaso laboral puede relacionarse con la culpa edípica, como ya se mencionó, ya que, en fantasía, el individuo siente una competencia con el padre, con la madre y cuando logra un buen nombramiento siente la culpa que lo avasalla, en este tipo de situaciones cabe la frase de Freud "fracasan cuando triunfan" si la angustia es muy intensa se presentan estados de pánico o estados depresivos.

Es claro que seguramente, fue criado, educado por un padre que no se deja superar, no se dejó "matar" por el hijo como dice Peter Blos (citado en Mancilla, 2001) Para que el hijo evolucione crezca mentalmente debe pararse sobre el cadáver de un adulto, el padre.

También hay conflicto no resuelto cuando el hijo supera, por ejemplo académicamente al padre y se puede presentar ataque de pánico (ansiedad muy intensa), o ataques depresivos, situación que es proclive a que se cometan errores, como una forma de auto boicotarse, en el caso del grado académico se le puede olvidar meter los documentos en tiempo y forma para quedar inscrito en el posgrado; o en el área laboral se le olvida la cita en la que iba a firmar el contrato con el nuevo nombramiento.

Otra forma de manifestar el conflicto no resuelto, que les provoca niveles de angustia desorganizadora en su mente es que llegan tarde, presentan mala actitud como autosabotaje y todo este tipo de condiciones

conductuales se originan en la culpa edípica y, el individuo siempre va a tener la sensación de que está en un lugar que no les corresponde y se empiezan a sabotear.

Algo sucede en el inconsciente y se inicia la tendencia al fracaso por la culpa edípica, esto se puede escuchar en las frases que generalmente dice el paciente, como: "no sé por qué me pasa" "no entiendo qué pasa" "todo se me salió de control" "no sé por qué todo me salió mal" también se observa en las decisiones erróneas, que se llevan a cabo, en las que invariablemente el paciente va a salir perjudicado.

Este tipo de situaciones también se aplica a la relación con la madre un ejemplo es la hija que supera a mamá en la cocina, pero no se tiene buena sazón, otro ejemplo puede ser la paciente que ya está contratada como modelo, por una empresa muy importante, y se embaraza; en este caso estamos hablando de un conflicto inconsciente entre el deseo profesional y el deseo de embarazo.

En todo lo antes descrito está presente la angustia, generadora de un estado mental caótico, que le resulta imposible re-ordenarse para tomar decisiones asertivas, el yo se ve bloqueado en sus funciones, es incapaz de solucionar cualquier cosa y predomina la culpa edípica que es el origen de sus fracasos.

Desde el punto de vista de Melanie Klein el mundo interno está poblado de objetos buenos y malos y, cuando se violenta a los objetos genera culpa la cual va a producir ansiedades que puede ser persecutoria o depresiva, esto significa que para crecer mentalmente se debe eliminar la culpa.

Retomando a Klein: la psique se va armando con diferentes objetos, diferentes personajes: tiernos, bondadosos, violentos etc. Y todo va a depender de lo que se tiene en la mente, si predomina el odio los personajes son malos, si predomina el amor los personajes en la mente son buenos y se aprende de las enseñanzas de mamá, de papá, el hijo (a) va a aceptar que el otro tiene cosas buenas para dar y las acepta.

La culpa se relaciona con la capacidad de reconocer que se ha violentado al objeto y puede no sentir culpa, pero se siente perseguido, triste, que

finalmente es el resultado de agredir, maltratar a sus objetos internos. Se puede estar tan enojado, tan envidioso que no se aprende, en lo académico se ponen muy críticos, por ejemplo, un paciente que llamaremos Alejo de 19 años o Emilio de 15 años, en ambos casos reportan que saben más que el maestro y el maestro es "mala onda, gacho, que no sabe enseñar" sin embargo los dos pacientes llevan materias reprobadas, incluso Alejo ha reprobado todo un año, ni una materia acreditó.

En los casos de los pacientes mencionados es claro que no tienen capacidad mental para reconocer que maltratan a sus objetos internos y externos, tampoco reconocen que se sienten perseguidos o culpables ya que afirman que los maestros son pésimos, que no saben impartir sus clases y que Alejo les tiene que enseñar a sus compañeros. Incluso durante las sesiones utilizan palabras altisonantes contra sus maestros (as).

La angustia provocada por la culpa también se puede observar en la relación de pareja, por ejemplo, no se acepta al buen hombre y hace cosas para terminar o que la terminen, la aburren los hombres buenos, atentos, educados, no toleran que ellos sean tan bondadosos, que tengan mucho qué dar y su envidia, recordemos que es una versión del odio, no le permite tolerar estas cualidades en el otro.

Todo se va complicando cuando no se logra pensar las vivencias para convertirlas en experiencia. La estructura mental no le da al individuo para entender, comprender qué es lo que le pasa y se queda a un nivel primitivo, sólo siente: odio, ansiedad persecutoria, ansiedad depresiva y el nivel de angustia es tan intensa que supera al yo y lo desorganiza a tal grado que el sufrimiento psíquico es intolerable.

En el mecanismo defensivo conocido como identificación proyectiva, propuesto por M. Klein, el otro necesita que lo maltraten para que pueda dar cosas y también deposita en la mujer sus aspectos agresivos por eso eligen a una mujer mala que los maltrata. Es decir, no hay víctima, ni victimario.

En cuanto S. Freud y André Green nos plantean:

### **Pulsión de vida y de muerte**

<b>Pulsión de vida</b>	<b>Pulsión de muerte</b>
Vitalización	Desvitalización del mundo interno
Crear	No crear
Construir	Destruir
Amar	Odiar
Animado	Inanimado
Lo que une	Lo que desune
Lo que empuja	Lo que estanca

André Green (2013), D. Winnicott (2007, 2009) y Heinz Kohut (citado por Engler, 1996): Traumas intergeneracionales como generadores de estados depresivos en estructuras No neuróticas. La provocan madres desvitalizadas, vivencias que desorganizan, estados de vacío interno a modo de apatía profunda. Se puede observar en la madre "muerta", desvitalizada que funciona en lo material pero NO en lo afectivo, como ya se mencionó, cuando el hijo le habla no le hace caso, no miran al bebé, el hijo pide, se lo da, pero sin afecto (le da uniformes, comida, agua etc.), no conectan emocionalmente con su hijo, no le reconocen sus logros (dibujitos, tareas etc.).

Joyce McDougall (1994) y Pierre Marty (1998): Trabajan lo no nombrado, ni simbolizado, cuando en vez de deprimirse se enferman. Cuando surgen los fenómenos psicósomáticos, los pacientes no pueden ponerle palabras a lo que les pasa y se enferman. Son pacientes que no quieren pensar, que no quieren hablar de "X" cosa. Desgraciadamente si el conflicto interno no saca al exterior no significa que no pasó o que ya se resolvió, por el contrario, se queda en el inconsciente y va a seguir teniendo efecto en el comportamiento de la persona y los resultados van a ser que la enfermedad física que se genera va a empeorar con el tiempo y por supuesto que los conflictos psíquicos siguen sin resolverse.

Heinz Kohut (1913-1981) y O. Kernberg (ambos citados por Engler, 1996): Kohut trabajó sobre la teoría del yo entre 1971 a 1977 tal como lo menciona Engler (1996). Se concentró en el narcisismo: "la pasión que lo abrazaba lo consumía a sí mismo" (p. 180) refiriéndose al mito de Narciso.

Ambos autores hablan sobre el narcisismo. Heridas narcisistas de los que, algunas personas no logran recuperarse. Cuando no se cumplen ciertas expectativas que se tienen el paciente se “desinfla”, se deprime, se decepciona considerablemente y el resultado es que se ponen más furiosos y empiezan a devaluar a sus objetos internos y externos; lo que ocurre es que la ansiedad fue convertida en furia.

Desde el punto de vista de la patología, los narcisistas son personas que en sus relaciones interpersonales devalúan, humillan, son crueles con quienes los rodean, son maltratadores. Por ejemplo, el novio que deja plantada a la novia sin ninguna explicación, porque no se la merece, el padre que no permite que su hijo (a) progrese, son personas que afirman que no necesitan a nadie que ellos (as) son cien por ciento autosuficientes. Cabe aclarar que este estilo de vida se debe al uso de mecanismos de defensas y generalmente son de tipo psicótico.

Kohut es un autor que trabaja el modelo del déficit. Afirma que los conflictos son muy tempranos, los primeros meses de vida y se refiere al Edipo (que me escoja a mí) y a los celos. Asimismo, este autor afirma que el niño debe ser capaz de sentirse grandioso, creer en sí mismo y en ese sentido alimentar su narcisismo para poder crecer de modo positivo.

Este narcisismo no es patológico sino necesario para un buen desarrollo del sentido de sí mismo (self). Kohut habla del narcisismo, pero no como problema, sino que lo explica como una carga de energía, sentirse bien consigo mismo. Para que esto ocurra se necesita que el padre le refleje sus logros, se los reconozca, se los acepte y se los elogie.

Para desarrollar el narcisismo de una manera sana los padres deben favorecerlo, si no lo hacen se corre el riesgo de desarrollar narcisismo patológico.

La empatía tiene un papel muy importante en todo este proceso ya que es necesaria en tanto sólo así los padres pueden captar las necesidades de su bebé. Cuando falla, se le dará al bebé otra cosa, diferente, a la que requiere o simplemente se pasará por alto. Si falla la empatía de los padres puede ser que, al bebé, se le imponga algo que no es él.

El self, desde Kohut, se forma a través de la internalización de objetos que corresponden al imago parental idealizada y al polo del self grandioso.

El self del polo grandioso se refiere a aplaudir al bebé cuando hace algo simpático, chistoso, mirarlo.

El self del polo imago parental idealizado se refiere a que para el bebé los padres juntos o separados son especiales para su hijo.

Kohut afirma que cuando los padres no son empáticos y no le dan al hijo (a) lo que necesita se va fracturando y el self se daña y más adelante estos bebés van a necesitar constantemente la mirada de los demás por medio de halagos o devoluciones de que lo que hizo lo hizo muy bien.

Cuando no se tienen padres empáticos se va rumbo a la patología; y una madre depresiva difícilmente va a ser empática, por lo tanto, no podrá cubrir las necesidades de su hijo y no podrá devolverle la grandiosidad, pero, sí le provocará angustia. Si se logra un desarrollo normal no va a ser necesario idealizar a otros, porque la grandiosidad, que dieron los padres al hijo (a), ya se tiene internalizada. Si los padres no dieron esa grandiosidad al hijo va a quedar huecos en el desarrollo y aunque haya alguien que le diga "lo hiciste muy bien" finalmente no es la mamá quien se lo está diciendo y va a seguir necesitando la mirada de los demás y casi siempre va a haber heridas narcisistas, es decir no va a ser suficiente, los comentarios de que hace muy bien las cosas.

También puede ocurrir que se presente un vacío, es decir, que haya ausencia de angustia y de tristeza.

El vacío es un problema actual, es un nirvana, donde no pasa nada, se encierra en sí mismo, no necesita a nadie, este es el narcisismo ejemplo las películas "Wally", "her" (ya no se necesita a nadie) otro ejemplo el cuento "una casa en la sabana" de Brasbury (casa nirvana, casa inteligente que todo lo sabe); actualmente se quiere una vida lineal que al final va a terminar en muerte psíquica y en muerte, va haber piquitos de vida porque la vida no es plana. Es como una huida narcisista, lo líquido.

Es modernidad líquida (Zygmunt Bauman), para hacer referencia a lo inestable y falta de estructura en tiempos de modernidad. Como ejemplo tenemos la trampa de las redes sociales: dividen la vida en dos mundos: online y offline.

Es falso que la felicidad signifique estar libre de conflictos, la felicidad radica en enfrentar problemas y resolverlos. Actualmente es tiempo de individualización porque no se necesita el contacto personal, por lo tanto, la individualización es zona de confort. Se está en una sociedad más narcisista, porque el otro ya perdió importancia. Las redes sociales no son para ampliar horizontes sino para aislarse, no necesitar al otro.

Para relacionarse se necesita algo de agresión, y es lo que evitan los de las sociedades narcisistas y sólo se "comunican" por medio de redes sociales, esto es falsa felicidad porque implica una forma de muerte porque a través de los conflictos el yo y el self se desarrolla. El conflicto pone a pensar al individuo, cómo resolver, qué hacer.

O. Kernberg (nacido en 1928) Tal como lo menciona Engler (1996) concuerda con Freud y Kohut en que los hijos que sufren de trastornos narcisistas vienen de padres: vengativos, afectivamente fríos, hostiles con sus hijos (as).

Para este autor las personas que sufren de trastornos narcisistas son personas autorreferenciales en sus relaciones interpersonales con insaciable necesidad de aprobación de otras personas. Aunque dan la impresión de ser dependientes, por la necesidad mencionada, en realidad no confían en los demás, en su mente están convencidos de no necesitar a nadie.

Kernberg también se ha dedicado a estudiar los trastornos de personalidad límite, en los años de 1950 los analistas empezaron a hablar de algunos de sus pacientes que se caracterizaban porque mostraban una incapacidad de realizar introspección, incapaces de desarrollar el insight, pacientes que manifestaban una incapacidad obvia para resolver problemas.

Este tipo de pacientes mostraban cambios intensos en el estado de ánimo y tendían a opinar que quienes los rodean cercanamente son o totalmente buenos o totalmente malos.

No es de la preferencia de Kernberg el diagnosticar con base a alguna nosología, que como sabemos, sugiere una lista de criterios, síntomas, para que el paciente quede diagnosticado; para este autor es más importante que el paciente describa sus relaciones previas para encontrar alguna relación causal de su actual estado mental.

Este tipo de pacientes cambian de un extremo a otro, es decir, en una sesión consideran que el analista es la persona más maravillosa y unas sesiones después arremeten contra su analista considerándolo el peor de los peores de los hombres o mujeres.

Aunque Kohut y Kernberg trabajan sobre el mismo tema, difieren en las causas: Kohut afirma que los trastornos de personalidad narcisista son el resultado de fallas empáticas; Este autor pone énfasis en el dominio interpersonal; en cambio Kernberg afirma que este trastorno de personalidad se debe a impulsos no neutralizados. Este autor enfatiza la dimensión intrapsíquica.

Wilfred Bion (citado por Grinberg, Sor y Tabak, 1986): Habla sobre la ausencia de contención interna, por lo tanto, va a ganar la angustia. Son situaciones en las que existen fallas en la capacidad para elaborar las experiencias afectivas, llevando a estados de angustia continuos, ataques de pánico, ansiedades de fragmentación, recordar que este tipo de ansiedad es de las ansiedades tempranas, de las más primitivas y por tanto de las más intensas.

La función de continente-contenido lo realiza la madre, desde que su hijo (a) es bebé. Pero si la madre no está en condiciones mentales de llevar a cabo esta tarea su hijo (a) va a vivir angustias muy intensas y su inconsciente se va a llenar de elementos beta, es decir, objetos malos, por lo que el trabajo psicoanalítico consistirá en quitar los elementos beta e introducir elementos alfa, objetos buenos. Así el sujeto estará en condiciones de hacer frente a la angustia y resolverla.

Desde el punto de vista de Bion (1897-1979), se llama reverie. La madre debe cumplir con la función de reverie, cuya base está en el concepto Kleiniano de la identificación proyectiva. Si la madre no cumple con la función

mencionada, el bebé no podrá calmarse, la madre ayuda, con la función de reverie, a su bebé a que las cosas se pueden pensar: el bebé llora → mamá le habla y hace, por ejemplo: ¿tienes hambre? Ah no, ¿tienes frío? Y lo tapa y el bebé sigue llorando hasta que mamá ya conoce a su bebé y diferencia sus llantos. El reverie es función temprana. Cuando no se lleva a cabo, surge la angustia y se toma el camino de la patología, ejemplo la película "tenemos que hablar de Kevin".

Cuando el bebé no logró introyectar el reverie va a presentar el terror sin nombre. Puede ocurrir porque la madre no logró entender a su bebé, no les dio significado a las emociones de su bebé, no supo por qué lloraba, o no pudo o no quiso y promovió la angustia terrorífica en su bebé.

Los conflictos tempranos no resueltos en su momento van a estar presentes en la vida hasta que se resuelvan, y en la adolescencia se corre más riesgos de reactivación de los mencionados conflictos por ejemplo las características de este grupo etario: los jóvenes se ponen orales cuando hablan, comen mucho, critican y demandan.

Se entiende que el conflicto se exagera mucho porque los trastornos en esta época son muchos, pues el paso de la niñez a la adultez es complicado.

La conducta se caracteriza porque: Se comparan entre sí, cuántos besos han dado, con cuántos jóvenes han salido, quién corre más rápido o quién viste mejor. El deseo por el padre y la madre se transfieren al maestro, a la madre del amigo, al amigo del tío.

Como puede observarse, la salud mental, social, familiar, orgánica, depende, principalmente, de la madre, de la relación materno-filial, es importante en tanto el bebé se siente sostenido por ella, unido a ella, satisfecho de modo mágico con ella, sin saber que son dos y no uno. La madre es la encargada de darle continuidad al bebé, de organizarlo. Cuando el bebé nace está sin organizar porque todavía no hay una mente propia, por eso se necesita un vínculo con el otro y ese otro es mamá. Todo este proceso es físico y psíquico, pero el bebé no lo sabe, aún no sabe que es él mismo el que se rasguña y se asusta por eso necesita a mamá para que le de contención, le de afecto, para que lo alimente.

Por lo anterior se puede deducir que primero nace el cuerpo y después la mente R. Spitz. (1887-1974) (1968). También M. Mahler coincide con este pensamiento y esta autora habla del nacimiento psicológico, en tiempo diferente del nacimiento del bebé, siendo, este segundo, el primero en ocurrir. Desde la teoría de M. Mahler las separaciones tempranas o previas a la constancia objetal impactan en el psiquismo pues el niño no sabe que el objeto va a volver. Una vez superada la fase de separación-individuación será capaz de internalizar los aspectos de la madre y el padre y esos objetos pasan a ser parte del sí mismo, vía la identificación.

En los procesos antes mencionados cuando no hay una madre que apoye, amorosamente, a su bebé para que lleve a cabo, adecuadamente, los procesos por los que debe pasar, las angustias tempranas encuentran terreno fértil para anclarse y se presentarán, cuando en un futuro, algo, una situación actual las reactive. Es decir, si no se resuelven en su momento las angustias, éstas se presentarán durante toda la vida en situaciones claves; cuando no hay un buen vínculo madre-hijo (a) estas angustias provocan displacer intenso y prácticamente echan a perder la vida.

Spitz proporciona un ejemplo de lo antes dicho en el bebé hospitalizado, aunque tienen enfermeras que lo cuidan necesita a su mamá para que le de afecto y si no está mamá, el bebé se va a angustiar se deprime y muere, es lo que se llama marasmo.

No es suficiente el cargarlo, darle de comer al seno materno, sino que es básico tener la mirada materna, tener su ternura, su amor; no importa si se le alimenta con fórmula, lo importante es que se trata de una madre que está estableciendo un vínculo con su bebé en los primeros años de vida. Al hablar de vínculo nos estamos refiriendo a lo interno y a lo externo, ejemplo la madre biológica que puede ser excelente, pero si el hijo es muy demandante y no hay mamá que lo satisfaga o que esté a tiempo, las cosas tomarán otro rumbo y se van por mal camino, el de la patología.

Otro ejemplo de la importancia del vínculo temprano puede ser cuando se trata de una madre inepta pero su bebé tiene la capacidad de quedarse con lo mejor de su mamá y las cosas se encaminan hacia la salud

mental, hacia la buena construcción psíquica. Cabe aclarar que las separaciones prolongadas y repentinas antes de los dos años de edad, son imposibles de elaborar en tanto no se tiene claro quién es mamá, pero se le necesita.

Desde el punto de vista de Winnicott si hay problema durante el tiempo de bebé se corre el riesgo de que éste pierda la capacidad de ser creativo. Todo va a depender del tipo de parentalidad que se haya vivido; puede ocurrir que ante el llanto de su bebé la madre inmediatamente lo pegue a su seno, le intente dar de comer pero el bebé no quiere estar pegado al pecho materno; puede llorar por otra necesidad pero, es claro que la madre no sabe leer las necesidades de su bebé entonces no diferencia por qué llora y siempre se lo pega al pecho y el bebé va a sufrir porque no se va a sentir contenido, ni atendido.

Otro ejemplo: puede ser el que se suicida, sin aparente depresión y sin antecedentes suicidas y es porque mata a un objeto interno, que puede ser la madre que no supo hacer su trabajo, su maternaje, por cualquier razón, su bebé la sintió inepta, que no estaba a tiempo para cubrir su necesidad, provocándole ansiedad depresiva. Es importante que el bebé arme la ilusión de tú y yo somos uno, lo cual es favorecido por la incapacidad del bebé de conocer la noción yo-tú, y por supuesto, también es importante que haya una buena madre capaz de crear un buen vínculo con su bebé.

Queda claro, no conviene las separaciones tempranas para que el bebé no viva angustias incontrolables aún en su vida de adulto, y no se le dificulte la construcción de su psiquismo.

Gilles Lipovetsky (2002, 2006, 2013), Bauman, Z. (1925-2017), (2002, 2007, 2012, 2013 y 2017); el primero lo habla como el vacío y lo plantea como un problema actual lo habla en término de lo ligero que significa que todo se te resbale, prevalece el hedonismo: "be cool" Lacan lo llama Goce que es muerte psíquica. Be cool es vivir en el presente, sólo en el presente, lo que significa que hay pérdida de sentido de continuidad histórica. Para las personas que se rigen por este tipo de pensamiento, el futuro se presenta amenazador e incierto y es algo que no pueden tolerar, lo resuelven ubicándose exclusivamente en el aquí y ahora.

En lo ligero sólo importa mi tiempo (como el conejo de Alicia en el País de las Maravillas); esta situación se puede observar con sólo echar una mirada alrededor, en un restaurante, en el cine, en el trabajo, en el salón de clases, etc, ya que aunque se esté acompañado no se está porque se pone el celular en la mesa por si llama alguien más importante que tú, esto sería lo que significa la mencionada actitud; incluso es evidente el significado ya que si suena el celular se responde, ignorando al supuesto acompañante.

Esta actitud de: sólo me importa mi tiempo, de lo ligero y el no quiero enterarme de nada que me pueda provocar dolor, que me exija pensar en el pasado, en lo que está ocurriendo, en mi problema, también se puede observar en la sesión; hay pacientes que dejan el celular encendido y si suena durante la sesión el paciente puede responder, la diferencia estaría que en la sesión hay oportunidad de interpretar su actitud para promover el insight en el paciente.

La ligereza en las relaciones implica que haya menos matrimonios, familias monoparentales, individuación, deseo de autonomía, uniones light (como las que surgen en redes sociales: tinder), ligereza conyugal (tomarse respiros, habitaciones separadas), relaciones desechables, relaciones cool (frías). Se establecen este tipo de interrelaciones para evitar el involucrarse afectivamente.

Bauman (2017) lo llama modernidad líquida, este término lo utiliza como una metáfora, ya que lo líquido es incontrolable, se adapta según la forma que se le presente, no tiene forma propia.

La falta de involucramiento se debe a la incapacidad de tolerar las presiones, los peligros, las demandas, que toda interacción lleva consigo; intentan evitar el dolor psíquico de la probable pérdida, lejanía física y/o afectiva del objeto. En la sociedad actual se relacionan con la máquina: con el celular o computadora mediante las redes sociales lo que implica no conocerse realmente. De esta manera no se vive ningún tipo de dolor, ninguna emoción. Si ya no se quiere la relación se bloquea en las redes sociales, no se aclaran, no se habla, no se razona, no se utiliza, porque no se tiene, la capacidad de pensar.

Roudinesco nacida en 1944 (2009). Actualmente con 75 años de edad. Lo llamó anestesiarse emociones, y Victor Frankl (1905-1997), (1979), se dio cuenta desde 1970 de la falta de sentido, con la que vivía la sociedad. Lo confirma la medicalización de las emociones, así como el DSM, el CIE, al clasificar la conducta en vez de comprender su origen, el buscar respuestas en lo orgánico o lo cultural pero NO en la psique humana. Otro ejemplo de lo ligero son los cambios constantes de programas de la SEP porque no hay historicidad.

En cuanto al tratamiento, desde el punto de vista del psicoanálisis se trabaja en sentido de investigar ¿qué simboliza en la mente cada uno de estos elementos? lo líquido, lo ligero, el anestesiarse emociones, la falta de sentido en la vida, el ingerir fármacos para sentirse bien, etcétera.

Posteriormente se debe indagar cómo se relaciona la persona con estos elementos, que generan angustia, que puede ser por medio de la:

- Sumisión
- Paranoia
- Proyección de aspectos agresivos propios, por ejemplo, decir que los alimentos rojos son malos
- Proyección de una sensación interna a quedar atrapada (muebles grandes = sentirse sofocado, aplastado)
- Asumir poderes mágicos e idealización de sustancias, cosas o lugares (jugos mágicos que te hacen perder peso sin hacer ningún esfuerzo, el jengibre que te hace maravillas en el cuerpo, aunque tú sigas de indisciplinado (a), bicicleta eléctrica tú ya no haces el esfuerzo muscular, el movimiento, etc.)

El problema que se plantea ante la angustia y lo que genera es que se pone fuera, igual que la solución o, el tratamiento, por ejemplo, el tratamiento: acumular cosas, o no guardar nada, desintoxicarse, uso de medios alternos de transporte, alejarse de las malas vibras, de la gente nociva, cambiar de trabajo, integrarse a comunidades con virtudes positivas, etc. En vez

de averiguar el cómo, por qué hago lo que hago, cómo llegué a la situación actual que me hace sufrir.

El psicoanálisis propone indagar las relaciones de objetos internos, previo a lo externo; el sometimiento a un tirano, aspectos violentos propios colocados en otro a través o mediante la identificación proyectiva; el mundo de objetos internos y me busco en lo externo lo que hace eco de lo interno; cómo la persona refiere algunos aspectos de lo interno mientras otros son ignorados (lo malo de mamá pero no lo bueno, lo feo que le dijeron pero no cuando lo alentaron, cómo se hace explotar a la pareja sabiendo que así ocurre cada vez que se le dice tal cosa y aun así se continúa).

Expulsar lo doloroso, lo no deseado y que se proyecta, por medio de la identificación proyectiva, no se sabe dónde va a caer por eso la persona le atina: "piensa mal y acertarás", acierta porque ya le puso algo propio al objeto. Es claro que sí puede haber Identificación Proyectiva sana, cuando el yo se relaciona con objeto total. Cuando lo que se le puso al objeto, es algo malo, éste se volverá persecutorio; también se proyecta lo bueno para sacarlo y mantenerlo a salvo, porque se siente temor de que lo malo que hay dentro de sí destruya lo bueno.

Christopher Bollas. – Nacido en 1943 (1987). De 77 años de edad. Se proyecta lo no deseado: deseos, afectos negativos, envidia, odio, celos, exclusión, rivalidad, intimidación (para que otro se haga cargo), bondad, memoria, super-yo, ideales, objeto interno, si no le resulta intolerable se lo queda.

Desde la teoría de Bollas se concibe a la mente como varios departamentos; la Identificación Proyectiva se va a utilizar para deshacerse de algunos departamentos, ya que si nos deshacemos de todo va a quedar un vacío; cuanto más huecos (zonas negras), se tenga, menos me voy a conocer y por eso la gente dice: "no sé qué me pasa", "no sé por qué estoy tan ansiosa", entonces el mundo interno, la mente, es muy pobre y pueden dar la imagen de muy entusiasta (ligereza).

Ir a análisis es para poder lidiar con lo que tenemos: mundo interno, afectos, emociones feas, etc. Se saca lo que se tiene en la cabeza, por alguna u

otra razón. Bollas llama vistofilia a la tendencia de ver siempre hacia fuera para que se presente la mirada al interior.

Bauman llamó normopatía a la tendencia de despojarse de todo lo que puede causar inquietud. A los normópatas también se les identifica como los no nacidos porque no logran la subjetividad.

### Los normópatas. –

Son aquellos:

- Que se refugian en el confort material y las actividades recreativas
- Anclan su existencia en la realidad percibida objetivamente, sin contactar los aspectos subjetivos y creativos de la existencia
- Tienen una sensación de vacío o ausencia de sentimientos de sí
- No se sienten reales ni tienen la capacidad de simbolizar
- Rechazan a la vida mental propia y ajena
- Ajenos a la experiencia psíquica anormalmente normales: demasiado estables, seguros, relajados y socialmente extrovertidos, por lo menos esa impresión da
- Presentan desinterés en la vida subjetiva e inclinación por la vida de los objetos, los datos, los fenómenos materiales
- Les encantan los hechos, lo de afuera

¿Qué tipos de padres hacen hijos(as) normópatas? Aquellos que dieron:

- Mirada parcial, espejeo opacado
- Odian la vida, no al hijo (a) pero transmiten esa falta de vitalidad
- Padres que no celebran la vida imaginativa del niño
- En vez de imaginación, recompensan los rituales
- Proporcionan al hijo (a) el hábito de ver televisión en vez de juego imaginativo
- Practican una vida psicológica hacia fuera, por ejemplo, se dedican al ejercicio

- Dan algo académico o un video juego
- Se viven como objetos de los padres ya que no establecen vínculos afectivos, amorosos, cálidos sino por el contrario son fríos y sí dan cosas materiales
- Los normópatas desconocen lo que les pasa porque llevan vida mecánica, funcionan como robots.

Otra situación que puede provocar angustia, como parte de un proceso, es una pérdida: persona, objeto de amor, (mascota), el estatus de estudiante y se "pierde" en la graduación, etcétera.

Freud (2006) [1915-1917], durante este periodo recomendó aceptar la pérdida paulatinamente, retirar la energía libidinal del objeto que se perdió, volverla hacia sí mismo temporalmente hasta ponerla en un objeto nuevo: persona o actividad.

Las características de una pérdida: tristeza, llanto, dolor psíquico, retraimiento. En el proceso del duelo, el yo del sujeto tiene que hacer un doloroso trabajo de aceptar la pérdida del objeto amado. El proceso del duelo se puede patologizar: porque se niega la pérdida mediante el uso de mecanismos defensivos de tipo maniaco.

Ante las pérdidas necesarias a lo largo de la vida, el sujeto tendrá que enfrentar progresivamente la separación y pérdida de objeto de amor.

En 1917 Freud (2006), habló de la patología del duelo. El individuo puede autocastigarse, o autoimponerse penitencias para calmar los sentimientos inconscientes de culpabilidad. El duelo se vuelve patológico cuando hay sentimientos ambivalentes hacia el objeto perdido: hay coraje, odio, amor hacia el mismo objeto que se perdió. La ambivalencia es generadora de ansiedad, por lo que en el duelo patológico la ansiedad va a alcanzar niveles que van a desorganizar a la mente.

Para Freud cuando se habla de duelo es porque se perdió para siempre, las otras situaciones son pérdidas y pueden provocar ansiedad depresiva. Las etapas del duelo normal:

- Negación de la realidad (cuando se hacen cosas para el objeto perdido. Otro ejemplo el clonar al ser querido es negar la pérdida)
- Quitar la libido del objeto real perdido
- El Yo se resiste a seguir el destino del objeto perdido
- La libido se dirige a otros objetos

El odio, en cualquiera de sus vicisitudes y que es reactivado por la pérdida, se puede volcar hacia sí mismo "soy una basura" "no valgo" "con razón me dejó" etc. Y si esto permanece en el inconsciente, debemos recordar lo que dijo Freud, que el inconsciente es atemporal, la persona va a platicar su pérdida de hace años como si hubiera sucedido ayer, lo que indicaría que no ha sido resuelta la pérdida y se entendería que el duelo se convirtió en patológico.

Para Klein (1990) y Bion el duelo son construcciones psíquicas por ejemplo en: la separación-individuación y en el duelo por una pérdida. Se debe atender lo interno, y la rapidez de la elaboración va a depender de los recursos psíquicos de cada persona. En cuanto a los recursos psíquicos, se nace con ellos y se hacen, luego entonces son constitucionales, y por experiencias ambientales en la relación con mamá, con las personas que rodean al bebé, niño, al adolescente desde la vida temprana, etc. es decir, las personas significativas para la crianza del bebé.

El duelo en Klein:

- Derrumbe del mundo interno
- Reconstrucción del mundo interno
- Importante la transición de la posición esquizo-paranoide a la depresiva
- Introyección del objeto perdido que acompaña (diferente a la identificación como sustituto ("ya no lo necesito porque lo tengo" = psicosis; y a la negación de la pérdida)

El proceso del duelo también puede obstaculizarse por:

- Se tenía una relación simbiótica con el objeto amado, por lo que para el que sobrevive el dolor es intolerable. El sujeto siente que no puede vivir sin ese objeto
- El deseo de morirse y desaparecer junto al objeto de amor

Ante un duelo y la presencia de la angustia puede presentarse un estado depresivo, el cual puede verse en muchas estructuras como síntoma. Si hay antecedentes de depresión en el sujeto por ejemplo el bebé que siempre está enojado, violento, agresivo, significa que introyectó odio y después seguramente, lo va a volcar hacia sí mismo.

Klein menciona que en la relación temprana madre-hijo (a) el bebé vive pecho bueno cuando tiene una madre que cumple con su función materna de una forma apropiada y amorosa y, pecho malo, cuando la madre es generadora de frustración, cuando no alimenta y se porta como objeto malo, en esta situación lo que predomina es el odio y a éste se le debe sumar lo exterior que también va a presentar demandas que generan angustia.

Cuando hay odio hacia el objeto provoca odio hacia sí mismo y disminuye la autoestima, puede ocurrir que se confunda el objeto consigo mismo; las experiencias del fracaso en la mente pueden ser metáforas de la castración y el sujeto las vive como heridas narcisistas, las cuales son propias de un psiquismo frágil, ejemplo la misma experiencia, el niño con psiquismo frágil, la va a inscribir diferente, por eso un niño llora cuando pierde el fútbol y otro no le da importancia a la misma pérdida.

La angustia depresiva (depresión), es sostenida por la desesperanza la cual consiste en la renuncia a ser amado por otro.

Para Bowlby el proceso normal del duelo es: 1° hay una negación de que el objeto se ha ido → sigue un enojo y llanto → consciencia de pérdida que causa una desorganización interna → luego aceptar la pérdida → y reorganizarse. Cuando se trata de una madre, es como si fuera igual a la pérdida de una parte del sí mismo. No importa que se trate de una madre que enfermó al hijo ¿qué tanto inutilizó al otro, que tanto lo volvió incompetente?,

y lo hizo para que sólo ella fuera la única con salud por eso la pérdida de una madre resulta intolerable, porque ahora ya no hay quien lo (la) guíe.

Todo se racionaliza, por amor se paraliza al otro, y se presentan situaciones en la que el hijo (a) carece de voz y voto ya la mamá habla por él o ella, porque uno dice lo que al otro le está pasando y entonces el otro ya no puede decirlo, ya no puede hacerlo, ya no puede pensarlo, etc.

### **Ansiedad Silente:**

Cuando no se tramita el conflicto la manifestación de la ansiedad es silente y, la depresión es fenómeno psicossomático. Se presentan ciertas manifestaciones anómalas que las personas reportan percibir en su cuerpo y que no se comporta del mismo modo que en las enfermedades orgánicas conocidas por la medicina.

El tipo de enfermedad va a depender del gradiente de significado de los síntomas del cuerpo.

Puede haber síntoma histérico hipercargado de significado → síntoma somático de enfermedad orgánica, habitualmente con una representación simbólica → pueden darse mezclas de todas estas situaciones en un mismo paciente → síntomas psicossomáticos (experiencia no significadas) → no se tramita la emoción y el soma queda en psique y soma, que generalmente están integrados, por eso las enfermedades psicossomáticas. Cuando se queda en psique y soma significa que no se elaboró, no se logra conectar con el lado de la psique, todo se queda en el soma → síntoma psicossomático.

Psicossomático es algo que se quedó no significado, la persona no logra darle un significado y puede desencadenarse una gripe, dolor de cabeza, etc. de la nada. En este tipo de enfermedades se puede tener un órgano de choque (colitis = colon; diarrea= colon; neurodermatitis = la piel).

Lo anterior se debe entender que todo lo que sea psicossomático significa que el problema emocional no se logró significar.

Ejemplo de enfermedades psicossomáticas: las 7 clásicas de F. Alexander (1891-1964), (1965): asma, úlcera gástrica, hipertensión arterial, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, neurodermatitis, hipertiroidismo.

Asimismo, también se deben considerar las enfermedades denominadas enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso, la psoriasis, el vitíligo, la fibromialgia (experiencias no significadas), entre otras.

La cancelación (no se estrese, tranquilícese, no llore), del estrés es lo que provoca lo psicossomático porque impide tramitarlo (hacerse cargo de las propias experiencias). Esto significa que es muy importante que no se impida, en la sesión, la expresión emocional, ni de la pulsión; por el contrario, se debe facilitar la expresión, la manifestación de todo lo que el paciente quiera decir.

El funcionamiento psíquico de estos pacientes se caracteriza porque se les dificulta encontrar las palabras con las cuales describir sus sentimientos y diferenciar entre ansiedad, tristeza, enojo, etc. Sifneos (1920-2008), (1992) la llamó ALEXITIMIA: sin palabras para nombrar las emociones. El contenido de su pensamiento cognitivo se centra en la preocupación por eventos externos y hay poca fantasía sobre su mundo interno y sus afectos.

Desde el punto de vista psicoanalítico los pacientes con problemas psicossomáticos muestran una pobre capacidad para la fantasía.

Desde la clínica psicoanalítica se observa que el paciente que psicossomatiza funciona de la siguiente manera:

- Falla o carencia en la capacidad de simbolización, representación (P. Marty)
- Relación de objetos des investidos
- Utilizan el mecanismo defensivo de la Escisión
- También utilizan la Desmentida y a veces la forclusión (mecanismos de tipo psicótico)
- Falta de reacción afectiva frente a la pérdida
- Pseudo-normalidad o normopatía (Mcdougall 2010)
- Sobre exigencia sobre el propio cuerpo (desestimación de sus molestias y dolores)

- Alucinación negativa frente a sus propias percepciones (Green 2010, 2013)

Como puede observarse lo antes dicho significa que se construyen constelaciones complejas (la sumatoria de varios factores).

La angustia puede quedar en una estructura neurótica por lo tanto será angustia neurótica; en caso de que quede en estructura psicótica, entonces será angustia psicótica. Los dos tipos de angustia se pueden presentar en grupo: familiar, escolar, amigos y en lo social.

Grupo viene del italiano: Gruppo (nudo), del gótico Krupps (bulto), del germánico Kruppa (masa). (Diccionario Larousse, 2003. P. 501).

Grupo significa: conjunto de personas o cosas (asociación, banda, colectivo, corporación).

González, et al. (1978) menciona que se empieza como masa y paulatinamente se va formando el grupo, el cual debe tener algunas de las siguientes características (González, et al. 1978).

- Los integrantes deben interactuar con frecuencia
- Reconocerse unos a otros
- Que sean reconocidos, por otras personas, como parte del grupo
- Sus integrantes deberán aceptar las normas de su grupo
- Tienen los mismos intereses
- Comparten ideales
- Sus roles se entrelazan
- El grupo proporciona recompensas
- Las metas de cada uno son interdependientes
- Entre todos se deben percibir como una unidad
- Se comportan en forma similar en relación al ambiente

El grupo tiene 4 funciones fundamentales:

- Asignación de lugares y espacios (roles)

- Cognición y representación (mi grupo es tranquilo, braveno, etc.)
- Defensa y protección (este grupo no me va a destruir, o a comer, etc.)
- Producción y reproducción

El grupo es contenedor para la sobrevivencia. Cuando el grupo no cumple con su función se produce ansiedad en sus integrantes.

Freud en 1921 (2006), en psicología de las masas y análisis del yo habla que el aparato psíquico se funda en lo colectivo en los primeros años de vida, por lo tanto, el superyó es algo cultural (la parte introyectada del padre "asesinado", heredado por la criatura).

Para Foulkes (1898-1976), (2005) en 1948 afirmó: el grupo es una matriz básica cuyas fibras son interrelaciones, interacciones y pautas de relación.

Anzieu, Bejarano, Käes, Missenard y Pontalis (1972) grupo es una totalidad, una estructura (y no una colección de individuos) y funciona como un objeto y como un imago en el inconsciente de cada uno. El grupo defiende, ataca, se desenvuelve, habla, trabaja.

En grupo se experimenta sentimiento real e ilusorio que los identifica en un aglutinado de emociones.

Puede presentarse un miedo a grupos por temor a que se repitan situaciones traumáticas infantiles: ataque, rechazo, rivalidad, agresión, constricción y limitación de la libertad. También puede presentarse una resistencia a pertenecer a grupos por el individualismo narcisista, pero, al final no es la soledad lo que nos hace agruparnos sino el DESAMPARO.

A mayor número de integrantes del grupo va a haber mayor regresión, por lo tanto, hay mayores ansiedades y defensas más primitivas, propias de estadios primarios del desarrollo (etapas orales tempranas):

- Fantasías arcaicas de indiferenciación primaria; de los orígenes y originarias: castración, seducción y de escena primaria
- Modos de relación de objeto por lo que pasó
- Dependencia de adultos

- Surgimiento del yo ideal (líder)
- Angustias persecutorias, de aniquilamiento
- Defensas primitivas: escisión, proyección de objetos malos (Superyó sádico), la pulsión destructiva, incorporación a través de la identificación primaria de los objetos buenos (como la madre) para defenderse contra las amenazas destructivas de los objetos malos, la que configuran la posición esquizo-paranoide de tipo psicótico
- La necesidad de pertenencia es más primitiva, más originaria

Un ejemplo de funcionamiento grupal lo tenemos en el grupo AA (alcohólicos anónimos), ya que funciona como una madre porque escucha, contiene, recibe todo lo malo del que habla.

Kaës (1996) propone nuevo modelo de aparato psíquico grupal que comprende lo individual (singular) y lo social (plural), lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo son una correlación que opera de manera simultánea.

Lo intersubjetivo se refiere a la interacción del sujeto con los otros, según Kaës es lo común y compartido y lo diferente.

Piera Aulagnier (1923-1990), (1977). El primer libro, en francés fue publicado en 1975 y en el '77 se publicó en español. En esta obra Auglanier habla acerca de la primera representación que la psique se forja de sí misma como actividad representante, se realizará a través de la puesta en relación de los afectos originados → PICTOGRAMA: es la imagen de la boca y pecho es la primera imagen. También se entiende como el rechazo cuando el bebé se da cuenta que la madre prefiere, desea a otro (como otro lugar), desalojamiento.

Este concepto lo utiliza la autora para referirse a los procesos de construcción del psiquismo. El pictograma se refiere que el niño debe pasar de una imagen a la palabra.

Para Klein (2009) hay un yo rudimentario al nacer, pero, que sí llega a sentir, a diferenciar, mediante las introyecciones y proyecciones. Aunque Klein privilegia lo constitucional pero sí llega a tomar en cuenta lo ambiental

y esta autora afirma que hay pulsión de vida (amor y gratitud) y pulsión de muerte (odio, envidia).

El amor y odio no son instintos sino emociones, vínculos, que adquieren significado en relación con el otro, luego entonces, cuando su mamá se ausenta, el bebé siente que sin ella se muere y se presenta la angustia de aniquilación cuyas defensas contra ésta, son: escisión, introyección, proyección, idealización, omnipotencia, identificación proyectiva.

Desde Klein cuando el bebé siente angustia por la ausencia de mamá, por la frustración de la lejanía de mamá se mete el dedo a la boca y esto representa a mamá (su dedo) como una forma de pedir que le den de comer.

Existen estados de angustia y de pánico los que se pueden comparar con la paleta de colores o con el mismo ser humano, todos somos humanos pero no somos iguales ya que hay diferencias en estatura, complexión, color de piel, tipo de cabello, etc. sin embargo todos nos seguimos llamando humanos pero no somos lo mismo, otro ejemplo el color rojo a todos se les conoce como rojo pero no tienen la misma intensidad, ni el mismo brillo, por lo tanto cambia el tono de rojo, lo mismo ocurre con la angustia, sigue siendo angustia pero cada trastorno la presenta diferente.

La ansiedad se puede comprender de diferentes maneras o desde diferentes modelos:

#### **Modelo Clínico Fenoménico:**

- Signos observables: modelo médico, psiquiátrico. Conforman síndromes

#### **Modelo Psicoanalítico:**

- Revelan un tipo de organización mental
- Es más discriminación, más de fondo
- Resultado de una serie de elementos
- Algo que se observa pero que hay algo más profundo (punta del iceberg)
- Se debe mirar lo de afuera (conducta, expresión facial) y lo de adentro (mente)

- También se observan síntomas contingentes (que no son tan determinantes)

<b>Ansiedad</b>	
Clinica	psicoanalítica
Madura (normal)	neurótica
Inmadura (patológica)	ligada a síntomas y a rasgos de carácter
Ataque de pánico	no neurótica psicótica

Primero se debe averiguar, observar el tipo de angustia, el contenido para poder definir el tratamiento.

Es conveniente hacer ciertas diferencias entre:

- Miedo: antesensación de peligro real (huracán, animal salvaje, etc.)
- Fobia: más intenso que el miedo, conductas evitativas, es irracional
- Ansiedad: emoción y manifestación física ante situaciones nuevas
- Angustia sentimiento de aprehensión
- Pánico: parálisis

Los cinco síntomas pueden ocasionar serios traumas los que pueden ser: Reales o Psíquicos.

La ansiedad se presenta en casi todos:

- los síndromes psicóticos
- también puede aparecer como secundario
- en trastornos de la personalidad
- como rasgo central por ejemplo en el pánico

Es decir, la ansiedad es algo que aparece en las patologías. Por esto vale la pena estudiarla a profundidad, porque clínicamente es parte integral de muchos trastornos psiquiátricos y tiene modalidad distinta. Desde el punto de vista psicodinámico revela el funcionamiento psíquico.

Existen diferentes tipos de ansiedad:

### Ansiedad Madura (normal).

Se siente aprehensión, no hay manifestaciones físicas incapacitantes, se relaciona con la incertidumbre.

### Ansiedad ligada a un síntoma.

Ésta no aparece abiertamente, solamente aparece cuando el síntoma falla.

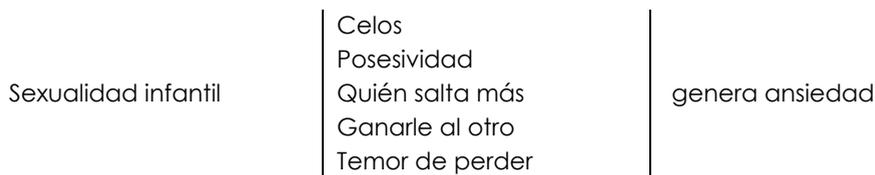
### Ansiedad Neurótica:

El guion debajo de esta ansiedad es la castración

- Connotada (a cierta situación)
- Es Privado (el sufrimiento, el dolor, la presión que se siente)
- Puede mantenerse el desarrollo emocional y laboral (a pesar del sufrimiento)
- Conflicto entre los deseos, la realidad o el deber ser
- Contenido: la castración. Se relaciona con la sexualidad infantil.

La ansiedad neurótica es el conflicto que se arma en la mente entre lo que deseamos y lo correcto; hay una sensación de sentirse incompleto (castración), y es un conflicto entre el Yo y el Superyó.

Ejemplo: la ansiedad por querer ser mejor que mamá o papá, pero lo vive en querer ser el mejor en su profesión, es castración, ponerse muy competitivo es castración, querer ganarle al otro, es castración.



La vida sexual infantil se apoya en el Complejo de Edipo y se caracteriza por el autoerotismo, prohibición, reglas y leyes; los padres son el objeto de

amor y se mantiene la bisexualidad constitucional. Es muy importante detectar estas características en el paciente adolescente o adulto porque significaría que funciona con la parte infantil de su mente y la carga de angustia es muy pesada y precisamente como está funcionando de una manera infantil no la puede resolver.

Freud abordó la ansiedad como un indicador de que había un conflicto interno. En el segundo modelo de Freud la ansiedad está desde que se nace y es la ansiedad de aniquilación porque se sale de un confort y se recibe mucha estimulación, que no se sabe qué va a pasar, pero seguramente se siente muy desagradable, un peligro; ante esta angustia el Yo hace algo para defenderse y así, la angustia se convierte en una señal de peligro.

Para Klein (1990, 2009) la ansiedad es sentida por el bebé desde que nace, igual que Freud al referirse a la ansiedad de aniquilación, pero Klein agregó que el Yo además de las defensas que mencionó Freud, también busca objetos, cuando grita está pidiendo ayuda a la madre para que le quite ese malestar que siente.

Para Klein la ansiedad es más importante que para Freud porque es el motor de todo el funcionamiento psíquico; la ansiedad no es una emoción peligrosa, es el motor que permite que se desarrolle la mente.

Como ya se ha mencionado existe la ansiedad persecutoria (de aniquilación) y la ansiedad depresiva. La ansiedad persecutoria se refiere a una preocupación por sí mismo (a), por lo tanto, es una ansiedad egoísta porque promueve el autocuidado, el tomar precauciones y no arriesgarse, por ejemplo, si hay necesidad de salir de noche el autocuidado podría estar en salir acompañada o, no salir con joyas o, no irse por lugares peligrosos, etc.

Esta ansiedad persecutoria es una preocupación por el propio Yo y viene o se origina en la pulsión de vida. Sólo si este tipo de angustia se tiene siempre, todo el tiempo es que se puede considerar patológica como en la obsesión. Esta angustia es el sentimiento de desconfianza que si es constante es la ansiedad persecutoria que enferma.

Este tipo de personas, con la ansiedad mencionada, son personas que llevan la desconfianza a las sesiones y se puede identificar por lo siguiente: no reportan todo, seleccionan el material por lo tanto hay cosas que se

guardan; cuando se les devuelve su actitud o comportamiento dan un argumento para explicarlo, pero sigue siendo ansiedad persecutoria, es decir, se sigue hablando de desconfianza. Esto se lo explica más ampliamente Klein cuando habla de la posición esquizo-paranoide.

En la posición esquizo-paranoide se habla de una posición narcisista y esto es parte del desarrollo normal, en este periodo hay un yo frágil, pero es una oportunidad para adquirir fuerza, si todo va bien y hay una madre que ayuda a su bebé, y se favorece que la mente del bebé se ordene y descubra que la madre es alguien bueno ya que en este periodo se está muy preocupado (a) por diferenciar quién es bueno y quién es malo. Lo patológico se presenta cuando fuera de esta época de vida se sigue viviendo igual todo el tiempo, con esa desconfianza.

Los restos de esta posición quedan y se manifiestan en la vida del adulto cuando los padres muestran gran necesidad de averiguar cuál es la mejor opción en diferentes aspectos de la vida para el hijo o para ellos mismos, por ejemplo: el mejor médico, el mejor maestro (a). Si las cosas van por buen camino el bebé pasará a la posición depresiva e indica que hubo una progresión. Según M. Klein todo es cíclico para ayudar que el funcionamiento psíquico sea adecuado y pueda aguantar el dolor mental, se fortalezca el Yo y sea capaz de enfrentar las diferentes situaciones que la vida proporciona sin desquiciarse.

Una persona con un Yo frágil se le va a notar en que presenta:

- autoestima baja
- es incompetente
- no puede trabajar
- no termina la carrera, no pudo enfrentar los exámenes (mensuales, parciales o profesional)
- se encierra en su casa
- todo lo aguanta etc. en otras palabras es una persona que no enfrenta la vida.

La ansiedad nos hace resolver, buscar, funcionar, es necesaria, no se trabaja con el paciente para quitarle la ansiedad sino para que la enfrente, para que desarrolle herramientas y sea capaz de enfrentarla.

Siempre va a haber ansiedad, pero puede ser posible que no se note porque está desplazada o proyectada.

La ansiedad de separación también es ansiedad de aniquilación, el bebé la siente cuando es separado de su mamá, por ejemplo, en el momento de nacer, lo sacan de su mamá y es un impacto muy intenso para la mente; durante el nacimiento se vive la primera separación por la que se pasa.

Durante la vida se pasan por varias separaciones, las cuales se van a dificultar en la medida que no se tengan habilidades sociales. La ansiedad de separación está en todos los individuos. Ejemplos de separación: el nacimiento, el destete, el nacimiento de hermanos, la ida al kínder, el cambio de preescolar a la primaria, el paso a la secundaria, el paso a la preparatoria etc. También es separación el paso de la infancia a la adolescencia y de ésta a la juventud y de ésta a la vejez. Así mismo, cuando se mudan de casa o de escuela, implica separación-pérdida. Cuando se acaban las vacaciones, etc.

Como puede observarse esta ansiedad de separación se va a estar reviviendo durante la vida y en las sesiones terapéuticas se vuelve a sentir la ansiedad los fines de semana que implica que el analista está en otros menesteres y no con su paciente y éste siente separación-pérdida, con gran carga de angustia, la cual se va a trabajar en las sesiones y es de mucha ayuda para el crecimiento mental.

### **Reacciones ante la Separación y Pérdidas. –**

Estas maniobras que lleva a cabo el Yo son para no enfrentarse a la angustia de separación y pérdida:

- Hacer sentir al otro que me voy (así sufre él y no yo)
- No necesitar al que se va (me basto sola)

- Acting-out (actuar cosas = chocar para no recordar que mi hijo se casó y se fue) (embarazarse sin planearlo; hacer cosas espectaculares, etc.)
- Consumir sustancias tóxicas (alcohol, drogas)
- Actitudes maníacas, megalomanía, desprecio (sentirse más que el otro, "al fin que ni quería")
- Ironía (burlarse de sí mismo)
- Desestimación del afecto (negar el dolor, la tristeza)
- Pseudomadurez (sentirse grande, ser super bien portado, hacerse los grandes)
- Imitar superficialmente (diferente a identificación; es para negar la ansiedad de separación, ejemplo, se murió la mamá psicóloga y se va a todos lados con un instrumento psicológico (WAIS) y se siente que es su mamá; o vestirse como el muerto)
- Control (tener al otro bien checado para sentir que es mío)
- Suplir con otras cosas (comida, con otra persona, comer helado, comprar)
- Psicopatización (no se elabora nada en la mente entonces se va al cuerpo, se hace un síntoma físico)

En todos los conflictos se presentará ansiedad y la mente tiene que ingeniárselas para enfrentarlas y resolverlas, entenderlas; de los mecanismos de defensa que utilice el Yo va a depender la salud mental o la patología. Las defensas que sirven para eludir la ansiedad: la escisión, (la mente divide al mundo en buenos y malos); la proyección (los agresivos son los otros no yo, los malos son ellos no yo; si se está enojado (a) y se utiliza la proyección se hace enojar al otro, de esta manera se baja el enojo en la persona que utilizó la proyección); la identificación proyectiva (todo lo malo y negativo que se tiene se lo pone al otro y lo hace enojar); la identificación introyectiva (se incorpora todo lo bueno de los demás, es una inversión para la

personalidad, se internaliza la función simbólica, por ejemplo el autocuidado [función materna]).

Si todo va bien en el desarrollo del bebé y después del niño más o menos a los cinco años de edad aprenderá a reprimir.

Cuanto mejor integrado esté el Yo mejor capacidad para enfrentarse a las diferentes ansiedades en las distintas épocas de la vida. Y para la integración del yo la posición depresiva (Klein) es crucial.

A continuación, se presenta un cuadro resumen de las posiciones:

### Posición esquizo-paranoide y posición depresiva

	Posición Esquizo-paranoide ←	→ Posición Depresiva	
Angustia	Muerte Aniquilamiento Paranoide	Pérdida Culpa	Culpa Depresiva
Defensa	Escisión Negación Idealización Identificación proyectiva	Triunfo Control Desprecio	Reparación
Relación de objeto	Parcial  Narcisista	Total	total, o  Intersubjetiva

Objeto que no controla, lo puedo amar

La posición esquizo-paranoide se caracteriza por tener un Yo frágil, cuando se presenta la angustia persecutoria se ve obligado a utilizar mecanismos defensivos que funcionan temporalmente para no enfrentarse a la angustia ya que se pone en un reservorio externo lo peligroso y perturbador, primero se escinde el Yo, luego proyecta y también utiliza la identificación proyectiva.

Mientras que la angustia depresiva, propio de la posición depresiva, se caracteriza porque es el momento en que el Yo se integra paulatinamente, así como los objetos, también madura el aparato perceptivo, por lo tanto, hay mejor y mayor contacto con la realidad y disminuye la ansiedad, el Yo está mejor preparado para internalizar las buenas experiencias, en esta posición ya hay un Yo más fuerte y menos empobrecido.

En la posición depresiva el bebé se da cuenta de la realidad, es decir, es la misma mujer, la misma madre que lo frustra y lo gratifica, porque se va, entonces no siempre es para mí; es un momento importante para el desarrollo a la salud. Es un proceso donde se siente culpa, es un proceso muy complejo que va de tres meses o seis meses de edad hasta los tres años.

La angustia persecutoria de la posición esquizo-paranoide (Klein) se vive en la vida de adulto por ejemplo el bebé cuando no está el pecho vive la ausencia, como en el destete (presencia-ausencia), y por supuesto que siente gran displacer, por la persecución, lo mismo va a sentir, un adulto, cuando tiene hambre, se siente que el otro me va a hacer daño, que no me quiere, por el mecanismo defensivo de la escisión y proyección, porque lo malo se le puso al otro, esto significa que el mecanismo funciona temporalmente porque después surge lo persecutorio y mamá es la encargada de dar contención a la angustia.

En la posición depresiva disminuye el control omnipotente, por lo tanto, no se va a culpar por la ausencia del objeto amado, "el pecho no está porque me lo devoré" o porque lo dañé. Fuera de esta época de vida, de bebé, el individuo que no resolvió la posición depresiva y no disminuyó el control omnipotente, la va a revivir por ejemplo en la relación de pareja: puede surgir la culpa cuando termina la relación porque se siente responsable: "se fue porque yo eché a perder la relación" o "se fue por mi culpa, lo fastidié" etc.

Mamá es el objeto que brinda: seguridad, confianza, sensualidad, que lo contiene. Esto queda en el psiquismo como si estuviera tatuado, como si fuera una huella indeleble y cuando se es adulto y se pasa por algo penoso, doloroso, lo tranquiliza el recargarse en el pecho de su mujer, cuando se

enferma pide el apapacho y siente agradable cuando se le unta vick vaporub, lo cual implica algo afectivo tanto por el contacto físico como por el cuidado.

Durante el proceso de la posición depresiva el objeto, la madre, se incorpora, introyecta para tener dentro la seguridad, la confianza, la sexualidad, la contención, para construir el objeto bueno interno. En la posición depresiva el logro es tener un objeto vivo bueno dentro, con el cual se debe identificar. En caso de que haya un objeto en la posición depresiva, dañado, y si con éste se identifica el objeto se pierde adentro y afuera. Lo sano es que cuando se está solo se sienta acompañado de un objeto bueno porque se lleva internalizado.

Para M. Klein las soluciones no son externas, por ejemplo: en el bullying, en el maltrato, en los problemas de comportamiento del menor, etc. y la solución que se les ocurre a los padres es cambiarlo de escuela, o de grupo; para esta autora el problema es la guerra interna no la guerra externa.

Originalmente Klein propuso cuatro posiciones a saber: esquizo-paranoide, obsesiva, manía y depresiva. Finalmente lo dejó en que la parte obsesiva y maníaca realmente eran defensas más arcaicas contra la ansiedad. Y quedaron dos posiciones: la esquizo-paranoide que es narcisista, egoísta ya que el más importante es uno mismo "yo soy lo que importa".

En la posición depresiva el otro es el que importa, se le reconoce valor, porque "yo lo necesito" Para llegar a interesarse por el otro, y lo más difícil, rodearse de gente que se valora, lo cual, significa que la envidia se tiene dominada y se convirtió en admiración.

El proceso estaría de la siguiente manera: pérdida del objeto → culpa → para aliviarse, se devalúa al objeto (triunfo), por el control omnipotente. Lo anterior se refiere a las defensas maníacas, ejemplo: si una persona termina con el novio, va a tratamiento psicológico, pero, a la semana ya consiguió otro novio y abandona el proceso terapéutico. El abandono lo lleva a cabo por el control omnipotente.

Un buen indicador de que se está avanzando mentalmente es el salirse del control omnipotente, incluso del analista o del psicoterapeuta, que lo

manifiesta cuando se empeña en “yo voy a curar al paciente”. Recordar que si el paciente no tiene necesidad de cambio NADA lo hacer cambiar.

Volviendo a los duelos, las defensas son más primitivas, por ejemplo si se utilizan defensas obsesivas el paciente va a presentar: orden, limpieza excesivas como una forma de control obsesivo; otro ejemplo ante la sensación de abandono del objeto el paciente se pone a cambiar de lugar los muebles o a cambiarlos; para no sentir el displacer de la angustia de separación, cuando no llega el paciente a su sesión, el analista se pone a hacer la lista de pacientes, o el docente, cuando no se presentan sus alumnos (as) a la clase se pone a hacer las cuentas de cuántas horas frente a grupo le programaron, para que se le “olvide” el sentimiento negativo ante la ausencia.

Queda claro que en la posición depresiva se va de la desintegración (mentiras, engañarte, para no tomar contacto con la realidad interna y externa), a la integración (verdad, capacidad de tener pensamiento, contacto con la realidad).

Cuando no se acepta la ausencia del objeto se puede presentar la alucinosis, un ejemplo sería: cuando se pierde algo, los lentes, las llaves del coche, el control de la televisión, etc. se busca en el mismo lugar varias veces, cuando ya se vio que no están ahí, sin embargo, se regresa y se vuelve a regresar al mismo lugar a buscar lo mismo y por supuesto que continúa sin aparecer el objeto.

### Tratamiento. –

Para Bion lo terapéutico es decirle algo interesante al paciente de él mismo. Para Klein es trabajar el mundo interno para que el paciente pueda construirse una mente ya que en la relación con su mamá no logró hacerlo.

El objetivo del psicoanálisis es hacer buenos psicoanalistas y éste es aquel que puede establecer una relación **tensa** el mayor tiempo posible. Tensa por el enfrentamiento con la realidad que el paciente debe llevar a cabo, y el psicoanalista lo logra por medio de las interpretaciones, confrontaciones, etc. La meta final del análisis es que el paciente, con sus recursos logre transformar un objeto arcaico en un objeto seguro.

Es muy importante que el terapeuta sepa diferenciar entre paciente melancólico y paciente neurótico, el primero se observa en que se porta como si estuviera muerto en vida, mientras que en el segundo presenta preocupación por los demás. Tomar en cuenta que la depresión puede presentarse en estructuras psicóticas, neuróticas y en pacientes fronterizos. Pero sí es muy importante en qué tipo de estructura cae la depresión.

Asimismo, también es muy importante identificar en cada paciente y en cada sesión si está o no la angustia. Para esto el terapeuta se debe apoyar en un marco teórico o en varios enfoques si se tiene la fortuna de realizar una mirada holística.

Quien esto escribe considero que una teoría no excluye a otra, por el contrario, los diferentes enfoques, modelos, paradigmas, son útiles para enriquecer la lectura del caso clínico, de esta manera se puede ahorrar tiempo y tener una muestra de la conducta, del comportamiento de nuestro paciente en menos consultas-entrevistas para así dedicar las sesiones a la intervención terapéutica. Esto es en consideración con el bolsillo del paciente, aparte del beneficio teórico que el psicoterapeuta, analista puede obtener.

Cuando se enriquece la observación que se lleva a cabo de un caso clínico los riesgos de hacer sesiones estancadas, disminuyen, porque en las sesiones de intervención terapéutica van a presentarse un remolino de emociones con diferentes intensidades, es decir, va a haber movimiento; mientras que en las sesiones que están estancadas, que no sirven, siempre es lo mismo, no pasa nada porque siempre hay supuesta admiración, amor.

La autora Edith Jacobson (1897-1978) (1980). Primero se psicoanalizó con Abraham y posteriormente con M. Mahler. Esta autora comparte ideas teóricas con Kernberg. Jacobson afirma que la depresión está tanto en sujetos normales, como en psicóticos, neuróticos y en pacientes fronterizos. En este último lo que se detecta es la melancolía y se presentan síntomas depresivos, acting out, adicciones y actividad sexual para librarse de la angustia y la depresión, incluso, también lo presentan los más neuróticos.

En las sesiones donde realmente hay intervención terapéutica debe haber amor y odio, el primero se dedica a la reparación del objeto y el segundo a atacarlo, pero si no se presenta durante la sesión no se podría interpretar

por lo tanto el paciente no se daría cuenta, no haría contacto con la realidad, no se enteraría de lo que tiene dentro y seguiría contándose mentiras.

En el proceso psicoanalítico se pone atención especial a cómo se mueve la transferencia en la sesión y durante todo el proceso, asimismo se conoce la historia del self y sus objetos. Si el paciente es niño, lo mencionado se observa en su caja de juguetes, por eso cada caja es individual y no se debe compartir con los otros pacientes niños. Tampoco se debe sacar, del consultorio, el producto terapéutico; si el menor quiere puede sacarle fotos, fotocopia o hacer dos de lo mismo para llevarse uno, se queda el primero que se realizó.

Cuando se va a psicoanálisis es encontrarse con cosas, emociones, afectos negativos hacia sí mismo y dirigido a figuras significativas, por ejemplo, el descubrir que uno quiso, en algún momento, matar a su objeto, pero, ahora se va a enterar con una mirada diferente, ya que ésta va a ser comprensiva, no sádica, ni seductora, ni en forma de juicio, es un encuentro con la realidad.

Desde el punto de vista de Bion, el objetivo terapéutico es construir el objeto interno durante el proceso psicoanalítico; el autor se refiere al objeto pensante.

El abordaje de la angustia conviene hacerlo desde un modelo bio-psico-social, porque debemos partir de la premisa que somos individuos biológicos, psicológicos y sociales. Desde lo biológico tomamos en cuenta los genes, desde lo psicológico se considera lo cognitivo, lo emocional e incluso la espiritualidad, lo más íntimo y desde el aspecto social se incluye a la familia, a los pares, el entorno cultural y social.

Por lo antes dicho cualquier trastorno mental o síntoma mental su tratamiento se debe realizar con un equipo interdisciplinario, el cual va a cambiar o se va a modificar dependiendo de las necesidades del paciente en cuestión, porque debemos tomar en cuenta que cada tratamiento debe ser personalizado; no hay un modelo que convenga a TODOS los pacientes porque cada uno viene de contextos diferentes, aunque los síntomas se les nombre igual su etiología es diferente, el tiempo de gestación varía, también la

intensidad del síntoma, sus consecuencias, el cuadro que lo acompaña, la edad del paciente, su origen familiar, incluso se debe tomar en cuenta la capacidad económica del paciente, su nivel académico, su capacidad de comprensión, su disposición de cambio, etc.

El equipo interdisciplinario se compone de varios especialistas en: Psicología, Psiquiatría, Psicoterapeuta, Médico, Trabajo social, etc. Depende de las necesidades del paciente. Si el paciente es un niño con problemas motores o alguna discapacidad va a convenir incluir, en el equipo multidisciplinario, a pediatría, neurología, nutrición, etc.

¿Qué hacer con el paciente? Entrevistas. En la primera entrevista se va a escuchar al paciente, se observa al (la), entrevistado (a), se pone atención de qué motivo de consulta logra construir, al curso del pensamiento, al contenido, se atiende a cómo lo dice, lo que reporta, con qué o con quién asocia lo que dice, se responsabiliza o culpa a otros del resultado de sus acciones, pensamientos, decisiones, de su sufrimiento, cómo se comporta, etcétera.

Posteriormente se reflexiona qué hace sentir el paciente al terapeuta. Qué marco teórico se logra recordar, con el discurso del entrevistado (a). Qué se concluye, etcétera.

En la segunda entrevista se escucha la historia del paciente, se continúa la observación tanto visual como auditiva. Todo se realiza en conjunto o simultáneamente. Por ejemplo, las características del entrevistado (a) cómo juegan en su vida: aspecto físico, su edad, inteligencia, el aspecto académico, etcétera.

Todas las entrevistas tienen sus funciones, por ejemplo:

- Observar el funcionamiento del entrevistado (a) (es maniaco, psicótico, neurótico, border line, psicopático, maniaco depresivo, etc.)
- Permite, las entrevistas, diseñar estrategias terapéuticas para este paciente
- Se pueden definir, reconocer alcances y limitaciones del método psicoanalítico en este paciente

- Definir si la queja del entrevistado es un conflicto, es psíquico, para utilizar el método psicoanalítico o, conviene canalizarlo
- Averiguar o indagar de dónde viene la ansiedad, los síntomas o signos que se reportan y observan
- Atender de quiénes habla y qué habla
- Qué efecto tuvo o tiene, en el paciente su historia, qué rol jugó
- Cabe la pregunta ¿Su mente está traumatizada? Nos lo indica cómo lo habla, asimismo nos va a decir qué tipo de estructura manifiesta
- Las entrevistas nos permiten observar qué tipo de defensas utiliza: negación, reporta "no pasa nada" o, maníacas como son la omnipotencia o el control, desprecio, triunfo
- También se logra observar las transferencias, contratransferencias
- Se observa si hubo cambios de la primera a la segunda entrevista, se sigue mostrando igual, así como de mostró en la primera entrevista o se fue para abajo o para arriba, por las defensas que utiliza
- Nos permite realizar un diagnóstico psicodinámico: qué dice de él, cómo lo dice, cómo se siente, qué siente en lo que hace, etc.
- Qué necesidades presenta o tiene: que el otro lo quiera, hace cosas para el otro, no importa que se sacrifique, lo que hablaría de aspectos depresivo del entrevistado (a)
- Desde las entrevistas se debe pensar qué se va a hacer con este entrevistado (a), futuro paciente
- Logró definir motivo de consulta o sólo describe lo que le pasa
- Durante las entrevistas se promueve el entender al paciente, si el terapeuta puede trabajar con este paciente
- Qué lecturas hace, el entrevistado (a) futuro paciente, de los pagos que hace al terapeuta; siente que lo mantiene y por eso su

consultorio está bonito o siente y piensa que el pago es para sí mismo (a), que paga para su beneficio

- En las entrevistas se debe tratar de definir cuál es la entrada sensorial que utiliza el paciente (visual [ve series, televisión = voyerista], auditiva, sensaciones, etc.
- ¿Se está hablando con un paciente envidioso? La intervención se va a dificultar
- Es un futuro paciente que ¿va a tolerar las ansiedades depresivas? Que van a ser provocadas por las interpretaciones conforme avanza el tratamiento. Después de cada interpretación se observa si algo le llegó al paciente
- El entrevistado (a) ¿tiene un continente internalizado? Si no lo tiene se debe construir
- Si el entrevistado se interesa en conocer qué tiene en su mente va a favorecer el pronóstico del tratamiento
- El paciente es capaz de entender que el progreso de su tratamiento no depende sólo del analista, sino que su participación tiene gran peso en este progreso

Como puede observarse no sólo se trata de enlistar síntomas, sino que se debe, el terapeuta, adentrar más allá del síntoma, para lograrlo se debe echar mano de la capacidad intuitiva. La intuición se desarrolla, pero, se necesita tener el talento intuitivo, el cual se adquirió en la relación temprana con una mamá intuitiva.

No olvidar que el ser psicoanalista o psicoterapeuta no implica tener diploma de salud mental, por lo tanto, también se corre el riesgo de padecer de ansiedades y depresiones. Esto significa que antes de atender a pacientes se debe pasar por un proceso terapéutico personal, además de tener una formación profesional en algún enfoque y NUNCA dejar de supervisar.

## Conclusión

La angustia es un estado de desasosiego psíquico, de inquietud profunda, que se acompaña de manifestaciones psicomotrices y vegetativas. El individuo presenta un intenso displacer, es un estado de tensión psíquica muy desagradable.

Se acostumbra a utilizar como sinónimos los conceptos de angustia y ansiedad ya que generalmente se presentan juntas.

Existen diferentes tipos de angustia, por ejemplo, la angustia automática, la angustia ante un peligro real, la angustia que se presenta en los síndromes fóbicos.

La angustia no siempre es patológica, cuando es así, el individuo se incapacita y pierde sus funciones yoicas. La angustia también puede ser presentada ante una situación de hedonismo, por ejemplo: los jugadores de cartas, los apostadores (ludopatía). Y también está la angustia que sirve como señal de alarma y el Yo se pone alerta. Asimismo, están las ansiedades tempranas: la de aniquilación, la de separación y, la de castración.

También se puede hablar de las ansiedades orales, anales, paranoides, etc.

Como ya se mencionó, la angustia no siempre es patológica y es un indicador de crecimiento mental, ya que desde el punto de vista del psicoanálisis la angustia es fundamental para desarrollar la función de pensar.

En psicoterapia no se trabaja para desaparecer la angustia, sino que se le proporciona herramientas, al paciente, para que enfrente adecuadamente su angustia, para fortalecer su yo y sea capaz de enfrentar su angustia.

Existe la angustia Normal o madura, la neurótica, la ansiedad psicótica. Todo depende en qué tipo de estructura psicológica se está presentando la ansiedad.

La diferencia entre: angustia, miedo y preocupación es: La ansiedad se presenta en ausencia de un peligro real y se refiere a una situación futura que se desconoce.

La preocupación es algo cognitivo de la angustia y se refiere a una situación futura. Si se logra pensar es preocupación.

El miedo se presenta ante una situación real y ante la cual la mayoría de las personas lo van a sentir, por ejemplo, ante un terremoto, ante un asalto etc. El miedo se asocia a la fobia. Cada época de vida tiene sus miedos propios: a la separación, a la obscuridad, a los ruidos, a los monstruos. Los miedos son saludables, sobre todo, aquellos que responden a una etapa del desarrollo.

El miedo es adaptativo y es propio de la constitución psíquica, por ejemplo, si un niño de 10 años presenta miedo a la obscuridad o a los monstruos sería indicativo de que se encuentra atrasado en su desarrollo psicológico. Por eso, el miedo es indicador de que se está creciendo mentalmente, asimismo indica capacidad de simbolización. El miedo se espera que se presente a partir de los seis meses de edad y el bebé es capaz de manifestarlo.

Las angustias tempranas se gestan cuando hay problemas en el vínculo materno-filial durante la vida de bebé del hijo (a), por lo que no conviene una separación temprana, antes de la constancia objetal porque el bebé no sabe que el objeto va a regresar y la ansiedad lo va a desorganizar y su mente todavía no puede reorganizarse.

Varios autores trabajan y estudian la angustia individual o en grupo: Klein, Freud, Bion, Winnicott, Green, Kohut, Kernberg, McDougall, Bauman, Roudinesco, Bollas, Kaës, etcétera.

El tratamiento conviene que lo lleve a cabo un equipo interdisciplinario compuesto por especialista en su rama: Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia (Individual, de pareja, familiar, de juego), Medicina, Trabajo social, etc. Este equipo va a depender de las necesidades del paciente, si es niño seguramente se agregará pediatría o, neurología, ortopedia, etc.

En el método psicoanalítico conviene llevar a cabo varias entrevistas para indagar recursos y motivos de consulta del paciente y de aquí tomar la decisión de si se acepta al entrevistado como paciente o no.

Para formarse como psicoanalista o psicoterapeuta se deben tener estudios formales en algún enfoque, pasar por un proceso terapéutico y nunca

dejar la supervisión. En algún momento nos darán de alta en nuestro proceso terapéutico sin embargo no conviene dejar de estudiar ni de supervisar.

## Referencias bibliográficas

- Alexander, F. (1965). *Medicina Psicosomática*. New Cork. W.W. Norton
- Anzieu, D., Bejarano, A., Kaës, R., Missenard, A. y Pontalis J-B. (1972). *El trabajo Psicoanalítico en los Grupos*. México. Siglo XXI.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires-Madrid. Amorrortu.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. España. F.C.E.
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos*. España. TusQuets.
- Bauman, Z. (2012). *Generación líquida*. España. Paidós.
- Bauman, Z. (2013). *La cultura en el mundo de la modernidad líquida*. España. F.C.E.
- Bauman, Z. (2017). *Vida líquida*. España. Paidós
- Bollas, Ch. (1987). *La sombra del Objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Engler, B. (1996). *Teorías de la Personalidad*. 4ª edición. México. McGraw-Hill interamericana.
- Foulkes, S.H. (2005). *Introducción a la psicoterapia grupo analítica*. 1ª ed. En castellano. Barcelona. Cegaop Press.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona. Herder.
- Freud, S. (2004). [1925-1926] *Inhibición, síntoma y angustia*. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (2004). [1927-1931] *El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura (1930 [1929])*. Tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (2005). *Análisis de la Fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans)*. Tomo X (1909) Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (2005). *Tres ensayos de teoría sexual (1901-1905)* Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu.

- Freud, S. (2006). (1917 [1915]) *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología*. Tomo XIV. Duelo y Melancolía. Buenos Aires. Amorrortu.
- González, J., Monroy, A. y Kupferman, E. (1978). *Dinámica de grupos. Técnicas y Tácticas*. México. Editorial Concepto, S.A.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Green, A. (2013). *Narcisismo de Vida, Narcisismo de muerte*. (1983). Buenos Aires. Amorrortu.
- Grinberg, L., Sor, D. y Tabak, E. (1986). *Nueva Introducción a las Ideas de Bion*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Jacobson, E. (1980). *Depression; comparative studies of normal, neurotic, and psychotic conditions*. New York. International Universities Press.
- Kaës, R. (1996). *El Grupo y el Sujeto del Grupo: Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Klein, M. (1990). *Amor, Culpa y Reparación*. Tomo 1. Barcelona. Paidós.
- Klein, M. (2001). *El psicoanálisis de niños*. Tomo 2. Barcelona. Paidós.
- Klein, M. (2009). *Envidia y Gratitud*. (1921-1945) Tomo 3. México. Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. México. Paidós.
- Larousse (2003). *Diccionario Enciclopédico*. México. Ediciones Larousse.
- Lipovetsky, G. (2002). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Traducción de Joan Vinyoli y Michele Pendax. 1ª ed. París 1983. Barcelona. Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona. Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2013). *El Imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas*. Barcelona. Anagrama.
- Mancilla, B. (2001). *Análisis y/o Comprobación de la Teoría de Peter Blos en una población mexicana. Tesis de Maestría de la UNAM*.

- Mcdougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid. Tecnopublicaciones.
- Mcdougall, J. (2010). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires. Paidós.
- Marty, P. (1998). *Pierre Marty y la psicósomática*. Compiladora T. de Calatroni México. Amorrortu.
- Ortiz, E. (2011). *La mente en desarrollo. Reflexiones sobre clínica psicoanalítica*. México. Paidós.
- Roudinesco, E. (2009) *Nuestro lado oscuro. Una historia de los perversos*. Traducción de Rosa Alapont. Francia Anagrama.
- Rosenfeld, H. (2000). *Estados Psicóticos*. Buenos Aires. Hormé.
- Sifneos, P. (1992). *Short term Anxiety Provoking Psychotherapy: A treatment manual*. Estados Unidos. Basic Books.
- Spitz, R. (1968). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid. Aguilar.
- Winnicott, D.W. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona. Paidós.
- Winnicott, D.W. (2007). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. 5ª reimpresión. Buenos Aires. Paidós.
- Winnicott, D.W. (2009). *El hogar nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. 5ª reimpresión. Buenos Aires. Paidós.

Departamento de Publicaciones

Responsable de la edición, Diseño y Formación: *Lic. Claudia Rodríguez Esquivel.*

Revisión Técnica: *Lic. Rosa Isela García Silva*

Primera Versión digital agosto

Hecho en México Año 2020,

Este material didáctico apoya a las materias de Aproximaciones al Proceso Salud-Enfermedad, Psicopatología y Personalidad, Psicopatología del Desarrollo Infantil e Intervención en Niños, que se imparten en 2o., 7o. y 8o. semestres, y su publicación no tiene fines de lucro. Los contenidos y la redacción son responsabilidad del autor.

**Dra. Emilia Lucio y Gómez Maqueo**

*Directora Interina*

**Dra. Patricia Ortega Andeane**

*Secretario General*

**Lic. Guillermo Huerta Juárez**

*Secretario Administrativo*

**Dra. Natalia Arias Trejo**

*Jefa de la División de Investigación y Posgrado*

**Dr. Oscar Zamora Arévalo**

*Jefe de la División de Estudios Profesionales*

**Mtro. Jorge O. Molina Avilés**

*Jefe de la División Sistema de Universidad Abierta*

**Mtra. Susana Lara Casillas**

*Jefa de la División de Educación Continua*

**Dra. Silvia Morales Chainé**

*Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos*

## Angustia, depresión como síntoma y síndrome