



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **MARCELA ISABEL ALMEIDA SILVA**, C.C. 171651336-9, autora del trabajo de graduación intitulado: **“EL VÍNCULO DEPENDIENTE COMO GENERADOR DEL SINTOMA FÓBICO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA”**. Estudio de un caso clínico (adulto), atendido de febrero a mayo del 2013, en el Comité Ecuatoriano de Cooperación con la Comisión Interamericana de Mujeres (C.E.C.I.M.), previa a la obtención del título profesional de **Psicóloga Clínica**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, septiembre 2015

MARCELA ISABEL ALMEIDA SILVA

C.C. 171651336-9

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**EL VÍNCULO DEPENDIENTE COMO GENERADOR DEL SÍNTOMA
FÓBICO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.**

**Estudio de un caso clínico (adulto) atendido de Febrero a Mayo del
2013 en el Comité Ecuatoriano de Cooperación con la Comisión
Interamericana de Mujeres (C.E.C.I.M.).**

MARCELA ISABEL ALMEIDA SILVA

DIRECTORA: MTR. ALEXANDRA SERRANO

QUITO, 2015

DEDICATORIA

*A mis padres;
mis incondicionales.*

AGRADECIMIENTOS

A mi madre y a mi padre, Caty y Fernando, quienes han guiado mi camino; me han enseñado que el éxito se logra con esfuerzo, que los sueños no tienen límites y me han dado alas para alcanzarlos.

A mi hermana Fernanda y a mi hermano Diego, que son mi inspiración y mi apoyo.

A mis amigos y amigas incondicionales que siempre han estado a mi lado compartiendo días de sol y de sombra.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por permitirme ser parte de tan prestigiosa institución. A la Facultad de Psicología por aportarme el saber para mi vida profesional. A los talleres culturales que fueron parte fundamental de mi vida estudiantil.

A mi Directora de Disertación, Mtr. Alexandra Serrano, por su guía y enseñanzas durante este proceso.

A los Docentes por compartir su saber dentro y fuera de aulas.

A mis pacientes, de los que he aprendido mucho y me motivan a cada día a ser mejor profesional.

A todos aquellos que me apoyaron en la consecución de mi disertación.

Tabla de contenido

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I: EL VÍNCULO DEPENDIENTE	9
1.1. Introducción a las relaciones tempranas y vínculo afectivo.....	9
1.2. Importancia del vínculo en la estructuración temprana del sujeto.....	12
1.2.1. Narcisismo.....	13
1.2.2. Díada madre- infante	16
1.2.3. Apego.....	20
1.2.3.1. Tipos de Apego.....	21
1.2.4. Vínculo afectivo	22
1.3. El vínculo dependiente	24
1.4. Manifestaciones del vínculo dependiente.....	28
CAPÍTULO II: EI SÍNTOMA FÓBICO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA	31
2.1. Definición conceptual.....	31
2.1.1. Tipos de Fobia	33
2.1.2. Angustia.....	35
2.1.3. El Yo en la fobia.....	37
2.2. Objeto Fóbico.....	39
2.3. Claustrofobia	43
2.4. Cuadro clínico	44
CAPITULO III: ANÁLISIS DEL CASO	47
3.1. Metodología.....	47
3.1.1. Descripción del contexto institucional	49
3.2. Presentación del caso.....	49
3.2.1. Datos generales	49
3.2.2. Datos Familiares	49
3.2.3. Motivo de consulta.....	51

3.2.4. Antecedentes.....	51
3.3. Análisis del caso	52
IV. CONCLUSIONES.....	70
V. RECOMENDACIONES	72
Bibliografía.....	73

RESUMEN

La presente disertación teórico-práctica se realizó en base al análisis de un caso clínico, con la intención de explicar cómo el vínculo dependiente puede desencadenar el síntoma fóbico.

Hablar del vínculo dependiente es hablar de una patología vincular, por lo que resulta imprescindible abordar las relaciones tempranas y la presencia de referentes estables para un desarrollo físico y psico-afectivo sano. Las experiencias que estas relaciones le pudieran ofrecer al infante repercuten de forma directa en su constitución psíquica y en el devenir de su vida vincular. Cuando los referentes no han sido estables y no le han brindado al infante una sensación de seguridad se instaura un tipo de apego ansioso lo que da paso a la manifestación de diversas patologías.

El síntoma es la expresión de un conflicto inconsciente, por lo que a través de este estudio se indaga sobre que es aquello que el inconsciente quiere decir por medio síntoma fóbico. En esta ocasión el conflicto inconsciente nos habla de la debilidad del yo y de la vulnerabilidad de la persona ante el mundo que percibe como amenazante, lo que ha ocasionado que la persona demande la presencia de otro que la proteja y le proporcione seguridad.

Para la producción de un análisis pertinente, ha sido necesario tomar en consideración las relaciones tempranas del sujeto, las relaciones que mantiene en su vida adulta especialmente con su familia nuclear, hijas y cónyuge, además de conocer acerca del síntoma fóbico: su formación, sintomatología y repercusión en la vida de la persona.

Se concluye que en el caso de estudio, el vínculo dependiente se encuentra anudando el malestar inconsciente y en el intento de darse a conocer ha tomado al síntoma fóbico como pantalla.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge a partir del cuestionamiento acerca de las dificultades que se observan en el proceso de separación de la madre y los hijos adultos, en aquellos casos donde la madre ha tenido una dedicación prioritaria al rol materno. Éstas dificultades se manifiestan en actitudes sobreprotectoras por parte de las madres y falta de autonomía en los hijos adultos. En ocasiones esto puede generar un vínculo dependiente tanto de los hijos hacia la madre, como de la madre hacia sus hijos, que a su vez deriva en trastornos psicológicos y somáticos, como las fobias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que existen más de 250 tipos de fobias reconocidas y estudiadas, y se calcula que más del 11% de la población mundial padece un tipo de fobia (OMS, 2009). Por esto es pertinente y oportuno cuestionarse sobre ésta problemática puesto que la vida del sujeto que padece dicho síntoma se encuentra afectada ya que no se puede desarrollar con normalidad en el medio, y a su vez se encuentra limitado para desenvolverse frente a determinadas situaciones que evocan el objeto fóbico.

El estudio de las relaciones tempranas del sujeto es relevante puesto que, el sujeto al ser constituido en un inicio desde el otro, en primera instancia ese otro primordial que es la madre o su sustituto, por lo que es inherente al individuo establecer vínculos con el medio que lo rodea. Estos vínculos bien pueden ser sanos o patológicos y su análisis puede aportar a las explicaciones acerca de la génesis y desarrollo de los trastornos fóbicos.

Además, el interés por ésta investigación está relacionado con mi experiencia personal, durante el período de prácticas pre-profesionales, al tratar un caso de fobia, a partir del cual surgieron las interrogantes que guían ésta investigación.

Dado que la intención de la investigación es abordar y profundizar en la relación que existe entre el síntoma fóbico y el vínculo dependiente, la pregunta directriz es: ¿De qué manera el vínculo dependiente incide en la formación del síntoma fóbico?

En el primer y segundo capítulo se realiza una recopilación teórica desde la perspectiva psicoanalítica que sustentará el análisis del caso. El primer capítulo es dedicado al vínculo y al estudio de la dependencia como patológica, para ello se aborda los conceptos de relaciones objetales, apego y vínculo, donde resalta la importancia de un referente estable durante la infancia para que el sujeto se constituya psíquicamente sano.

El segundo capítulo aborda la conceptualización psicoanalítica respecto del síntoma fóbico explicando su génesis y el cuadro clínico que acompaña a ésta patología pues no solo interfiere a nivel psíquico sino además presenta repercusiones físicas. Se plantea a la fobia como una neurosis, además se puntualiza de forma breve a la claustrofobia.

El tercer capítulo cumple con el objetivo de articular la teoría a la práctica, consiste en la exposición del caso y en la producción del análisis del mismo.

Finalmente, se exponen conclusiones y recomendaciones pertinentes, basadas en los resultados obtenidos en el análisis.

CAPÍTULO I: EL VÍNCULO DEPENDIENTE

1.1. Introducción a las relaciones tempranas y vínculo afectivo

Son varios los investigadores y teóricos de diversas escuelas movidos por el cuestionamiento sobre la importancia que tienen las relaciones tempranas en la vida humana, debido a que éstas intervienen en el desarrollo biológico, cognitivo y psicológico de la persona. La presente disertación abordará la importancia de las relaciones tempranas en la constitución psíquica desde una perspectiva psicoanalítica, resaltando los aportes teóricos de Bowlby, Ainsworth y Winnicott

El Psicoanálisis ha manifestado un particular interés en las relaciones tempranas del sujeto, pues es en la infancia que se establece un modelo de relación con los objetos/sujetos que se reproducirá a lo largo de la vida del individuo, además influyen de forma directa en el desarrollo de la constitución psíquica.

Freud a lo largo de su obra, señala que a través de las relaciones tempranas se le provee al infante de la investidura libidinal indispensable para su desarrollo psíquico. Otros autores, desde este mismo enfoque, también refieren a la importancia de la presencia de la madre o de un sustituto estable en el cuidado del bebé, y cómo esto determinará la forma en la que el sujeto se relacione con su entorno en su vida adulta. Freud menciona que “todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa.” (Freud S. , 2012o [1912], pág. 97).

Por otra parte, Bowlby (1998), desarrolla su teoría de las relaciones tempranas y el apego a partir de la petición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1950, que le confiere la tarea, como psicoanalista y psiquiatra, de realizar un estudio sobre el comportamiento de los niños huérfanos o separados de sus padres, debido a la Segunda Guerra Mundial. En ésta investigación, Bowlby realiza un estudio evolutivo y etiológico, en el que el aspecto biológico cobra gran importancia en su teorización. Estos enfoques le

permiten observar y comprender conductas que facilitan el desarrollo de lazos afectivos desde el inicio de la vida y a lo largo de ella. Bowlby, resalta que en los seres humanos existen competencias innatas para desarrollar el vínculo con los adultos, a fin de garantizar nuestra supervivencia temprana.

La formación del vínculo empieza desde el primer contacto entre el bebé y la madre, va desde la conducta de apego que garantiza la supervivencia del infante, a través de la relación con un objeto/sujeto encargado de su cuidado, con el que posteriormente se desarrolla el apego y finalmente se da el establecimiento del vínculo afectivo.

La conducta de apego es una conducta social que sostiene una función biológica de carácter importante, y se encarga de asegurar la proximidad y presencia de un objeto/sujeto que responda a sus necesidades fisiológicas, como la alimentación y la protección frente a situaciones u objetos amenazantes. Considerando que las relaciones tempranas involucran un intercambio entre sujeto y objeto, al hablar de apego nos estaremos refiriendo a la forma de relacionarse con una figura en particular, generalmente la madre, basándose en las experiencias tempranas resultantes de la relación de objeto al inicio de la vida (Bowlby, 1998).

Se considera que la conducta de apego tiene lugar cuando se activan determinados sistemas de conducta. Y creemos que tales sistemas de conducta se desarrollan en el bebé como resultado de una interacción con el medio ambiente de adaptación evolutiva y, en especial, con la principal figura de ese ambiente, es decir la madre (...) en determinada etapa del desarrollo de los sistemas de conducta responsables del apego, la proximidad de la madre se convierte en una meta prefijada (Bowlby, 1998, págs. 250, 251).

El vínculo es el lazo afectivo entre dos personas y se encuentra marcado por el tipo de apego instaurado en los miembros de la relación. El primer vínculo que establece el infante es con su madre, quien presta una respuesta adecuada a sus necesidades primarias gracias a la lectura interpretativa, por la sincronía que se da entre madre-bebé. En este vínculo intervienen la lactancia, las caricias, la mirada, la sonrisa y la voz que la madre transmite hacia el bebé (Winnicott, 1998).

Bowlby (1998) propone un esquema de desarrollo vincular, que servirá de pauta para el desarrollo teórico y explicativo de la presente disertación:

1. En los bebés humanos las reacciones sociales son provocadas en principio por una amplia serie de estímulos y posteriormente por una serie mucho más reducida que, al cabo de unos meses, se limita a los estímulos que surgen de uno o unos pocos individuos en particular.
2. Existen una tendencia marcada ante determinados estímulos con preferencia a otros que provocan una reacción social.
3. En tanto mayor sea la experiencia de interacción social de un bebé con determinada persona, mayor será su apego hacia ella.
4. Comúnmente, a los períodos de contemplación y escucha atenta sigue el aprendizaje de la discriminación de caras diferentes, por lo cual puede desempeñar cierto papel el aprendizaje por contacto directo.
5. Con frecuencia en la mayoría de los bebés, la conducta de apego se desarrolla durante el primer año de vida en relación con una figura preferida. Durante ese año se da un período sensible que facilita el desarrollo de la conducta de apego. La fase sensible se inicia posterior a las seis semanas de vida.
6. Después de los seis meses y, en particular, después de los ocho o nueve, el bebé presenta una clara preferencia por la figura de apego y ante la aparición de figuras extrañas manifiesta reacciones de temor. A finales del primer año se vuelve cada vez más difícil el desarrollo de un vínculo de apego con una figura nueva.
7. Una vez instaurado el apego, el infante prefiere a una figura en particular, y esa preferencia tiende a persistir a pesar de la separación. La separación provoca reacciones de protesta y ansiedad mientras que el reencuentro produce alegría y tranquilidad.

Dentro de la propuesta psicoanalítica referente a las relaciones tempranas del sujeto se encuentran: la teoría de relación de objeto o relación objetal y la teoría de apego propuesta por John Bowlby, que serán utilizadas para el propósito académico planteado.

1.2. Importancia del vínculo en la estructuración temprana del sujeto

El bebé humano al nacer desprovisto de lo necesario para sobrevivir por sí mismo, depende de los cuidados de un otro primordial, usualmente la madre, con el que forma una unidad indisoluble. Ésta relación con el otro primordial aporta características psíquicas al infante que permiten su estructuración como sujeto, debido a esto se habla de la importancia de un referente estable, puesto que el amor y cuidado de los padres hacia el infante no es un mero instinto, es algo necesario para el bebé de forma absoluta (Winnicott, 1998).

Para Bowlby (2006) es debido a la demanda de satisfacción de las necesidades biológicas que se asegura su supervivencia, y es, por añadidura, que se produce un lazo afectivo con la figura de apego, que es la que promueve el desarrollo psíquico y gracias a este, el pequeño ser puede constituirse como individuo. Las necesidades biológicas que piden ser atendidas en el infante son la alimentación y la protección de todo aquello que resulte amenazante para la supervivencia del bebé, mientras que las necesidades afectivas y psicológicas demandan la presencia y disponibilidad de la madre. La maduración tanto biológica como psíquica y emocional del infante depende de la satisfacción de las necesidades básicas, por lo tanto de la respuesta del adulto ante ellas.

La lactancia es un período de gran importancia en la vida del bebé humano, a través de ésta la madre no solo lo alimenta con la leche materna sino que también lo alimenta de afecto, lo inviste libidinalmente, lo provee de lo necesario para el reconocimiento de sí mismo como unidad y para explorar su mundo a través de su cuerpo, de igual manera descubrirá la permanencia y ausencia del objeto ya que es a través del no-yo que el bebé se reconoce como yo (Winnicott, 1998).

La respuesta eficaz a la necesidad de protección, por parte de una figura de apego estable, es indispensable para la seguridad, dado que provee la confianza necesaria para que el infante se atreva a explorar su entorno que todavía le resulta desconocido. Esto implica una capacidad de adaptación que le facilitará la permanencia en lugares desconocidos y relacionarse con otras personas además de sus cuidadores (Bowlby, 1998).

También da paso al contacto físico tan necesario para el bebé pues “existen necesidades muy sutiles que solo pueden ser satisfechas por medio del contacto humano.” (Winnicott, 1998, pág. 114). Si por el contrario la necesidad de seguridad y protección no recibe una respuesta adecuada y las figuras de apego son inestables en el infante, el tipo de apego será ansioso e inseguro (Bowlby, 1998). Ésta necesidad primaria de un lazo afectivo va más allá de la demanda de placer del yo, dado que en el recién nacido ésta relación primaria es vital.

El pecho materno juega un papel importante al ser el instrumento que provee satisfacción al cubrir las necesidades más básicas del infante, alimentación y proximidad, por lo que el bebé se siente omnipotente ya que cada vez que tiene hambre su demanda obtiene respuesta, así mismo, en un segundo momento es por el pecho que el infante da cuenta que este no le pertenece y reconoce la existencia de otro (Winnicott, 1998). Este pasaje entre el estado omnipotente del infante al reconocimiento de otro, es abordado dentro del concepto del narcisismo.

1.2.1. Narcisismo

El narcisismo es un concepto relacional y estructurante del yo, que media entre las relaciones internas y externas del sujeto, abarcando el desarrollo de la libido. Freud habla del narcisismo como una forma de investidura pulsional necesaria para la subjetividad, debido a que en el infante “representa una fase evolutiva en la constitución del sujeto, ya que la catexis depositada en él le permite constituirse como Yo, esto es posible por la relación del sujeto con el modelo que le ofrece otro desde afuera.” (Arcos & Antonieta, 1994, pág. 143). Este otro al cual se hace referencia es la madre con la que en un inicio el infante mantiene una relación simbiótica, que le proporciona de lo necesario para desarrollarse psíquicamente y devenir en un sujeto.

El proceso narcisista inicia en la infancia, al momento que la libido que la madre ha depositado en el infante facilita y da paso a que el niño se tome por su propio objeto de amor, esto significa que en este investimento pulsional la libido ésta dirigida hacia sí mismo siendo inherente para la constitución del yo, pues “el yo se encuentra originalmente al principio de la vida anímica revestido de pulsiones y es en parte capaz de satisfacer sus pulsiones en sí mismo” (Freud S. , 2012m [1921], pág. 265), este estado se caracteriza por la

omnipotencia del infante al no diferenciar su ser de los objetos externos. A este proceso inicial se lo denomina narcisismo primario. Aquí predomina el autoerotismo, tan importante para el desarrollo del bebé que lo lleva a descubrir y apropiarse de su cuerpo permitiéndole conocer el mundo a través de sus zonas erógenas. En el narcisismo primario, la díada bebé-madre se encuentra indiferenciada para el bebé, mientras que para la madre este ser en formación es una prolongación suya. “Ella es el bebé y el bebé es ella” (Winnicott, 1998, pág. 23).

En ésta etapa el bebé se ama y conoce el mundo a través de su cuerpo que es investido libidinalmente por la madre, a razón de ésta investidura libidinal se presenta el amor por apuntalamiento hacia ella, “las primeras investiduras de objeto se producen por apuntalamiento en la satisfacción de las grandes y simples necesidades vitales” (Freud S. , 2012c [1933], pág. 110).

Freud considera que el narcisismo es un estadio evolutivo que se encuentra entre el autoerotismo del infante y la elección de objeto, en el que interviene la libido yoica y la libido objetal. Solo cuando se da la investidura de objeto es posible apreciar la diferencia entre ellas, pues toda relación implica realizar un pasaje de la libido yoica a la libido objetal, siendo esto objeto de estudio de la teoría de las relaciones objetales.

En el narcisismo secundario interviene la elección de objeto, lo que implica que el Yo se encuentra más delimitado, el infante ya logra diferenciar su ser de los objetos externos. Aquí se deja de lado la relación dual madre-hijo debido a la función paterna, la misma que establece la prohibición del incesto.

El amor hacia la madre no puede proseguir el ulterior desarrollo consciente, y sucumbe a la represión. El muchacho reprimer su amor por la madre poniéndose él mismo en el lugar de ella, identificándose con la madre y tomando a su persona propia como el modelo a semejanza del cual escoge nuevos objetos de amor (Freud S. , 2012q [1910], pág. 93).

Debido a la función que cumplen los progenitores o sustitutos en el cuidado del infante, a la madre se la ubica en el rol de figura nutricia, mientras que al padre se lo concibe como figura protectora (Freud S. , 2012g [1914]). Éstas representaciones le proporcionan al sujeto referentes para relacionarse con otras personas pero siempre evocarán a éstas figuras

primarias. A partir de esto Freud (1914) propone dos vías para la elección de objeto, la primera de *tipo narcisista* que comprende cuatro variantes que son a) a lo que uno mismo es (a sí mismo), b) a lo que uno mismo fue, c) a lo que uno querría ser, d) a la persona que fue una parte del sí mismo propio y la segunda de *tipo anaclítico* que comprende dos variantes a) a la mujer nutricia y b) al hombre protector (Freud S. , 2012g [1914]).

El narcisismo está ligado a la energía libidinal que el Yo posee para sí mismo, por lo que el narcisismo puede representar un obstáculo en las relaciones objetales, debido a que la investidura de amor a un objeto puede ser sentida como un agravio al Yo, ya que este se ve reducido debido a que,

La dependencia respecto del objeto amado tiene el afecto de rebajarlo; el que está enamorado está humillado. El que ama ha sacrificado por así decir, un fragmento de su narcisismo y solo puede restituirselo a trueque de ser-amado. En todos estos vínculos el sentimiento de sí parece guardar relación con el componente narcisista de la vida amorosa (Chemama & Vandermersch, 2004, pág. 438).

El amar es otra función del yo en la que este se ve restado de sí mismo, pero al ser-amado este se eleva. Apartir del concepto de narcisismo y su importancia para la elección de objeto se habla de la distinción entre libido yoica y libido objetal y el pasaje que se produce de una a la otra al relacionarse con un otro.

1.2.1.1. Identificación y lazos afectivos

Ya que se ha abordado el amor, no podemos sino hablar de la identificación, a la que Freud define como “la más temprana manifestación de una ligazón afectiva con otra persona” (Freud S. , 2012m [1921], pág. 99). La identificación es un mecanismo fundamental mediante el cual se produce modificaciones en el yo debido a que se han asimilado rasgos y atributos de otro al que se ha tomado por modelo. Este mecanismo interviene en la estructuración de todo individuo y está determinado según como haga propios estos atributos provenientes de ese o esos otros a los que se ha tomado como modelo para constituirse. La ligazón por la vía de identificación es explicada como aquel deseo de ser aquel que el sujeto anhela y que ha tomado como referente.

Freud propone tres formas de identificación: la *identificación primaria*, como primer lazo con el otro, pues se trata de una identificación pre-edípica, marcada por una relación caníbal, que desde un principio es ambivalente, pues está ligada a la oralidad debido a que “se comporta como un retoño de la primera fase, *oral*, de la organización libidinal, en la que el objeto anhelado y apreciado se incorpora por devoración y así se aniquila como tal” (Freud S. , 2012m [1921], pág. 99). En ésta fase el yo todavía no se encuentra constituido. Winnicott respecto de la identificación primaria menciona que:

La madre tiene con el bebé un tipo de identificación muy compleja, por cuanto se siente muy identificada con él pero, indudablemente, sigue siendo adulta. El bebé, por otra parte, tiene una identidad con la madre en los tranquilos momentos de contacto que, más que logros del bebé, son logros de la relación que la madre hace posible. Desde el punto de vista del bebé no existe nada más que el bebé y, en consecuencia, al comienzo la madre es parte de él. En otras palabras, aquí se produce algo que la gente denomina identificación primaria. Esto es el comienzo de todo, y le da un sentido a palabras tan simples como ser (Winnicott, 1998, pág. 29).

La *identificación secundaria*, se establece con una persona a quien el sujeto ha tomado como referente, sin importar que hacia ésta se dirijan sentimientos de amor, odio, o rivalidad. La *identificación tercera* o por el síntoma se da cuando “la identificación prescinde por completo de la relación del objeto con la persona copiada” (Freud S. , 2012m [1921], pág. 111). Dicho de otro modo, en ésta identificación el sujeto descubre en sí mismo un rasgo común con otro individuo con el que no mantiene ninguna ligazón afectiva, pues en éste no interfiere la elección de objeto.

1.2.2. Díada madre- infante

El rol que cumple la madre, o su sustituto, es fundamental en los primeros años de vida porque garantiza la supervivencia, el desarrollo psíquico e introduce al infante en el mundo, y por ende en el establecimiento vincular. En el recién nacido la díada entre madre-hijo,

Existe y abarca la realidad de una etapa en la que no puede separarse al lactante de su madre sin riesgo de una ruptura existencial. Se trata de una estado de fusión entre el

organismo del niño y el organismo de su madre, estado cuya ruptura o simple suspensión permanente provoca afectos que, no siendo impresionantes a corto plazo, pueden a la larga resultar imborrables (Dolto, 1989, pág. 13).

Si bien en ésta primera etapa del desarrollo del bebé se da mayor relevancia a la presencia de la madre, el padre no queda excluido de ésta relación, pues la díada madre-hijo en realidad es una tríada madre-bebé-padre (Dolto, 1989). Ésta tríada vincular se establece debido a los cuidados y afecto depositado en el infante, en tanto la madre es el recurso afectivo del bebé y el padre lo es de la madre. Es a través de la madre que el padre es introducido al mundo del infante.

El bebé al darse cuenta que la figura materna es un objeto fuera de sí mismo, va a adquirir cierta autonomía, sin embargo, aun buscará estar próximo a la madre, Winnicott (1956), propone tres etapas que se dan en torno a la díada madre-hijo según el grado en el que el infante necesita la presencia y cuidados de su madre.

La primera etapa, que se presenta en el recién nacido hasta los seis meses, se la denomina como *período de dependencia absoluta*, en la que el infante se encuentra en un estado de fusión con la madre. En las primeras semanas la interacción es tan intensa que cualquier alteración o cambio que se produzca en cualquiera de las dos partes afecta directamente al otro. La interacción responde a las manifestaciones de llanto y calma, a la regulación alimentaria, a los períodos de sueño y vigilia en los cuales el bebé emite señales, que gracias a la empatía de sus cuidadores son interpretadas y atendidas, es a partir del cuarto mes que emite señales con el propósito de llamar a la madre. Entre los dos meses y medio y los cinco meses y medio la interacción madre-bebé incluye elementos como el reconocimiento facial, la voz, el tacto y movimiento, que favorecen a la maduración de conductas afectivas y relacionales como la mirada, la sonrisa y la vocalización como respuestas pues el bebé depende de la respuesta relacional que encuentre. El vínculo afectivo que se genera, entre la madre y el bebé, durante ésta etapa es el más importante y representativo de la infancia debido a que es aquí donde se genera un modelo relacional que acompañará al individuo a lo largo de su vida (Winnicott, 1956).

La segunda etapa se denomina *período de dependencia relativa*, se presenta desde los seis meses a veinticuatro meses de edad. Gracias al desarrollo cognitivo y motriz el

bebé ya empieza a explorar su entorno más allá de la madre, de igual manera logra expresarse para satisfacer sus necesidades. En ésta etapa es necesario que la madre no responda de inmediato a las necesidades del infante, esto le facilitará tolerar progresivamente la frustración y propiciará el patrón “pedir para recibir”.

La tercera etapa llamada *Hacia la independencia* se da aproximadamente a partir de los dos años en adelante, ésta etapa tiene como finalidad desarrollar su autonomía e individuación para devenir en un sujeto independiente de la madre. Debido a la interpretación empática de las necesidades del infante y de una respuesta adecuada en las etapas anteriores se produce una diferenciación somatopsíquica gracias a la comprensión de sensaciones corporales y de estados emocionales.

Winnicott en el texto *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (1956) propone que al relacionarse con un objeto ocurre un fenómeno psíquico complejo ya que el crear vínculos no es simplemente un proceso madurativo, pues la maduración depende de la calidad del ambiente facilitador, que es el que le permite al niño crecer y organizar su psiquismo pues hace referencia a sus cuidadores y si éstos le han brindado las herramientas necesarias para su desarrollo.

El ambiente facilitador es indispensable en las etapas formativas y consitutivas del infante como sujeto, por lo que es necesario que éste no este dominado por la privación o la deprivación de la satisfacción de sus necesidades biológicas primitivas y afectivas. El ambiente facilitador proporciona al infante, en una etapa temprana de su desarrollo, la idea de omnipotencia en relación a los objetos.

El ambiente facilitador implica varios factores, como el cuidado y respuesta adecuada ante las necesidades biológicas y psíquicas del infante. Gracias a este cuidado en el sujeto se establece un modelo de regulación de emociones, heredado por los padres, principalmente de la madre quien es la encargada de trazar el camino psíquico por el cual el infante de desarrollará, “cuando observamos a un bebé, también observamos el medio que lo rodea y, detrás de éste, a la madre.” (Winnicott, 1998, pág. 55).

Es importante mencionar que para la constitución como sujeto, así como resulta necesaria la presencia y respuesta de la madre ante las demandas del infante, es necesario que la madre ocasionalmente falle debido a que esto dará paso a que el infante perciba un mundo más allá de él, además es importante para que el pequeño aprenda a regular y controlar la frustración. Dentro del desarrollo emocional primitivo del infante son necesarias tres tareas: integración del yo, establecimiento de la psique en el cuerpo, y la formación de relaciones objetales; “Con ellas se corresponden, aproximadamente, las tres funciones de la madre: sostén, manejo y presentación de objetos.” (Winnicott, 1998, pág. 59). La madre al cumplir con éstas funciones ocupa el papel de facilitadora en el desarrollo psíquico y emocional de ese pequeño ser en formación. Las tres funciones se describirán a continuación:

- **Holding o sostenimiento**

En la propuesta conceptual de *Holding o sostenimiento*, Winnicott en un inicio hace referencia a un sostén físico que involucra el tacto, la mirada y la voz, sin embargo este también hace referencia a un sostén psíquico necesario debido a la libido que deposita la madre en el niño a través de las caricias, además la madre es quien en un inicio desempeña un papel de yo auxiliar. “Un sostén y un manejo adecuado facilitan los procesos madurativos, y un sostén inadecuado significa la repetida interrupción de estos procesos debido a la reacción del bebé ante los fracasos de adaptación” (Winnicott, 1998, pág. 87). Este sostén determinará un desarrollo emocional adecuado y la sensación de confianza y seguridad que le permitirá adaptarse al medio o no, por lo que se puede conjeturar que el cuidado materno adecuado constituye la base de los recursos yoicos mientras que el fracaso de adaptación significa un debilitamiento del yo.

- **Handling o manejo**

El concepto de *manejo, manipulación o handling* se refiere al contacto que mantiene la madre con el bebé a través de las caricias, cuidados y cercanía física necesaria para el infante, pues esto contribuye a la experiencia de la coordinación y funcionamiento del cuerpo.

- **Presentación objetal**

Otra de las funciones que cumple la madre es la *presentación objetal* que corresponde a las relaciones objetales o de objeto, pues las relaciones objetales del bebé dependen del desempeño de la madre en ésta función ya que de acuerdo al interés que tenga la madre en acercarse al infante a otros objetos más allá de ella, el infante mostrará interés en el mundo. La presentación objetal facilitará la capacidad de adaptación del bebé además de acercarlo a otros con quien relacionarse, principalmente al padre.

1.2.3. Apego

El apego es definido por la Real Academia de la Lengua como “afición o inclinación hacia alguien o algo” (RAE, 2001, pág. 120), concepto que comparte Bowlby en su teorización, este enganche instintivo que se da con un objeto/sujeto que ha sido electo, preferido. El infante para la elección de objeto se basa en las experiencias previas, resultado de la relación objetal. El infante toma por figura de afecto a la figura que se ha encargado de garantizar su supervivencia en el período de mayor vulnerabilidad, proporcionándole un sentido de seguridad, por lo que se concluye que las relaciones tempranas son el resultado del apego y el intercambio entre el infante y sus cuidadores (Bowlby, 1998).

Todas las experiencias tempranas son internalizadas por el infante, lo que le permite discriminar los objetos amenazantes de los objetos agradables, así mismo discrimina a la figura de afecto en relación a otras. Esta discriminación que parte de la subjetividad del individuo categoriza los objetos «buenos» y los objetos «malos», y estará determinando la relación que el individuo mantenga con el mundo.

(...) teoría del apego es un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas y explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad, incluyendo aquí, la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional, que ocasionan la separación involuntaria y la pérdida de seres queridos. Como cuerpo de teoría se ocupa de los mismos fenómenos que hasta ahora habían sido tratados como “necesidad de dependencia” o de “relaciones objetales” o de “simbiosis e individuación” (...) (Bowlby, 2006, pág. 154).

1.2.3.1. Tipos de Apego

Mary Ainsworth, quien sigue la propuesta teórica de Bowlby y además es su colaboradora, en 1978 propone una clasificación de estilos de apego basada en los resultados de un estudio de las reacciones de los niños frente a la madre y a un extraño, el objetivo del estudio realizado es evaluar y observar la conducta de apego en los niños y la necesidad de una figura que les brinde seguridad frente a una situación extraña, ya sea ésta la capacidad de exploración del espacio nuevo, la presencia de extraños o la separación de la madre (Bowlby, 1998, pág. 60).

Para la realización de este estudio, Ainsworth utiliza una muestra de cincuenta y seis niños norteamericanos, a quienes ha sometido a ocho episodios que tienen una duración aproximadamente de tres minutos cada uno. Los ocho episodios consisten en un proceso paulatino en el que el infante experimenta la ausencia de la madre, la presencia de un extraño y el permanecer solo en la habitación, con la intención de medir la frecuencia y la intensidad de las conductas que se presentan en cada episodio. El estudio se lleva a cabo en una sala que contiene: juguetes a disposición del niño y dos sillas que están destinadas a la madre y a una persona extraña para el infante.

Entre los resultados más destacados del estudio, Ainsworth determinó que el mayor número de niños coincidieron en la respuesta dada en los episodios de separación con la madre: los niños manifestaban mayor ansiedad en ausencia de la madre. La conducta exploratoria del niño también manifestó cambios entre la presencia y ausencia de la madre, pues cuando ésta está presente el infante mira el entorno ocasionalmente y presenta mayor actividad de exploración, a diferencia de cuando en la habitación estaba presente la persona extraña o la madre estaba ausente. A partir de este estudio, Ainsworth (1978) propone tres tipos de apego:

1. Apego Seguro, En el apego seguro se sabe que la madre ha respondido a tiempo las necesidades fisiológicas del infante por lo que el niño percibe a su figura de apego como una fuente de seguridad y protección, las personas que poseen un modelo de apego seguro tienden a ser estables y con relaciones satisfactorias, más amables y sociables. El infante con apego seguro tiene mayor facilidad y confianza para explorar su entorno.

2. Apego Ansioso- evitativo, consiste en que el infante no se siente seguro con sus cuidadores y tiene miedo a ser rechazado. El infante con apego ansioso-evitativo no busca respuestas relacionales en sus cuidadores.
3. Apego Ansioso-resistente, también llamado ambivalente, en este estilo de apego ansioso la persona que brinda los cuidados al bebé responde y se encuentra disponible para él solo en ocasiones, por lo que el infante con frecuencia se enfrenta con la angustia de separación y por ende se puede manifestar cierto temor al explorar el mundo, debido a la inconsistencia en la disponibilidad de sus cuidadores el niño no los considera como una fuente de seguridad, responden a la separación con manifestaciones de enojo, resistencia y una intensa angustia. El infante con apego ansioso-resistente en el reencuentro con sus cuidadores se aferra a ellos por el miedo a ser abandonado.

1.2.4. Vínculo afectivo

El término vínculo se deriva del latín “vinculum”, que significa “unión o atadura de una persona o cosa con otra” (RAE, 2001, pág. 1564), por lo tanto el vínculo afectivo es el lazo que se da entre dos personas, y se desarrolla en el ámbito de la confianza y la ternura. El vínculo está marcado por el tipo de apego instaurado en los miembros de la relación.

Pichon-Rivière (2006) define el vínculo como un tipo particular de relación de objeto que está constituido por una estructura dinámica que funciona de determinada manera. El psicoanálisis pone énfasis en el estudio de la parte interna del vínculo ya que ésta refiere a “la forma particular que tiene el yo de relacionarse con la imagen de un objeto colocado de uno. Ese vínculo interno está entonces condicionando aspectos externos y visibles del sujeto” (Pichon-Rivière, 2006, pág. 36), pues los vínculos entre los objetos internos, que son aquellos objetos introyectados a los que se ha categorizado como <buenos> o <malos> basandose en la experiencia del sujeto con su entorno, y el yo, determinan el vínculo externo.

El vínculo es un concepto operacional debido a que este se encontraría configurando una estructura de relación interpersonal en el que interviene un sujeto, un objeto, la relación que mantiene el sujeto frente al objeto y la relación de dicho objeto con el sujeto, relación en la que tanto sujeto como objeto se encuentran cumpliendo una función determinada (Pichon-

Rivière, 2006). Si bien cada individuo tiene un modelo predominante para relacionarse con su entorno, el tipo de vínculo que mantiene el sujeto a lo largo de su vida varía según el objeto.

Es importante resaltar lo que Freud menciona respecto de las ligazones afectivas y la ambivalencia pues señala que “ Desde el comienzo, la identificación es ambivalente, puede darse vuelta hacia la expresión de ternura o hacia el deseo de eliminación” (Freud S. , 2012m [1921], pág. 110). La ambivalencia es considerada el conflicto de la humanidad debido a “esa inconveniente tendencia que todos tenemos a encolerizarnos, y odiar, en ocasiones, a la persona que más queremos” (Bowlby, 2006, pág. 18).

La ambivalencia ocupa un lugar importante en la vida psíquica, pues en el desarrollo del infante el sentido del progreso hacia la regulación de dicha ambivalencia es de esencial importancia para el desarrollo de su personalidad, puesto que el miedo y la culpa son procedentes de dicho conflicto. La incapacidad para enfrentarse con el miedo y la culpa fundamenta muchos trastornos.

La incapacidad de controlar o regular la ambivalencia produce ansiedad aguda respecto a la seguridad de las personas que ama y temerá el castigo que cree que recibirá (Bowlby, 2006), esto se relaciona con la propuesta de Winnicott (1998) que da cuenta de la importancia de la ambivalencia en la constitución como sujeto pues la respuesta de amor que proviene de la madre ante las conductas agresivas, dadas por la ambivalencia, por parte del infante hacia ella como morder el seno materno, patearla, son necesarias para que el bebé adquiera un modelo que le permita regular sus emociones, de la misma manera ésta respuesta de amor facilita el desarrollo de la confianza y sensación de seguridad en el bebé ,en relación a la madre y al medio, ya que no ha sido castigado a pesar de sus intenciones de destruir a la madre,

En otras palabras, su tarea es la de sobrevivir cuando el bebé la muerde, la araña, le tira del pelo y la patea. El bebé hará el resto. Si ella sobrevive, el bebé hallará un nuevo significado para la palabra amor, y en su vida aparece algo nuevo, que es la fantasía. Es como si ahora el bebé pudiese decirle a su madre: “te quiero porque has sobrevivido a mis intentos de destruirte. En mis sueños y en mi *fantasía*, te destruyo cada vez que pienso en ti, porque te quiero.” Esto es lo que objetiviza a la madre, la sitúa en un mundo que no es parte del bebé y

la torna útil (...) Lo importante aquí es reconocer que la base para el desarrollo saludable del individuo humano es la supervivencia del objeto que ha sido atacado... Muy pronto otras personas, entre ellas el padre, y también animales y juguetes cumplirán el mismo papel (Winnicott, 1998, págs. 51, 52).

Las experiencias obtenidas como resultado de las relaciones tempranas actúan de forma estructurante y determinan el modo en el que el sujeto se relacionará con su entorno a lo largo de su vida a partir de su subjetividad.

1.3. El vínculo dependiente

La dependencia es definida, como una subordinación a un poder mayor, así mismo encontramos que el término depender es “producirse o ser causado o condicionado por alguien o algo.” (RAE, 2001, pág. 506), aplicando estos conceptos al campo de las relaciones interpersonales, se entiende que en la dependencia se está despojado de sí mismo, al no poseer autonomía, por lo que se ha depositado en otro la responsabilidad de garantizar su bienestar, este otro es necesario incluso para poder ser. La dependencia es necesaria en los primeros momentos de la vida, como se aprecia en los postulados anteriores, sin embargo se espera que en el proceso de constitución psíquica se dé un desprendimiento indispensable, del otro, para devenir en un individuo autónomo.

Según Bowlby (2006), la personalidad del sujeto depende de la seguridad y estabilidad en los primeros vínculos de la infancia. Si el infante crece con un vínculo seguro, el sujeto depositará mucha más energía en observar e interactuar con su entorno, de lo contrario el sujeto sería bastante temeroso e inseguro por lo que puede desarrollar una personalidad dependiente; Winnicott (1997), propone un argumento similar en el que menciona que “Teniendo una buena base, el individuo será capaz, con el tiempo, de relacionarse creativamente con el mundo, de disfrutar y utilizar lo que éste tiene para ofrecerle.” (Winnicott, 1997, pág. 43).

A partir de los tipos de apego, se puede decir que la dependencia puede aparecer en la presencia de un estilo de apego ansioso, lo que producirá el establecimiento de un vínculo, que es lazo afectivo que se da entre dos personas, que estará marcado, por la

dependencia. El vínculo dependiente connota una patología vincular, considerando que la patología es aquello que interfiere en el desarrollo adecuado de la persona y afecta a su desenvolvimiento en el medio y con el medio.

Para abordar la patología del vínculo, específicamente el vínculo dependiente, es necesario preguntarse ¿Qué es entonces un vínculo considerado “normal”? Pichon-Rivière (2006) en el texto *Teoría del Vínculo* propone partir del análisis del objeto diferenciado y el objeto no diferenciado, conceptos correspondientes a las relaciones objetales que hacen referencia a la delimitación y distinción de lo que corresponde al yo del no-yo, en otras palabras, hacen referencia al sujeto como ser autónomo o en su defecto que se encuentra en estado de simbiosis con otro, siendo éstos las relaciones de independencia y de dependencia. Se considera que la relación de tipo independiente da cuenta de que se ha establecido un vínculo sano, debido a que “se dice que un objeto en una relación adulta normal es un objeto diferenciado, es que decir, tanto el sujeto como el objeto tienen una libre elección de objeto” (Pichon-Rivière, 2006, pág. 32), lo que sugiere que las relaciones de tipo dependiente son patológicas ya que no existe una diferenciación marcada entre sujeto y objeto y da cuenta de la falta de autonomía de la persona.

Cuando la situación es de una máxima indiferenciación se la considera una relación parasitaria, la cual posteriormente se transformará en simbiótica. Este tipo de relación patológica se puede ver reflejada en el siguiente ejemplo:

Cuando el niño depende totalmente de su objeto madre deposita partes internas en ella, y cuando la madre hace otro tanto, es decir, deposita en el niño partes internas de ella, se produce entre ambos un entrecruzamiento de deposiciones, creándoseles a cada uno de ellos dificultades para reconocer lo que es suyo, propio. La situación externa sería de la primera relación del niño con el pecho de la madre, estableciéndose inicialmente una situación parasitaria, que luego se vuelve simbiótica en el sentido de que hay intercambio de situaciones emocionales y de afecto. Si esta situación de simbiosis va disminuyendo, se llega a un momento en que el objeto y sujeto tienen un límite preciso, no están ya confundidos entre sí, sino diferenciados (Pichon-Rivière, 2006, pág. 32).

Es preciso mencionar la diferencia entre el apego y el concepto de dependencia, pues la dependencia no tiene ninguna función biológica, es considerada una patología psíquica,

mientras que el apego es necesario para la supervivencia del bebé humano y para su estructuración psíquica puesto que responde a “la necesidad vital para cada bebé de que alguien facilite las primeras etapas de los procesos de crecimiento psicológico o psicosomático, o mejor dicho el crecimiento de la más inmadura y absolutamente dependiente personalidad humana.” (Winnicott, 1998, pág. 27), así mismo el apego es necesario para el desarrollo afectivo ya que posteriormente se da la formación del vínculo.

Se habla de la dependencia como patología del vínculo cuando este modelo de relación se da en la adultez (Winnicott, 1999), pues se espera que al llegar a ésta etapa del desarrollo el individuo sea un sujeto autónomo.

“Podemos decir que la historia del crecimiento del niño es la historia de una dependencia absoluta, que va disminuyendo gradualmente y avanza a tientas hacia la independencia.” (Winnicott, 1998, pág. 111), para llegar a este estado de independencia es necesario el destete tanto a nivel físico en el infante como a nivel psíquico, que en la etapa adolescente debería estar completado y así permitiéndole al sujeto que sea un ser autónomo. Por tanto, es considerado normal la demanda del bebé por la presencia y cuidado de su madre ya que se encuentra en la etapa de estructuración, pues “el bebé es una unidad, aunque, por supuesto, una unidad altamente dependiente. Decimos que el apoyo del yo de la madre facilita la organización del yo del bebé. A la larga, el bebé se vuelve capaz de afirmar su propia individualidad y hasta de experimentar un sentido de identidad” (Winnicott, 1998, pág. 29), lo que hace relevante recalcar que el concepto de dependencia como patología se manifiesta en la adultez y no en los primeros años de vida.

Freud (1914) en su texto *Introducción al narcisismo* propone que el sujeto puede tener dos tipos de relación, una de ellas son las relaciones anaclíticas, en las que el sujeto necesita de otro que lo sostega, lo que da cuenta de la fragilización del Yo, ya que ha depositado su energía libidinal en un objeto/sujeto externo y este se encuentra encarecido por lo que necesita de la presencia de ese otro para que cumpla la función del Yo; en estos casos, se podría hablar de un vínculo dependiente. Respecto a los sujetos considerados “depedientes”, encontramos que:

Son individuos que están continuamente preocupados ante la posibilidad de perder el cariño de las personas que tienen a su lado. Sin su afecto creen que serían incapaces de afrontar la

vida, ante la cual se sienten inadecuados. Su identidad está construida en torno a la idea de ser débiles y necesitados (Sassaroli & Lorenzino, 2012, pág. 27).

En el vínculo patológico existe una ganancia inconsciente de la sumisión y dependencia ya que de esta forma consigue la atención, aunque de forma negativa, que demanda constantemente de su entorno.

Bowlby (2006), encuentra que los sujetos ansiosos e inseguros a los que con frecuencia se les denominan como dependientes han estado expuestos al menos a uno de los patrones típicos de acción patógena parental, pues debemos recordar que los padres se vinculan con sus hijos de forma similar a como lo hicieron con sus propios padres y en ésta relación puede manifestarse una patología, entre ellas podemos diferenciar los siguientes:

- a. uno de los padres, o bien ambos, descuidan o rechazan de forma activa a su hijo pues no responden a la demanda del hijo destinada a provocar que le impartan cuidados;
- b. discontinuidades e interrupción en la asistencia parental, con más o menos frecuencia, incluyendo períodos transcurridos en un hospital u otra institución;
- c. amenazas persistentes por padres que no aman al hijo y utilizadas como medio para controlarle;
- d. amenazas por parte de los padres de abandono de la familia, utilizadas bien como método para someter al hijo a disciplina, o como un modo de coaccionar a un cónyuge;
- e. amenazas por parte de uno de los padres de abandonar o incluso matar al otro o incluso de cometer suicidio;
- f. inducir al niño a sentirse culpable diciendo que su comportamiento es o será responsable de la enfermedad o de la muerte de la madre o padre (Bowlby, 2006).

En todos estos ejemplos de accionar patógeno por parte de los padres hacia sus hijos desatan un estado de ansiedad provocado por la falta de confianza tanto en sí mismo como en el medio ya que la necesidad o la demanda de protección no fue respondida de forma adecuada por parte de sus cuidadores, “Cualquiera de estas experiencias puede conducir al niño, al adolescente o incluso al adulto a vivir en constante ansiedad” (Bowlby, 2006, pág. 165).

El vínculo dependiente se da cuando el infante en su etapa de mayor inmadurez psíquica no obtuvo una respuesta adecuada ante la demanda y necesidad de la presencia de los padres, ni un cuidado pertinente que le proporcione un referente estable ni un ambiente facilitador, al no obtener satisfacción en su necesidad de protección percibirá el mundo como un medio amenazante, por lo que generara una relación patológica con una persona a la cual percibe como refugio.

1.4. Manifestaciones del vínculo dependiente

No existe un hecho o una conducta específica que determine la presencia del vínculo dependiente, sin embargo, existen ciertas pautas que dan cuenta de ello por lo que es necesaria la observación de las relaciones que mantiene el sujeto con su entorno, además de poner atención al discurso del sujeto. Por lo que me atrevo a conjeturar que una de las características más importantes que se presenta en el vínculo dependiente es la necesidad que siente el sujeto por la presencia de otro que lo sostenga, ya que sin ese otro la persona se considera incapaz de desenvolverse en el medio, por lo tanto este otro viene a cumplir el papel de yo auxiliar. El paciente demanda continuamente manifestaciones de afecto y aprobación (Sassaroli & Lorenzino, 2012).

En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas con la salud (CIE-10) no se encuentra ninguna clasificación o nomenclatura de las patologías del vínculo, sin embargo dentro de los trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos se encuentra el trastorno de la personalidad dependiente, del que se dice:

Transtorno de la personalidad que se caracteriza por una dependencia pasiva prevalente de otras personas para tomar decisiones en la vida, tanto las importantes como las menores. Hay gran temor al abandono, sentimientos de desamparo y de incompetencia, complacencia pasiva con los deseos de los mayores y los demás, y una débil respuesta a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vitalidad puede hacerse evidente en las esferas intelectual o emocional. A menudo hay tendencia a transferir la responsabilidad a los demás (CIE-10, 1995, pág. F60.7).

Si bien lo que se ha mencionado con anterioridad tiene relación con el diagnóstico propuesto por el manual médico mencionado, este postulado no toma en consideración que en la dependencia la persona no se encuentra en capacidad para sostenerse psíquicamente a sí misma pues el yo se encuentra debilitado, además es un postulado limitado que deja de lado otras pautas y conductas que se manifiestan en la dependencia.

Con frecuencia a las personas dependientes se las considera ineficaces e incompetentes debido a que no pueden realizar ciertas actividades sin la presencia de un otro auxiliar que les proporcione una sensación de seguridad, para sentirse una persona capaz y valorada les es necesario el reconocimiento de los demás pues buscan en el otro la validez que no tienen. Tienden a fusionarse con un otro por lo que ante una separación o tan solo la idea de ésta provoca en el sujeto una sensación de vacío; así mismo tienden a sufrir en las separaciones y viven las rupturas de forma dramática; temen al abandono y se encuentran en constante alerta de una posible separación, en ocasiones a modo de defensa del dolor psíquico por separación, evitan el compromiso.

Por otro lado encontramos a las personas que se apoyan constantemente en una relación para sentirse seguras. La persona dependiente se presenta como un individuo sumiso ante el objeto que le ha otorgado una investidura libidinal; se muestra aterrorizada ante la soledad y aislamiento, se concibe así mismo como un individuo necesitado de afecto.

Partiendo de la importancia de la palabra y los enunciados, dicho vínculo da cuenta de la necesidad que siente la persona por que la necesiten y tener significancia para otro, para aquel objeto investido libidinalmente, ya que el enunciado le otorga cierto valor y sin éste la persona dependiente considera que se le da la muerte, ésta amenaza de pérdida o abandono despierta una sensación de angustia y ansiedad provocando tristeza ya que sin

ningún otro que le haga semblante este se siente incapacitado y que carece de sentido, lo que hace incuestionable el miedo al abandono del objeto investido libidinalmente que se presenta en el vínculo dependiente puesto que puede desatar un temor aniquilador debido a la falta de suministros narcisistas, por lo tanto, de recursos yoicos (Serrano, 2002).

Las personas con tendencia a la dependencia pueden desarrollar otras patologías pues en la dependencia el yo se encuentra frágil, lo que da paso a la manifestación de otros conflictos psíquicos. Bowlby (2006) menciona que personas que se muestran con un comportamiento “ansioso, e inseguro y, a menudo, se les define como excesivamente dependientes o inmaduros. Sometidos a stress tienden a desarrollar síntomas neuróticos, depresivos o fobias.” (Bowlby, 2006, pág. 165).

CAPÍTULO II: EL SÍNTOMA FÓBICO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

2.1. Definición conceptual

El término *fobia* en su acepción etimológica proviene del griego *Fobos*, nombre del hijo de Ares y Afrodita en la mitología griega, quien personifica el miedo, horror y pánico. Fobos siempre se encuentra acompañado de su hermano Deimos, quien personifica dolor y pánico, juntos acompañan a su padre, dios de la guerra, al campo de batallas donde los mortales los invocan utilizando representaciones de ellos en sus escudos con la intención de aterrorizar a sus adversarios. Fobos también alude a la confusión y a la destrucción (March, 2002). De igual manera se ha de tomar en consideración que al ser hijo de Ares y Afrodita en él tanto el miedo como el amor se encuentran presentes, siendo estos dos conceptos abstractos y a su vez irracionales, de modo que a través de este mito podemos darle un símil a la fobia, pues en ella habita el temor paralizante e irracional, proveniente del dios de la guerra, ante un objeto externo atemorizante, no obstante, el objeto fóbico es también un objeto de admiración donde se hace presente la sutileza de Afrodita. “*Fobos* es el miedo mórbido, el pavor, *timor* en latín. El fóbico es el “tímido” en el sentido más literal y más radical, el que teme...algo o todo (...)” (Assoun, 2002, pág. 7).

Se define a la fobia como miedo mórbido o miedo exagerado, por consiguiente se considera que la fobia es un miedo patológico pues ésta no beneficia en absoluto al sujeto, mientras que el miedo tiene una función biológica, como mecanismo de supervivencia es una “perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real” (RAE, 2001, pág. 1018).

Según el diccionario de psicoanálisis de Ronald Chemama y Bernard Vandermersch (2004), el síntoma fóbico es considerado un ataque de pánico ante un objeto, un animal, una disposición del espacio, que actúan como señales de angustia y viene acompañada de una reacción de huida y evitación frente a una angustia intolerable provocada por el objeto atemorizante.

Detrás de la fobia existe un trauma de carácter afectivo inconsciente que resulta irreconocible para el sujeto (Freud S. , 2012d [1909]). En la introducción del texto *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926) James Strachey describe a la situación traumática como "(...) una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen interno o externo, que aquel no puede tramitar." (Freud S. , 2012f [1926], pág. 77). Con frecuencia el origen de estos conflictos inconscientes se da durante la infancia debido a que en esta etapa el sujeto se constituye como tal.

En un inicio, en los textos *Las neuropsicosis de defensa* (1894) y *Obsesiones y Fobias* (1895) Freud consideraba que las fobias se encontraban a la par de las representaciones obsesivas, pues en sus observaciones da cuenta de que las dos son el resultado de una trasposición de afecto, sin embargo, posteriormente (1920) hace una distinción entre estos dos fenómenos psíquicos.

En el análisis del caso "Juanito", Freud (1909) se refiere a la fobia como neurosis de defensa, debido a que entra en consideración el papel que juega el yo en el resguardo psíquico del sujeto. En la fobia se produce un desplazamiento, hacia un objeto externo, del miedo a un evento "real" temido, en el caso de Juanito, la castración. La fobia del pequeño Juanito, responde al desplazamiento, del miedo a la castración, hacia otro objeto (los caballos), de tal manera que a través de este desplazamiento, se evita la situación traumática ligada al complejo de castración. Entonces, la angustia en la fobia actúa sobre el yo como señal (afecto) y no como consecuencia de la represión, a partir de esto se le otorga a la angustia un nuevo sentido cobrando esta mayor importancia al ser considerado como afecto y ya no como energía libidinal.

Si bien el miedo como mecanismo de supervivencia, alerta al individuo de un peligro real apelando a la protección, en la fobia el miedo cumple el mismo papel, con la diferencia de que el peligro, del que debe defenderse el sujeto, es de orden psíquico. En este sentido, el miedo irracional que se manifiesta en la fobia, es totalmente justificado para el sujeto, pues la angustia lo alerta de un peligro psíquico y al encontrarse en la imposibilidad de resguardarse de este, utiliza a la fobia como defensa, no obstante, es preciso señalar que la neurosis es un intento fallido de un modo de defensa ante un deseo inconciliable para el Yo, como es el caso del síntoma fóbico.

El sujeto mediante el síntoma fóbico tiene la intención de desechar y protegerse de una amenaza devoradora, toma a un objeto externo donde coloca la angustia originalmente interna, al colocar la angustia en un objeto externo la amenaza resulta más soportable y llevadera ya que ahora es posible huir y evitar al objeto que encarna a la angustia enmascarada, y es ahí donde reside la falla de defensa, pues el objeto externo evoca y trae a escena al conflicto inconsciente, intacto, que la anuda.

En la fobia acontece un desplazamiento en el que la angustia es dirigida y generada por una situación externa, pues, se concibe la angustia realista como una reacción frente a una situación amenazante externa la cual “va unida al reflejo de huida, y es lícito ver en ella una manifestación de pulsión de autoconservación” (Freud S. , 2012a [1917], pág. 90). Con este mecanismo el yo intenta protegerse de un peligro interior suplantado por uno exterior del cual se puede salvar mediante la huida.

2.1.1. Tipos de Fobia

Existen varios modelos de clasificación de las fobias desde distintas perspectivas, pues las diversas corrientes y escuelas psicológicas han mostrado gran interés en la indagación sobre conceptualización y categorización de este fenómeno psíquico. A continuación se presentarán algunas de ellas, resaltando las propuestas en el campo psicoanalítico.

Freud realiza una distinción entre las neurosis de defensa y las neurosis actuales, las neurosis de defensa están relacionadas con ideas, deseos, representaciones inaceptables a la conciencia las cuales son reprimidas y se da la transposición de afectos en los enlaces falsos que se forman a modo de defensa, en tanto las neurosis actuales la característica que predomina es la angustia por lo que al hablar de las fobias se presenta un problema, advierte que éstas ocurren en ambos tipos de neurosis, por lo que Freud propone cuatro tipos de fobias (Freud S. , 2012l [1985]) :

- Fobias primarias, se llaman así pues no constituyen una verdadera perturbación, estas fobias son los miedos heredados a nivel social,

- Fobias histéricas, son aquellas fobias que provienen de angustias infantiles, están relacionadas con recuerdos traumáticos reprimidos,
- Fobias obsesivas, son aquellas en las que se produce la transposición de afectos, y por último,
- Agorafobia y otras fobias contingentes, son aquellas que surgen de la crisis de angustia sin mecanismo psíquico definido.

Freud en el texto *Obsesiones y Fobias (1895)* a la fobia la distingue en dos grupos, clasificadas así por el objeto de miedo:

Fobias comunes: miedo exagerado a las cosas que todo el mundo aborrece o teme un poco, como la noche, la soledad, la muerte, las enfermedades, los peligros en general, las serpientes, etc. (Freud S. , 2012| [1985]) ; Y

Fobias ocasionales: miedo a condiciones especiales que no inspiran temor al hombre sano, por ejemplo la agorafobia y las otras fobias de la locomoción. Es interesante señalar que estas últimas fobias no son obsesivas como las verdaderas obsesiones y las fobias comunes. El estado emotivo no aparece aquí sino en esas condiciones especiales, que el enfermo evita cuidadosamente (Freud S. , 2012| [1985]).

Existen otras clasificaciones de las fobias que se han producido fuera del campo del psicoanálisis, la primera clasificación de las fobias se basó en exponer la serie de fobias nombrándoles con términos griegos asignados según el objeto o situación que encarna la patología (Assoun, 2002). Otra propuesta es la de Beck y cols. (1985) en la que constan tres tipos de fobias categorizadas así por un análisis estadístico, las relacionadas con el rechazo social, las de naturaleza agorafóbica y las relacionadas con la sangre y heridas. La propuesta de Fredrikson y cols. (1996) se basó en un análisis factorial en el que constan las fobias situacionales, fobia a los animales y fobias de mutilación; el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) organizó a los tipos de fobia en cuatro subtipos: animal, ambiental, a sangre- inyecciones- heridas y situacional (Stein y Cols., 2010).

2.1.2. Angustia

La angustia es el afecto característico que se manifiesta en la fobia “La fobia es la que pone en marcha la angustia, la que le encuentra una ocupación” (Assoun, 2002, pág. 19).

La angustia por definición es un “afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar” (Chemama & Vandermersch, 2004, pág. 36). La angustia se traduce a manifestaciones corporales que resultan bastante notorias, significativas y perturbadoras sin embargo para el sujeto no resulta sencillo reconocer un estado de angustia y tiende a confundirla con algún malestar que no tiene origen ni relación con la psique.

Las manifestaciones corporales debido a la angustia involucran temblores, sudoración, elevación del ritmo cardíaco, etc. Las manifestaciones que Freud considera “las de más frecuentes y nítidas son las que sobrevienen en los órganos de la respiración y en el corazón” (Freud S. , 2012f [1926], pág. 125) y debido a su repercusión física con frecuencia se las asocia con alguna enfermedad, por lo que el sujeto acude al médico en busca de una solución, atribuyéndole un origen orgánico, pues “los enfermos no saben decir qué es eso ante lo cual se angustian y, mediante una inequívoca elaboración secundaria, lo enlazan con las fobias que tienen más a mano, como morir, enloquecer, sufrir un síncope” (Freud S. , 2012a [1917], pág. 89).

La angustia también se presenta en el miedo, donde la perturbación angustiosa actúa como señal de alerta en el sujeto frente a una situación a la cual se concibe como peligrosa, debido a que el bienestar del sujeto se encuentra comprometido.

El miedo como función biológica de supervivencia, permite al individuo reaccionar con una acción de defensa o huida y una reacción afectiva de angustia señal frente a una situación ante la cual se siente indefenso. A esto se lo relaciona con la pulsión de autoconservación, que se encarga de empujar al sujeto a alimentarse, a defenderse, etc. Freud las denomina “pulsiones del Yo”, ya que su función es defender el bienestar del individuo (Chemama & Vandermersch, 2004). La angustia sólo puede ser registrada por el Yo, puesto que, como se plantea en la *conferencia 32° Angustia y vida pulsional* (1933) “el

yo es el único almácigo de la angustia, sólo él puede producirla y sentirla” (Freud S. , 2012b [1933], pág. 79).

Otto Rank (1924) propone que la angustia surge originalmente frente al trauma de nacimiento, y que posteriormente ésta se manifiesta en la presencia de una situación amenazante que remonta al momento traumático de abandonar el vientre materno. Freud (1926) plantea que la angustia tiene dos fuentes: una involuntaria o automática, que es inconsciente y aparece frente a una situación análoga a la del nacimiento y que pone en riesgo la vida del sujeto; otra, voluntaria y consciente que es producida por el Yo ante la amenaza de un peligro real, en esta la angustia tiene una función de señal para intentar evitar a ese peligro. A partir de esto, Freud (1926) señala que la angustia originaria es un afecto entre sensación y sentimiento, ante una reacción frente a una situación de pérdida o separación, que es producida por un estado de desamparo psíquico que en el lactante se da al separarse de la madre, también habla de una angustia que es afecto señal como reacción al peligro de castración en el que el Yo del sujeto intenta despojarse de la hostilidad del mundo exterior (Chemama & Vandermersch, 2004).

En la *Conferencia 32: Angustia y vida pulsional* Freud (1933) divide a la angustia en dos: angustia realista y la angustia neurótica, siendo la primera una reacción lógica frente a un estímulo amenazante; mientras que la segunda es inexplicable y carente de fin.

A la angustia neurótica se la puede observar bajo tres constelaciones: angustia expectante, ya que la angustia se encuentra libremente flotante pronta a enlazarse de manera pasajera con cada nueva posibilidad que emerja, como en la neurosis típica de angustia; en segundo lugar, la angustia se encuentra ligada de manera firme y constante a determinados contenidos de representación en las llamadas fobias; y por último, la angustia en la histeria y otras neurosis graves (Freud S. , 2012b [1933]).

En la fobia, una situación que representa un peligro interno se traspone a uno exterior, pues se concibe de forma más tolerable lidiar con un peligro externo, al cual se lo puede evitar, ya que este no resulta tan amenazante para la psique, por lo que se puede decir que en la fobia la angustia neurótica se muda en aparente angustia realista (Freud S. , 2012f [1926]). Debido a que en la fobia se presenta una perturbación angustiosa que es

insostenible por el sujeto, éste tiende a regresar a estados donde se sentía seguro y protegido, evocando a la figura paterna/materna de tal modo que “es una perturbación que induce a graves regresiones” (Dolto, 2004, pág. 58).

2.1.3. El Yo en la fobia

Como se señaló en el primer capítulo, para la estructuración psíquica es necesario reconocerse como Yo y desligarse de aquello que se concibe como no- yo, justamente en ésta exploración el infante parte de la distinción corporal entre poseer pene o la falta de este, y es ahí donde surge la angustia de castración que se traduce como la angustia de ser mutilado, o de haberlo sido en el caso de las mujeres (Freud S. , 2012p [1908]). La castración tiene la función de organizar la psique del sujeto pues es a partir de ésta que el infante se reconoce como hombre o mujer y su identidad cobra un mayor sentido, así mismo es gracias a la castración que se realiza un corte en la relación primaria, madre-hijo, y da paso al devenir del individuo, de igual manera este corte instaura la ley de prohibición de incesto (Freud S. , 2012e [1924]). En torno a la castración se manifiestan varios procesos psíquicos, sin embargo para cumplir con la finalidad del presente estudio estos no serán abordados. El síntoma fóbico al ser considerado una neurosis apunta a la angustia de castración, dado que la neurosis surge como defensa del Yo ante esta angustia.

El Yo es aquella instancia psíquica que media entre el Ello, que es donde habitan las pulsiones, y el Superyó, que vendría a cumplir el papel de juez del Yo (Laplanche, 1996). Se considera que en el Yo es donde se genera la angustia y donde se da cuenta de ella (Freud S. , 2012b [1933]). Es debido a la angustia primaria, interna, que muta en una angustia que será depositada en un estímulo externo que se define al síntoma fóbico como neurosis.

En el síntoma fóbico, el Yo se encuentra disminuido. Encontramos que tanto en la obra de Odier (1961) como en la obra de Doltó (2006) el Yo ocupa un papel importante en relación a la fobia. Odier (1961) plantea que la fobia es la forma más aguda del síndrome disfuncional del Yo, así mismo Doltó (2006) menciona, en el tomo II del *Seminario de Psicoanálisis de Niños*, que el sujeto que padece el síntoma fóbico posee una estructura psíquica frágil, debido a esto el sujeto siente que el objeto fóbico, en donde se ha depositado

la angustia, lo mutila pues no posee los recursos propios para sobrellevar determinada situación de angustia.

Bowlby, en el texto *La Separación* (1985), considera que en la fobia se teme la presencia de algo que para otros resulta mucho menos temible, por lo que la persona procura evitarla o se aparta de ella de inmediato. Así mismo menciona que en la fobia, la persona se encuentra en un estado ansioso y de angustia debido a que el desencadenante es la ausencia o pérdida de seguridad que apuntalan a la ausencia o pérdida de una figura de afecto o de una base segura. A su vez relaciona las figuras de apego con la respuesta que tiene la persona ante cualquier situación potencialmente alarmante que evoque temor, pues es gracias a estas figuras de apego que la persona en su infancia, en la etapa más vulnerable y de mayor inmadurez psíquica y biológica, es provista de recursos y de un modelo para manejar sus emociones. Bowlby (1985) también señala que, en la fobia se manifiestan ataques de ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos, además afirma que el paciente que presenta una fobia sufre una “dependencia extrema”, por lo que ante la ausencia o pérdida de seguridad siendo ésta la pérdida de una figura de apego, se torna ansioso y se aferra a una figura en la que busca refugio, dado que “la situación de peligro es una situación identificable de desamparo, recordada y prevista” (Bowlby, 1985, pág. 102).

En el capítulo anterior, desde la propuesta de Winnicott, se menciona la importancia del ambiente facilitador durante la constitución psíquica del ser, este ambiente es proporcionado por la madre suficientemente buena que cumple un papel muy importante en el desarrollo físico, psíquico y emocional en las etapas de mayor vulnerabilidad e inmadurez. La madre es la encargada del cuidado y de satisfacer las necesidades del infante, que implica proveerlo de alimento y protegerlo de los peligros externos. En este sentido, la ausencia de la madre es sentida como un peligro y ésta separación provoca angustia, debido a que “el rasgo principal de la infancia es la dependencia; se la considera en términos del ambiente que proporciona sostén” (Winnicott, 1961).

Por lo tanto, en la obra de Winnicott, se considera que todos los conflictos son resultantes de las experiencias de relaciones objetales tempranas, pues gracias a éstas se introyectan representaciones psíquicas que determinan la relación que el individuo mantenga

con el medio. Entonces, se puede entender a la fobia como consecuencia de una de una falla en el ambiente facilitador durante la constitución psíquica del ser.

Bowlby señala que aquello que se teme en la fobia es la pérdida o abandono de la figura de apego, es decir el objeto; “la pérdida del objeto puede provocar un agudo sufrimiento mental, al infligir una herida al yo” (Bowlby, 1985, pág. 414). Al encontrarse el Yo debilitado en esta neurosis le es necesario al fóbico contar con un objeto contrafóbico que ante su presencia el sujeto recobre el sentido de seguridad perdido y por tanto cumpla con el papel de yo auxiliar (Sopena, 2006).

Las fobias que se manifiestan en la infancia y en la adolescencia con frecuencia no tienen una evolución patológica y son transitorias, en estas etapas la manifestación de una fobia puede jugar un papel de estructuración psíquica. Por el contrario, en la adultez, el síntoma fóbico se presenta debido a que no se ha logrado elaborar situaciones traumáticas que amenazan la integridad narcisista del sujeto. El síntoma fóbico revela un deterioro en el Yo frente a la amenaza de un objeto mutilante (Neme, 2004).

La fobia se presenta cuando el sujeto se encuentra atravesando momentos críticos en su vida, especialmente cuando estos evocan un riesgo de angustia primitiva, angustia a la pérdida de objeto, pérdida de amor y abandono. “Se trata realmente de un peligro interior para el sujeto, y todo lo que es interior está en relación con la madre introyectada” (Dolto, 2006, pág. 23).

2.2. Objeto Fóbico

El presente acápite está dedicado a la indagación acerca del estímulo externo que genera angustia en el sujeto a pesar de no representar una amenaza real para el bienestar de la persona. Este estímulo es un objeto determinado ante el cual el sujeto fóbico manifiesta una reacción exagerada.

El psicoanálisis no tiene como prioridad realizar un inventario de las fobias en relación al objeto fóbico, ya que en los discursos psicopatológicos las fobias proliferan tanto como esos objetos electos (Assoun, 2002). Lo que realmente le interesa al psicoanálisis es conocer sobre los vínculos del objeto fóbico con la representación reprimida, pues éste es solo el síntoma de lo que nos quiere dar a conocer el inconsciente, considerando que la fobia es una neurosis y “la neurosis es una cuestión de defensa, y no un asunto del objeto contra el que la defensa actúa” (Nasio, 2001, pág. 24). Sin embargo, el objeto fóbico también ocupa un lugar de interés debido a que es un objeto electo por el inconsciente y por tanto esta elección no es azarosa.

Al revisar la literatura psicoanalítica se encuentran diversas nomenclaturas respecto al objeto de fobia, ya que algunos lo relacionan con objeto fetiche, otros lo llaman objeto oral, otros objeto atemorizante, objeto fobógeno, objeto fobigeno, entre otros, sin embargo, para la realización de esta disertación se lo denominará objeto fóbico.

Partiendo de la definición psicoanalítica de objeto, que es aquello a lo que el sujeto apunta su pulsión, se sabe que el objeto fóbico es inofensivo por sí mismo, sin embargo, éste se torna peligroso por la investidura libidinal que el sujeto le otorga, por lo tanto “El fóbico teme, por supuesto, pero no a cualquier cosa, sino a “su objeto” de aversión... preferido. Pues es un hecho que su aversión tiene su predilección.” (Assoun, 2002, pág. 8). La fobia se constituye sobre un objeto que originalmente fue motivo de placer, pues este objeto tiene una relación con la historia de la persona, es el principio de placer el encargado de regular el discurso de los procesos anímicos.

En el texto *Más allá del principio del placer* (1920) Freud plantea que “El displacer que sentimos es un displacer de percepción. Puede tratarse de la percepción del esfuerzo de pulsiones insatisfechas, o de una percepción exterior penosa en sí misma o que excite expectativas displacenteras en el aparato anímico, por discernirla este como peligro” (Freud S. , 2012k [1920], pág. 11). A este displacer se lo conoce como angustia.

Al ser un objeto a elección cualquier situación, enfermedad, objeto, animal, etc. puede prestarse para que el fóbico haga uso de él con la finalidad de depositar la angustia. Debido a que en la fobia se da una transposición de afecto la angustia, ahora libre, demanda un

trabajo psíquico a fin de ser ligada nuevamente, dado que ninguna energía pulsional puede quedar libre. Freud, en *Inhibición, síntoma y angustia* señala que la angustia está siempre presente en todos los síntomas neuróticos y el síntoma fóbico viene a anudar esta angustia libre a un objeto o una situación específica, que eventualmente representarán lo temido por el inconsciente del sujeto (Freud S. , 2012f [1926]).

Dicho de otro modo, el objeto fóbico es un objeto sintomático, pues este objeto es un instrumento del inconsciente al que se ha desplazado el malestar del sujeto, ya que la verdadera función del síntoma fóbico consiste en remplazar o encubrir un conflicto inconsciente por un objeto asociado, convirtiéndose en una representación comodín y produciendo un enlace falso.

Para el sujeto, en el síntoma fóbico, el objeto elegido resulta amenazante, no obstante, el mismo objeto puede tener otro significado para un sujeto distinto, ya sea por la utilización o función que tenga éste en la vida del otro sujeto, basándose en sus experiencias y construcción psíquica. Una de las características fundamentales del objeto en el síntoma fóbico, es que el sujeto atribuye a un objeto externo características de un objeto (malo) peligroso, por lo que Dolto (2004) da a entender que el objeto fóbico se encuentra mutilando al sujeto, de igual manera Odier (1961) menciona que;

El acercamiento o la proximidad del objeto fobógeno y con mayor razón todo contacto con el determinan una angustia invencible. Como podía esperarse, esta angustia está hecha de inseguridad y de impotencia. Conjugando estos dos sentimientos, la fobia los releva a su más alto grado. (...) es fácil deducir que el objeto fobógeno está dotado de todos los atributos de una fuerza maléfica. Desde luego detrás del objeto inanimado se esconde siempre algo más: una noción, una idea o vaga intuición, etc. (Odier, 1961, pág. 66).

La amenaza que representa el objeto fóbico se debe a que el mecanismo utilizado en la fobia es el desplazamiento, que juega un papel importante en el desarrollo y elección del objeto fóbico, pues este objeto refleja la realidad interna del sujeto, a la angustia de origen interno de la que se pretende escapar, por lo que ha sido ubicada en el espacio, en el exterior. Freud (1919) aborda el concepto de lo ominoso «*Das Umheimliche*», en el texto con el mismo nombre, que es aquello abominable, terrorífico y que es intrínseco a lo angustiante. Lo que angustia al sujeto es el enigma de la pulsión, entendiéndose como lo más profundo

que habita en él y de lo cual depende su deseo, es decir lo más oscuro, enigmático e íntimo del sujeto que al mismo tiempo es extraño y angustiante (Sopena, 2006).

El término «*heimlich*» representa lo familiar y agradable y a su vez, lo clandestino y lo oculto, «*umheimlich*» es el opuesto a lo clandestino, en tanto representa a aquello que a pesar de estar destinado a permanecer oculto tiene la intención de darse a conocer, de mostrarse, pues lo ominoso si bien es desconocido no es algo nuevo o ajeno, es algo familiar, antiguo, de la vida anímica que ha sido ubicado en lo secreto e irreconocible para el sujeto (Freud S. , 2012i [1919]). A partir de esto podemos entender que el empuje pulsional, en tanto es interno y completamente activo, es desconocido por el sujeto por ser de carácter inconsciente. En la segunda tópica freudiana con la introducción de la pulsión de muerte, se advierte que la angustia proveniente del ello es experimentada y sentida por el yo, instancia psíquica que teme ser avasallada y devorada por el Ello y experimentar la pérdida de su organización. Podemos entender entonces, que para Freud lo que genera ésta angustia es un peligro interno, en tanto que este incremento pulsional al ser inconsciente y a que no se puede huir de él, es sufrido pasivamente en detrimento de generar una sensación de impotencia psíquica frente al objeto exterior (Sopena, 2006).

Esto se puede ver reflejado en el caso Juanito (1909) en el que Freud logra advertir que el objeto fóbico es la sustitución del objeto original, que es interno, y en la fobia expresado por esa cadena asociativa hacia un objeto externo, en este caso el caballo (objeto externo) realmente temido por Juanito es la representación interna del padre quien es amado y odiado. El odio resultante hacia la representación del padre genera en Juanito el temor del castigo de castración que se transforma expresado en la angustia fóbica depositada en el caballo y de ser mordido por este o en la angustia de muerte del caballo.

Se puede explicar que en la fobia se manifiesta una regresión a la etapa oral, entendiendo que en el fóbico existe un fallo en la estructuración del complejo de Edipo y por lo tanto en el acceso hacia la castración. El fóbico tiende a sentir miedo a ser devorado, comido, tragado por el objeto, o a ser mordido como en el caso Juanito (Freud S. , 2012d [1909]).

La fobia se manifiesta como defensa del yo, neurosis, cuando este se encuentra debilitado y el bienestar psíquico se ve comprometido, entonces, el objetivo de la función de defensa fóbica es localizar y determinar en el espacio externo algún objeto, al cual se ha asociado con aquello que provoca angustia pero que no significa un verdadero riesgo, con la finalidad de soslayar la verdadera angustia inconsciente.

En conclusión detrás del objeto fóbico se encuentra oculto un conflicto inconsciente que se da a conocer mediante el síntoma fóbico, por lo tanto el objeto en la fobia no es importante en sí mismo sino la función que este cumple en el sujeto, ya que la fobia es una fachada y el objeto fóbico cumple un papel metafórico; "(...) la naturaleza de los estímulos y objetos que nos atemorizan e impulsan a emprender la huida (...) sólo guardan una relación *indirecta* con lo que, de hecho, resulta peligroso." (Bowlby, 1985, pág. 100).

2.3. Claustrofobia

Dentro de las fobias relacionadas al espacio encontramos: la agorafobia y la claustrofobia, a pesar de que se les considera opuestas no son más que las dos caras de una misma moneda.

La etimología del término <<claustrofobia>> viene del latín *claustrum* que significa cerrado y del griego φόβος (phobos) que significa miedo o pánico, por definición esta es considerada como "Angustia producida por la permanencia en lugares cerrados." (RAE, 2001, pág. 383). En el CIE-10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, la claustrofobia se encuentra dentro de las Fobias Específicas (aisladas) a las que se define como,

Fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingestión de ciertos alimentos, la tensión dental o la visión de sangre o de heridas. Aunque la situación desencadenante es discreta, su aparición puede provocar pánico, al igual que en la agorafobia o en la fobia social (CIE-10, 1995, pág. F40.2).

La claustrofobia de la cual se afirma que se caracteriza por el miedo a la falta de aire en un espacio cerrado, sin embargo, la claustrofobia no limita su miedo a los espacios cerrados puesto que el encontrarse en una habitación y no poseer las llaves puede generar este miedo irracional en el individuo, lo que da cuenta de una necesidad de control.

El objeto metafórico de la claustrofobia son los espacios cerrados que evocan al útero, a la matriz, por ende la claustrofobia se relaciona con el rol materno, sin embargo, “no hemos de olvidar que el inconsciente no deja nunca de enseñarnos y sobre todo de sorprendernos” (Dolto, 2006, pág. 53), por lo que en la clínica hemos de trabajar bajo la hipótesis de que cada síntoma tiene un sentido que se relaciona con la vida psíquica del sujeto.

2.4. Cuadro clínico

La fobia es una patología que afecta la vida del sujeto debido a que ésta interfiere en la cotidianidad de la persona, ocasionando dificultad para desarrollarse con normalidad en su medio a causa de sus limitaciones yóicas para desenvolverse frente a determinadas situaciones que evocan al objeto atemorizante, fóbico.

El sujeto que padece del síntoma fóbico, al llegar a la consulta, en su discurso da cuenta de un largo bagaje de sufrimiento, pues ni el sujeto ni las personas de su medio logran comprender lo que está ocurriendo, debido a que en el síntoma fóbico el sujeto se encuentra “fuera de sí” ante el objeto fóbico (Sassaroli & Lorenzino, 2012).

El síntoma fóbico es una patología que no solo interviene a nivel psíquico, el sujeto también presenta alteraciones corporales y comportamentales frente a la escena que desata el cuadro patológico pues el afecto característico de la fobia es la angustia, a su vez dichas alteraciones actúan como indicadores para determinar la presencia del síntoma fóbico. Debido a la relevancia de dichas alteraciones se expondrá de forma breve algunas conductas y manifestaciones físicas de fácil reconocimiento que puedan presentarse en el

sujeto, de igual manera estas características darán la pauta para diferenciar la presencia de miedo a la de una fobia.

La condición a tomar en cuenta para determinar si el síntoma del sujeto se trata ciertamente de una fobia, es la sensación de miedo irracional o exacerbado a un estímulo externo, que no representa un peligro real ya sea un animal, una situación o un lugar. Además esta sensación viene acompañada de una conducta evitativa ante el estímulo angustioso o situación fóbica, es por esta conducta evitativa que se manifiesta de forma persistente e intensa que se considera que la vida del sujeto se encuentra limitada, pues puede llevar a la persona al aislamiento y afecta directamente tanto en el desarrollo del individuo como en sus relaciones interpersonales (Odiar, 1961).

Son varias las conductas y alteraciones que se manifiestan en el síntoma fóbico con frecuencia, mas no de forma obligatoria, pues en cada sujeto el síntoma se presenta de modo distinto, por lo que se señalará algunas de estas alteraciones a tomar en cuenta, entre ellas: la *sensación de catástrofe inminente*, la *sensación de malestar*, la *sensación de vértigo*; estas dan cuenta de que la persona se percibe a sí misma como indefensa y desprovista de herramientas, yoicas, para defenderse y enfrentarse al objeto fóbico (Moreno, 2011).

Es habitual que el sujeto manifieste temor a la soledad pues esto implicaría que en caso de sufrir algún infortunio nadie pudiera asistirlo, por lo que en ocasiones esto puede desencadenar una relación dependiente con un otro al cual se lo posiciona como fuente de seguridad. Tanto el miedo a la soledad y a la muerte se encuentran con frecuencia presentes y suelen manifestarse juntos, poniendo a consideración que el temor a la muerte esconde un miedo a la castración o al abandono (Moreno, 2011).

La fobia al ser una patología que repercute de manera significativa en varios ámbitos de la vida de la persona, con frecuencia, debido al desconocimiento acerca de la temática, se confunde la sintomatología física con un problema de origen orgánico. Lo que conduce a la persona a buscar ayuda distintos especialistas por un diagnóstico y una solución. Cuando el sujeto ha padecido de síntoma fóbico por un tiempo prolongado este puede desencadenar un cuadro de depresión secundaria (Sassaroli & Lorenzino, 2012);

Recuerda con claridad el momento en que empezó su calvario. En efecto, al contrario de todas las neurosis que tienen un inicio más o menos indefinido, la fobia tiene una fecha y hora precisa de inicio. Antes de dicho día fatídico, la persona dice a menudo, aunque no siempre, gozar de un buen estado de salud (...) (Sassaroli & Lorenzino, 2012, págs. 39,40).

Además de las características anteriormente expuestas también es pertinente tomar en cuenta que existen algunos signos que manifiesta el sujeto cuando padece una fobia, es pertinente señalar que tanto las características ya mencionadas y las que se mencionarán a continuación pueden manifestarse todas o algunas de ellas.

Durante el episodio fóbico la persona puede presentar algunos signos físicos como la sensación de angustia, ataque de pánico, palpitaciones, taquicardia o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de asfixia, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, despersonalización, miedo a perder el control o a enloquecer, miedo a morir, parestesia (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones, aumento de la temperatura corporal, cefaleas, calambres en la zona abdominal e hiperventilación (Stein y Cols., 2010).

Es necesario recalcar que el síntoma es un fenómeno subjetivo que expresa o manifiesta la existencia de un conflicto inconsciente, en cada individuo la presencia del síntoma fóbico se manifiesta de forma distinta.

CAPITULO III: ANÁLISIS DEL CASO

3.1. Metodología

El interés por esta investigación está relacionado con mi experiencia personal, durante el período de prácticas pre-profesionales, al tratar un caso de fobia, a partir del cual surgieron las interrogantes que guían esta investigación.

Al finalizar la disertación se pretende cumplir y responder los objetivos planteados:

❖ *General*

- Analizar de qué manera el vínculo dependiente incide en la formación del síntoma fóbico.

❖ *Específicos*

- Definir las características y manifestaciones del vínculo dependiente.
- Exponer el concepto, cuadro clínico y factores desencadenantes del síntoma fóbico.
- Contrastar el desarrollo teórico con el análisis de un caso a fin de evidenciar cómo incide el vínculo dependiente en la generación del síntoma fóbico.

La presente investigación tiene la intención de abordar y profundizar en la relación que existe entre el síntoma fóbico y el vínculo dependiente, basándose en la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué manera el vínculo dependiente incide en la formación del síntoma fóbico?

La hipótesis planteada para esta investigación es la siguiente:

El vínculo dependiente es un factor para el desarrollo del síntoma fóbico.

Para ésta investigación se han considerado dos variables de estudio organizadas según el cuadro a continuación:

Hipótesis	Variables	Indicadores
El vínculo dependiente es un factor para el desarrollo del síntoma fóbico.	Variable Dependiente: Síntoma fóbico	-Comportamiento evitativo frente al objeto fobógeno - Ataques de pánico frente al objeto fobógeno
	Variable Independiente: -Vínculo dependiente	-Miedo al abandono del objeto investido libidinalmente -Pasividad/sumisión frente al objeto

La metodología que se ha empleado es el análisis de caso.

Para este estudio se utilizó un caso clínico, atendido desde febrero a mayo del 2013 en el *Comité Ecuatoriano de Cooperación de la Comisión Interamericana de Mujeres*. (C.E.C.I.M.) en el marco de las prácticas pre profesionales de Psicología Clínica. Se ha seleccionado este caso debido a que presenta claramente los síntomas de la fobia.

Para el abordaje terapéutico se trabajó mediante terapia breve de orientación psicoanalítica.

Para resguardar la confidencialidad no se revelará el nombre real del sujeto, por lo que se la presentará bajo el nombre de Sofía.

3.1.1. Descripción del contexto institucional

El Comité Ecuatoriano de Cooperación de la Comisión Interamericana de Mujeres. (C.E.C.I.M.) es una institución cuya misión es ofrecer oportunidades de formación ocupacional a personas que quieran incorporarse al sector laboral y productivo, posibilitándoles el ejercicio de una ciudadanía activa.

El centro cuenta con un área legal que realiza procesos legales y mediaciones. Por otro lado, está el área psicológica que se encuentra en formación y que busca brindar apoyo psicoemocional a través de la terapia individual y talleres. El centro se encuentra ubicado en el sector del Comité del Pueblo en la ciudad de Quito.

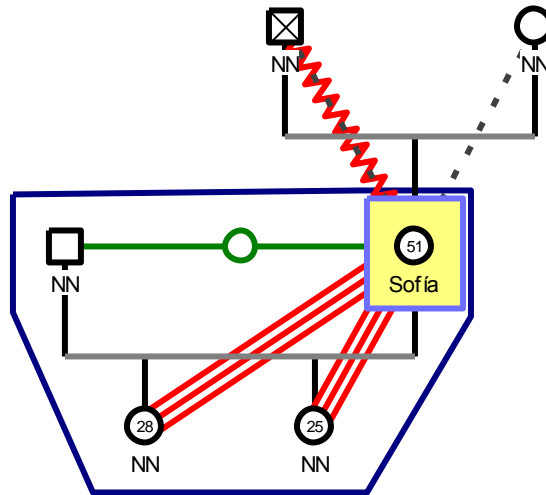
3.2. Presentación del caso

3.2.1. Datos generales

- Nombre: Sofía
- Edad: 51 años
- Estado civil: Casada
- Ocupación: Estudiante/Ama de casa.
- Fecha primera entrevista: 05 de febrero de 2013
- Fecha de cierre: 14 de mayo de 2013

3.2.2. Datos Familiares

Sofía a sus 22 años contrae matrimonio con NN, quien actualmente trabaja en servicio técnico de maquinaria textil. Producto de esta relación tienen dos hijas, una hija de 28 años de edad de profesión médico internista y otra hija de 25 años de profesión ingeniera comercial de integración y aduanas. Sofía convive con su cónyuge y sus dos hijas.



Sofía es la segunda de 5 hermanos, sin embargo a sus doce años se entera, por medio de un vecino, que tiene otros hermanos por parte de padre pero hasta la actualidad no conoce a varios de ellos ya que tiene hermanos en distintas ciudades del país.

Sofía refiere que mantiene un contacto limitado con su madre y sus hermanos. Su padre, actualmente fallecido, era violento y con frecuencia se encontraba ausente; “casi no lo veíamos a mi papá, cuando venía me sentía muy tensa y nos sabía pegar, pero cuando se iba sentía alegría. Me hubiera gustado que sea más cariñoso, aunque a veces sí era”. Recuerda que de pequeña su padre le decía “mi mudita” mientras que a su hermana mayor, a la cual percibe como la preferida del padre, la llamaba “mi suquita”. Sofía interpreta estas palabras del padre como una falta de confianza y amor hacia ella.

El padre se ausentaba por largos períodos del hogar por lo que la Sofía conjetura “nos cambió por otra familia”. Debido a varios problemas familiares Sofía decide salir de su casa contrayendo matrimonio.

En el 2007 Sofía se hace cargo de los cuidados de su padre durante tres meses, debido a que el padre se encontraba delicado de salud. Posteriormente, el padre queda bajo el cuidado de sus otros hijos, en el oriente del país y fallece en el 2011, Sofía menciona al respecto “me traume, fue muy feo, aunque me hubiera gustado compartir más cosas con él, era violento pero era mi papi”

3.2.3. Motivo de consulta

Sofía acude a la consulta con la intención de resolver la fobia que presenta a los espacios cerrados, especialmente a los elevadores.

Sofía manifiesta que a causa de la fobia a los espacios cerrados, su vida se ha limitado y esto ha perjudicado a las relaciones interpersonales. El síntoma fóbico se encuentra afectando las relaciones familiares pues a sus hijas les causa molestia que su madre no puede usar los elevadores, ni movilizarse en transporte público con normalidad.

Del mismo modo, en más de una ocasión ha provocado su aislamiento al no asistir o salir en la mitad de una reunión familiar, por el hecho de que mucha gente se concentre en un solo lugar y ella no tenga el control o fácil acceso a la puerta de salida en caso de emergencia, lo que denota que además de un miedo irracional a los espacios cerrados tiene una fuerte necesidad de control.

3.2.4. Antecedentes

Sofía, refiere que en su infancia cuando su madre salía la dejaba junto con sus hermanos en cerrados en casa, lo que asocia que era por seguridad, sin embargo el sujeto dice que no encuentra este hecho relacionado con su fobia. Así mismo comenta que hace varios años atrás se quedó encerrada, junto a su familia, en un elevador panorámico de un centro comercial, situación que le preocupó ya que duró aproximadamente 3 minutos pero que no le provocó ningún síntoma de los que actualmente presenta, posteriormente a este evento siguió utilizando los ascensores.

Anteriormente, trabajó en el área de contabilidad de costos durante tres años en una empresa encargada de la instalación y reparación de elevadores, Sofía comenta que por medio de los intercomunicadores de la empresa escuchaba a sus compañeros sobre las dificultades y problemas que presentaban algunos elevadores, así mismo menciona que estos se averiaban frecuentemente con gente en su interior. Recuerda que en una ocasión un compañero encargado de la instalación sufrió un grave accidente en el que falleció,

provocando gran impacto en Sofía, sin embargo después del lamentable suceso continuó utilizando los elevadores.

3.3. Análisis del caso

Durante la niñez de Sofía, la demanda de afecto es evidente en su discurso. De la madre refiere que siempre ha sido poco cariñosa con ella y que en su niñez compartían poco. Debido a que la madre siempre se encontraba realizando tareas del hogar, al cuidado de sus hermanos menores o trabajando. La relación que mantiene con la madre en su adultez no difiere mucho de cómo era en su niñez, pues el contacto es escaso y cuando este se da, no siempre recibe respuestas relacionales positivas de parte de su madre dado que Sofía recibe críticas del manejo de su vida y del rol que desempeña como madre, lo que genera la búsqueda de aprobación. Como se aprecia, la madre de Sofía no ha significado para ella una figura contenedora que le proporcione seguridad, además se evidencia un claro conflicto que surge de la falta de respuesta afectiva a la demanda de cuidados en su niñez.

Al hablar del padre, la demanda de afecto es evidente, a modo que en su discurso constantemente reprocha su ausencia y reclama su afecto. Sofía manifiesta un sentimiento de rechazo de su padre hacia ella, a causa de la percepción de distinción de trato entre ella y su hermana mayor, a la cual ha etiquetado como la favorita del padre. Este sentimiento de rechazo también se sostiene debido al abandono del hogar por parte del padre, ya que Sofía manifiesta que este cambio a su familia por otra. Refiriéndose a la expresión utilizada por Sofía al mencionar que su padre cambia una familia por otra, se puede interpretar que para el sujeto en el contexto en el que hace uso del término *cambio* denota una comparación, por ende una diferenciación lo que implica aprobación y rechazo.

La relación con el padre oscila entre amor/odio, debido a que, paralelamente reclama el afecto y presencia de este pero a su vez siente alegría ante su ausencia, por lo que denota una clara ambivalencia. La ambivalencia deviene en sentimiento de culpa, por lo que ha de relacionar la culpa con la angustia de castración, pues Sofía al declararse rechazada del padre, inconscientemente lo relaciona con no poseer aquello que el padre amaría, y se

reconoce en su falta, este rechazo produce una herida narcisista por lo que a modo de defensa Sofía, en su imaginario, da la muerte al padre, debido a esto deviene el síntoma fóbico, así como se puede apreciar en el caso Juanito (Freud S. , 2012d [1909]).

En Sofía, tanto la figura materna como la figura paterna no son referentes estables, y denota que éstos no le brindaron un sentimiento de seguridad en la etapa de desarrollo psíquico, por lo que demuestra desconfianza en el mundo externo que percibe como amenazante.

La ausencia de referentes estables en la niñez desencadena varias dificultades a lo largo de la vida de la persona, dado que tiene como consecuencia establecer vínculos ambivalentes o en su defecto la carencia o evitación de estos, así también tiene repercusiones a nivel emocional ya que la persona puede devenir en un sujeto emocionalmente inestable por tanto dependiente, se genera sentimientos de ansiedad y de culpabilidad. Además de presentar dificultad al generar sentimientos de seguridad, pues en los años de desarrollo psíquico la persona no contó con un sistema de apoyo y protección por parte de sus cuidadores. Esto deviene en un sujeto ansioso ante situaciones nuevas de las que no posee el control, además de que percibe el mundo como un lugar hostil dando como resultado problemas de adaptación a situaciones nuevas y desconocidas.

A partir del relato de la infancia de Sofía se puede dar cuenta de la presencia de ciertas conductas patógenas parentales, que según la teoría de Bowlby (2006) son factores desencadenantes del vínculo dependiente, del listado de conductas que propone Bowlby Sofía ha estado expuesta a más de una, siendo estas el rechazo o descuido por parte de sus cuidadores, discontinuidad en la asistencia del padre, si bien en la propuesta consta como amenaza de abandono familiar en el caso de Sofía el padre lleva el abandono al acto, estas conductas desatan ansiedad provocada por la falta de confianza en sí mismo así como en el medio.

Desde la perspectiva de Winnicott (1956), podemos afirmar la falta de un ambiente facilitador, pues las demandas afectivas de Sofía durante la infancia no obtuvieron una respuesta adecuada, debido a la falta de afecto y presencia por parte de sus cuidadores. El sujeto carente de figuras estables deviene en un sujeto ansioso, basándose en la propuesta

de Ainsworth (1978), Sofía ha desarrollado el tipo de apego ansioso-resistente, pues es clara su insistente búsqueda de aprobación y demanda de la presencia de otro, además Sofía presenta características correspondiente a este tipo de apego como la manifestación de angustia ante la separación o pérdida del objeto, incluso la angustia se presenta tan solo con la idea de la ausencia que desencadena un vínculo dependiente, pues se aferra al objeto y se niega a su separación, de la misma manera se puede observar la dificultad que presenta Sofía para explorar nuevos espacios y situaciones.

En el caso de Sofía, se puede evidenciar, basándose en el discurso de la paciente, la demanda de afecto hacia los padres que posteriormente también se traduce en una búsqueda constante de aprobación. Los padres de Sofía no son concebidos como referentes estables, por tanto como representaciones inconscientes no representan una fuente de seguridad. Se concluye esto debido a la ausencia intermitente del padre, a la relación ambivalente que sostenía con éste, además de la distancia afectiva de la madre.

En este caso se puede apreciar fácilmente como el modelo relacional instaurado en su niñez afecta las relaciones que ha establecido en su vida adulta, pues esta búsqueda de aprobación ya no solo se limita a las relaciones parentales, sino que se extiende y se refleja en la relación con su esposo y especialmente en la relación que mantiene con sus hijas, de igual manera la manifestación ansiosa y angustiosa se ha trasladado a la relación con sus hijas dado que necesita que la necesiten y al dar cuenta de la autonomía de éstas, desencadena un cuadro angustioso ante la idea de una posible separación, lo que da cuenta de un vínculo dependiente.

El vínculo dependiente, en el caso de Sofía, se lo puede asociar con la falta de referentes estables que le brinden sentido de seguridad. Esta demanda, al pasar los años, ha sido movida inconscientemente hacia las hijas, de las que se espera se encarguen de cumplir esta necesidad de afecto y protección, sin embargo sus hijas no son las encargadas de cumplir con ese papel por lo que su necesidad de afecto y seguridad no obtendrá la respuesta deseada.

La conducta relacional de Sofía revela un claro ejemplo de vínculo dependiente, en tanto cumple con varias de las características que dan cuenta de la presencia de este

vínculo patológico. Se lo considera patológico dado que, a pesar de que Sofía se encuentra en la etapa adulta al iniciar el proceso terapéutico, no muestra una autonomía como individuo, pues se encuentra en la búsqueda de una respuesta eficaz a esas necesidades que no fueron atendidas de forma pertinente en su niñez, además consigue una ganancia secundaria al mostrarse débil e incapaz, pues de esta manera ha conseguido asegurarse la presencia de otra persona, sus hijas o esposo.

El modelo relacional que los cuidadores han brindado a la persona para su constitución se ve reflejado en el rol de la maternidad y en las habilidades que el sujeto posee para desempeñar este rol. Sofía es una mujer que se ha dedicado a la crianza de sus hijas, por lo que en numerosas ocasiones ha dejado de lado actividades para cumplir con su maternidad. Ahora que sus hijas han entrado a una edad adulta y la necesidad de la presencia de la madre ya no es indispensable, Sofía presenta un cuadro angustioso y de ansiedad pues, “necesita que la necesiten”. Esto sucede debido a que Sofía ha depositado su libido en la función del rol materno, y al encontrarse frente a la realidad de la adultez de sus hijas da cuenta que ya no la necesitan como antes, lo que genera angustia pues no recibe el reconocimiento que demanda, esto se da en Sofía debido a que ha dejado de lado los otros ámbitos de su vida, mujer-pareja, mujer- profesional, y sobre todo mujer-persona haciendo alusión al amor narcisista.

Un hecho que llamó mi atención durante las primeras sesiones, fue cuando le realizaba preguntas en torno a ella y respondía con actividades o situaciones de sus hijas, lo mismo ocurría cuando le preguntaba sobre su esposo y su relación, lo que evidencia que su libido yoica ha sido depositada como libido objetal en la función materna. La relación con su hija mayor, la describe como muy buena y dice “Somos muy parecidas, veo muchas cosas de mí en ella. Con ella comparto bastante y me es fácil comunicarme. Cuando me dio la depresión casi al mismo tiempo, también le dio a ella, ella lloraba mucho porque todas sus amigas se casaban o tenían hijos”. Posteriormente en una sesión Sofía manifiesta alegría debido a que su hija mayor ha terminado sus estudios de cuarto nivel y menciona “lo logramos”. Por el contrario, la relación con su segunda hija refiere que es algo distante por lo que pasa mucho tiempo fuera de casa y menciona que ella tiene una mejor relación con el padre.

Sofía, manifiesta ansiedad frente a la idea de que sus hijas al ser adultas ya no la necesitan como antes y tiene miedo a que se vayan pronto del hogar. Refiere que su hija mayor tiene planes de realizar estudios en el exterior, así mismo manifiesta preocupación respecto de su segunda hija, ya que está pensando en casarse y teme perderla “tengo miedo de que salga de la casa con resentimientos, así como yo me salí de la casa de mi mamá”.

En tanto las relaciones que mantiene con sus hijas, por medio del discurso da cuenta de la presencia de una identificación con ambas. Con su primogénita se siente identificada ya que dice ver similitudes en el comportamiento, pensamiento y gustos, además en su discurso al hablar de su hija no hace ninguna diferenciación entre ambas, lo que denota una relación patológica en la que la presencia de la hija constituye una parte de sí misma, en la que se dice tácitamente “sin tu presencia no soy”; mientras que con su segunda hija manifiesta una proyección en el contexto de contraer matrimonio y salir de casa, en tanto asocia la causa, por lo que Sofía decide casarse para salir de la casa de su madre, con la decisión de su hija, lo que hace pensar a Sofía que su hija tiene sentimientos de resentimiento, lo que implica el reclamo de una falla en el rol materno al que ha puesto como prioritario en su vida, que intensifica la necesidad de aprobación y reconocimiento intrínseca al vínculo dependiente.

Ante la idea de la partida de sus hijas manifiesta “ahorita mi preocupación es ocuparme para cuando me quede sola, se me hace feo de la vejez no estar acompañada y no valorarme por mí misma”, a esto agrega, “cada que piensa en la vejez se me produce un nudo en la garganta. No quiero que mi familia se vaya, soy malgeñuda, sobre todo cuando no tengo el control de las cosas o no estoy lista para hacer algo que se presenta de improviso y sé que ser así les aleja”. Debido a la idea que se sus hijas se vayan se da cuenta que es necesario mejorar la relación con su esposo, con quien dice pelear a menudo por pequeñeces. Comenta que en al inicio de su matrimonio quería separarse pero al depender económicamente de su esposo no lo hizo.

En base al relato de Sofía, al inicio de su matrimonio no tenía una buena relación con su cónyuge, pero permanecieron juntos debido a que Sofía dependía económicamente de él, lo que posteriormente desató una dependencia afectiva pues no le gustaba quedarse sola en casa y solo se sentía tranquila con la presencia de su pareja. Durante el proceso

terapéutico da cuenta que la relación de pareja se encuentra deteriorada, pues en el discurso Sofía no involucra a su esposo en el rol de pareja, cuando habla de él es para referirse al rol que cumple como padre, sin embargo ante la idea de perder a sus hijas, como lo interpreta Sofía, surge la necesidad de mejorar su relación conyugal en tanto refiere que no quiere estar sola, de igual manera en la terapia al hacer eco del discurso de Sofía da cuenta del distanciamiento que existe con su esposo. Por otro lado Sofía al hablar de su miedo a la soledad y la necesidad de compañía en su vejez devela su miedo a la muerte que enmascara un miedo al abandono o pérdida del objeto amado.

El vínculo dependiente, como se observa en el caso clínico expuesto, se genera debido a que Sofía se ha constituido psíquicamente desde la idea de ser rechazado tanto por su padre como por su madre, de no ser aquello que se puede amar, desde esa carencia afectiva que la hace percibirse como un ser incompleto, incapaz y vulnerable ante un mundo amenazante, por lo que la persona se presenta ansiosa y necesitada de otro que lo sostenga psíquica, afectiva y físicamente. Se conjetura que la persona que establece este tipo de vínculo patológico tiene un Yo debilitado pues revela que el sujeto no es un ser autónomo, por lo tanto demanda constantemente la presencia de otro que cumpla el papel de Yo auxiliar, especialmente ante situaciones que se develan la falta.

Tal como se menciona en el primer capítulo, desde la propuesta freudiana a partir del concepto de narcisismo que comprende desde el inicio en el que la catexis depositada por la madre en el infante permite constituirse como Yo y que posteriormente facilita establecer relaciones con otras personas además de la madre, permitiéndole conocer el mundo a través de su cuerpo, esto es posible gracias al otro primordial que le ofrece al ser en constitución psíquica un modelo de relación desde afuera. Este otro primordial hace referencia a la madre o a un sustituto, que en la obra de Bowlby lo encontramos como figura de apego, debido a la importancia que ocupa su presencia en la infancia de la persona se requiere que este otro sea un referente estable, de lo contrario como se observa en el caso de Sofía las ausencias recurrentes provocan una herida narcisista, generando así un Yo debilitado puesto que el narcisismo, al ser el amor hacia sí mismo, que en un inicio surge del amor que los cuidadores, tiene una falla y la persona se ha constituido desde la carencia de la presencia de otro, que como vemos en Sofía, la demanda constantemente.

Basándose en los dos tipos de relaciones que Freud propone a partir del narcisismo, podemos interpretar que Sofía tiene una forma anaclítica de relacionarse, pues esta evoca a las figuras parentales y Sofía a través de sus relaciones pretende responder a la demanda de afecto y protección que intentan satisfacer por medio de la necesidad constante de ayuda y protección en tareas diarias. Sofía a través de la dependencia de otro busca establecer una ligazón que asegure su validez como sujeto, y a su vez resguarde su bienestar psíquico dado que a las personas dependientes les es indispensable el reconocimiento de otro semejante que reafirme su identidad, en la dependencia se resalta la importancia de la respuesta relacional que el otro pueda ofrecer. Si bien todo ser humano busca el amor de otro, en la dependencia, esta necesidad es patológica, pues es a través de la mirada de otro que se reconoce a sí mismo como sujeto y ante la ausencia de este otro que hace eco de su ser, este teme perderse a sí mismo, lo que se puede leer entre líneas de la dependencia como patología es “sin el otro no soy, no puedo, no valgo”.

Partiendo de lo propuesto en el primer capítulo de la presente disertación donde se señala que: “El que ama ha sacrificado por así decir, un fragmento de su narcisismo y solo puede restituirselo a trueque de ser-amado. En todos estos vínculos el sentimiento de sí parece guardar relación con el componente narcisista de la vida amorosa.” (Chemama & Vandermersch, 2004, pág. 438). El amar es otra función del Yo en la que este se ve restado de sí mismo, pero al ser-amado este se eleva. A falta de reconocimiento que percibe Sofía se concibe como una herida narcisista, que hace eco en su Yo debilitado por lo tanto busca ser amada para ser.

La herida narcisista representa una perturbación para el sujeto, pues esta genera un riesgo de fragmentación en la persona, de anulación, que evoca a la necesidad de ser nombrado, de demandar un lugar en la vida del otro. Si bien el otro en el período en el que la persona se encuentra en la constitución psíquica de su ser cumple un papel indispensable, dado que a partir de la diferenciación con otro que es no-yo se define el yo, su identidad, no obstante, se espera que en la adultez la persona sea un ser autónomo, sin embargo como se aprecia en el caso clínico, pueden existir fallas por la discontinuidad de la presencia del otro cuando era necesario para su estructuración yoica.

Si bien el proceso terapéutico que se llevó a cabo aborda de forma central las relaciones que mantiene Sofía con su entorno, en su discurso también aborda la fobia a los espacios cerrados y como este ha resultado un limitante en su vida.

Sofía tiene como hipótesis que su síntoma empezó a sus 47 años, cuando ocurre el primer episodio; ella se encontraba en la estación de la Ecovía para dirigirse a su hogar, ya que quería esperar a sus hijas con la comida. Al subirse al medio de transporte comenta que sintió miedo cuando se empezaron a cerrar las puertas, por lo que salió corriendo de ahí. Recuerda lo que sintió y describe los síntomas: “me sentí aterrada, con pánico, me empecé ahogar, sentía que me faltaba el aire, sentía que mi corazón latía muy rápido, y me pregunté ¿Qué pasa si me pasa algo aquí y nadie se entera? ¿Qué pasa si nadie se entera y no me necesitan?”, esperó que llegara otro bus y ocurrió lo mismo, después de unos minutos recobró la calma y regresó a casa. Este evento desata una depresión en Sofía que duró desde el 2008 hasta finales del 2009, por lo que tomó *Ansietil* durante 8 meses, medicamento que fue recetado por su ginecóloga, quien le dijo que su depresión pudo ser ocasionada por la entrada a la menopausia. Posteriormente, en busca de respuestas a su malestar, acude a un médico integrativo y le receta *Neuropas Balance*, paralelamente, también toma *Complejo b* recetado por su hija mayor, lo cual la tiene más tranquila y lo trae consigo en su cartera por alguna emergencia.

Acerca del cuadro depresivo que Sofía presentó, menciona que “cuando estaba con la depresión pasaba solo llorando y me preguntaba todo el tiempo ¿A quién le hago falta?, ¿Quién me necesita?, pensaba en mis hijas en que alguna se me va a ir”, además menciona que durante el período que presentó depresión no tuvo ideas de suicidio pero si sentía un temor profundo al estar sola en casa.

En el 2009 acude por primera vez a la consulta psicológica, la cual refiere que le ayudó bastante con su depresión y un poco con la fobia. Comenta que su anterior terapeuta la acompañaba a coger el bus, situación que le dio seguridad, por lo que pregunta si en este caso le ayudará de la misma forma. A pesar de haberle explicado repetidas veces el encuadre respecto a esta petición, Sofía insiste y solicita que la acompañe a subirse a un ascensor que se encontraba cerca, de igual manera en las sesiones previas al cierre

manifiesta “¿Qué voy hacer sin usted?”, lo que da cuenta de una falta de autonomía y la necesidad de otro que haga de yo auxiliar.

A pesar de que Sofía no presenta un cuadro depresivo durante su asistencia al proceso terapéutico, Sofía por medio de su discurso lo ha traído a sesión, dado que el cuadro depresivo que manifestó hace algunos años atrás se presenta en el mismo año que aparece el síntoma fóbico, teniendo una duración de alrededor de un año. Si bien Sofía no presentaba depresión al momento que llega a consulta, es importante hacer hincapié en este hecho pues en su caso es de fácil reconocimiento la relación que tiene el cuadro depresivo con la dependencia, y como la dependencia desencadena varias patologías en la vida de la persona. En el caso de Sofía se sabe que la depresión surge a partir de un miedo a la soledad y abandono, de la idea de muerte en su imaginario, su muerte para el mundo, a modo que demanda que la necesiten, demanda un lugar que cree estar perdiendo en la vida del otro, pues su depresión gira en torno al cuestionamiento constante “¿A quién le hago falta? ¿Quién me necesita?”, necesidad que se traduce a una clara demanda de ser amada, que apuntala a la relación que mantiene con sus hijas reclamando ser reconocida en el rol de madre, por medio de la necesidad de otro por su presencia, sin embargo al no encontrar la respuesta demandada hacia el otro, sus hijas, deviene un sentimiento de desamparo, de abandono.

Durante el cuadro depresivo Sofía manifiesta no haber tenido la intención ni ideas relacionadas al suicidio, sin embargo manifiesta que el llanto era continuo e incontrolable y venía acompañado del temor a permanecer sola en el departamento, además del miedo ante la idea de la posibilidad de que alguna de sus hijas saldría del hogar. En Sofía, la depresión aparece como síntoma ante la idea de no ser amada, de ser anulada a causa de la falta de reconocimiento por parte de sus hijas, en quienes ha depositado su libido, y siente que el amor dedicado hacia ellas no es retribuido, al menos no de la forma que Sofía quisiera, lo que la afecta notoriamente y sustenta la idea de ser rechazada por sus hijas y por tanto por el medio. Así mismo, asocia la idea de la posible partida de sus hijas con una falla de su parte al cumplir el rol materno, lo que conlleva un sentimiento de culpabilidad al responsabilizarse y creer que es a causa suya que las hijas abandonen el hogar, situación que se sostiene en el síntoma fóbico.

Tanto en la teoría de Freud, de Dolto, de Winnicott y de Bowlby se habla de la importancia de referentes estables que brinden soporte emocional y de seguridad al infante, y de cómo la ausencia parental afecta en la constitución psíquica a lo largo de la vida del sujeto, pues en todas las teorías se devela que a causa de esto el sujeto se constituye con un Yo debilitado, carente de afecto y reconocimiento que puede desencadenar varias patologías, como se puede apreciar en el caso de Sofía.

Por otra parte, Sofía ve en la depresión una vía para obtener atención, de modo que a través de la ganancia secundaria¹ recibe una respuesta afectiva de su familia, asegurando así su cercanía con ella. Sin embargo como se aprecia en el relato de Sofía donde refiere que “al comienzo me ponían atención luego ya pensaban que era más por molestar, pero no dependía de mí”, la respuesta relacional que recibe después de un tiempo ya no satisface su necesidad afectiva, por el contrario el síntoma en Sofía ha provocado el distanciamiento de su familia, situación que corrobora la idea de rechazo y nulidad que en un inicio ha desencadenado el cuadro depresivo. Con ayuda médica y psicológica la depresión es desarticulada, sin embargo el malestar inconsciente no ha sido elaborado por lo que el síntoma fóbico se mantiene y cobra protagonismo.

La constitución psíquica del sujeto está marcada por las relaciones tempranas y esta a su vez marca la forma en la que el sujeto se concibe así mismo y cómo concibe al mundo, por tanto esto determina la forma en la que la persona se relaciona con su medio. La interpretación respecto del síntoma fóbico que se plantea en el presente trabajo parte de la moción de que para que el síntoma fóbico se presente es necesario una persona con un Yo debilitado frente a una situación de estrés, pues la persona con un Yo debilitado no cuenta con los recursos necesarios para enfrentarse a situaciones inesperadas, debido a que el dinamismo de la vida le angustia, por lo que ante la idea de un cambio el Yo activa su señal de alerta.

Como se aprecia en el caso clínico, el síntoma fóbico aparece posterior a un evento que implica un gran impacto en la vida de Sofía. El evento es descrito de forma puntual,

¹ El término <Ganancia secundaria> hace referencia al beneficio, ya sea a nivel psíquico, afectivo o físico, que recibe la persona de forma indirecta por el padecimiento de una patología. (Freud S. , 2012f [1926])

característica que se manifiesta en la fobia, y revela la relación que existe entre el síntoma fóbico con la vida afectiva de Sofía, a modo que es fácil de reconocer que el evento suscita a un conflicto interno, siendo el punto detonante el momento en el que Sofía da cuenta de la edad adulta de sus hijas, por lo tanto de su autonomía como individuo, en el que la presencia de la madre ya no es indispensable como en los primeros años de vida, en consecuencia aparecen en Sofía preguntas como: ¿Qué pasa si me pasa algo aquí y nadie se entera? ¿Qué pasa si nadie se entera y no me necesitan?”, por lo que se interpreta este miedo a la idea de la nulidad ante el otro como el malestar inconsciente, que resulta insoportable psíquicamente para Sofía. Cuestionamiento que es movido por el miedo a la pérdida o separación de sus hijas, a la pérdida del reconocimiento de las hijas hacia ellas.

Como se conoce, en el síntoma fóbico el Yo se encuentra debilitado, y la demanda de otro que haga de Yo auxiliar es una de las características básicas de esta patología, precisamente ante esta debilidad del Yo cuando este se siente amenazado y se manifiesta la neurosis, que no es otra cosa que un intento, fallido, del Yo por defenderse. El Yo en el síntoma fóbico se protege de la angustia insoportable provocada por malestar inconsciente, que amenaza la integridad psíquica del sujeto, utilizando como mecanismo la transposición de afecto, en el que la angustia de origen interno es traducida y trasladada a un objeto externo, que si bien es angustioso y evoca al malestar inconsciente resulta menos amenazante para la integridad psíquica que la angustia de origen interno. En el caso de Sofía la angustia de origen interno es a causa del miedo a la nulidad ante el otro, que tiene origen en el vínculo dependiente, que es trasladado y se camufla detrás de la angustia que le genera los espacios cerrados, especialmente los elevadores.

En la propuesta de la presente disertación se plantea el vínculo dependiente como generador del síntoma fóbico, hipótesis que es reflejada en el caso clínico expuesto, a modo que el relato de Sofía da cuenta que es a partir de la ausencia del otro que hace eco en su caducidad, en tanto la presencia o ausencia de otro incide en la percepción de validez que tiene Sofía de sí mismo como persona, y en consecuencia surge el cuestionamiento, de quién soy, quién soy en la ausencia y presencia del otro, que desencadena una situación angustiosa. Como se ha mencionado anteriormente Sofía se muestra como una persona ansiosa e insegura y se la relaciona con el tipo de apego ansioso-resistente, a sabiendas de que esta condición puede desencadenar varias patologías ante la presencia de un evento

que resulte estresante y dé como resultado un estado angustioso, así como lo es el síntoma fóbico. Con frecuencia estos eventos están relacionados a situaciones inesperadas, en las que la persona que tiene un Yo fragilizado no sabe cómo reaccionar, pues encuentra la dificultad de reaccionar de forma espontánea debido a la falta de recursos yoicos, un ejemplo claro es Sofía, quien ante situaciones no previstas se muestra ansiosa, situación que también revela una necesidad de control, característica que se presenta en la claustrofobia.

La necesidad de control que presenta Sofía ya sea el control de la puerta de salida, o control de una situación, incluso el control de la permanencia de personas a su lado también está ligada a la inestabilidad de su infancia, pues manifiesta la necesidad de prevenir situaciones que generen angustia y ansiedad. Por lo que se interpreta a esta necesidad de control como un mecanismo de defensa del Yo, para evitar que aquello que ha podido construir psíquicamente, a pesar de la inestabilidad en su vida, se vea afectado. Esta necesidad de control es ilusoria pues con ella se pretende prevenir situaciones angustiosas para la persona, además se puede conjeturar que detrás de la necesidad de control se encuentra un sujeto inseguro, ansioso y temeroso del mundo pues lo considera amenazante, un mundo devorador que ataca a la psique del sujeto, de la misma forma se puede interpretar que lo que teme es encontrarse nuevamente con ese entorno incapaz de brindarle seguridad. Las personas con necesidad de control suelen reaccionar con enojo e ira pues no son capaces de manejar la frustración, como se puede apreciar en el discurso de Sofía que describe que ante las situaciones imprevistas se siente “malgeñuda”, eso se debe a que las situaciones inesperadas generan un sentimiento de vulnerabilidad, pues denota la incapacidad de adaptación que se revelan en la falta de recursos y espontaneidad para reaccionar frente a situaciones y entornos nuevos o desconocidos, esto hace que el sujeto se encuentre constantemente en un estado de ansiedad y angustia.

Se define al síntoma fóbico como el miedo irracional, acompañado de una reacción desproporcionada, ante un objeto externo inofensivo, pues a pesar de que para la persona sea un objeto mutilante, este no representa un peligro real. Si bien el miedo irracional que evoca el objeto externo activa la angustia como señal para que el sujeto proteja su integridad, en la fobia esta angustia señal no tiene una función biológica de supervivencia, pues el objeto no es peligroso como tal, no obstante la angustia señal es activada por la función de autoconservación del Yo, debido a que el objeto externo evoca al malestar

inconsciente y amenaza con el bienestar psíquico del sujeto, pues este malestar es inconciliable para la persona. Como se puede observar en el caso de Sofía al permanecer en espacios cerrados, no poseer las llaves de la puerta o no tener acceso a la salida, se presenta un estado angustioso, que da cuenta de una perturbación interna que no ha podido ser apalabrada, pero que reclama una solución.

Para determinar si la patología se trata ciertamente de un síntoma fóbico es necesario que se cumplan algunas características, propuestas en el segundo capítulo del presente trabajo, que en el caso expuesto se puede encontrar varias de ellas, como: el comportamiento evitativo y de huida, que se da frente al objeto fóbico o situación que lo evoquen, llevando a la persona a un aislamiento que perjudica sus relaciones interpersonales, que en Sofía se ve reflejado al evitar las reuniones familiares que son en espacios cerrados, de igual manera evita frecuentar lugares atestados de personas y claramente evita utilizar los elevadores. Tanto el aislamiento como el comportamiento evitativo y de huida afectan y limitan la vida de Sofía, incluso en acciones cotidianas. Así mismo es fácil de reconocer en el discurso el miedo a la soledad, pérdida y abandono que además están relacionados al miedo a la muerte “ahorita mi preocupación es ocuparme para cuando me quede sola, se me hace feo de la vejez no estar acompañada y no valorarme por mí misma”, a esto agrega, “cada que piensa en la vejez se me produce un nudo en la garganta.”

En el capítulo dedicado al síntoma fóbico, dentro del cuadro clínico se señala que la persona “que padece la patología *recuerda con claridad el momento en que empezó su calvario. En efecto, al contrario de todas las neurosis que tienen un inicio más o menos indefinido, la fobia tiene una fecha y hora precisa de inicio. Antes de dicho día fatídico, la persona dice a menudo, aunque no siempre, gozar de un buen estado de salud (...)*” (Sassaroli & Lorenzino, 2012, págs. 39, 40), característica que también se puede apreciar en el relato de la Sofía, pues tiene como hipótesis un evento muy claro que describe con precisión y tiene fecha en el 2007. Otras características son la sensación de catástrofe inminente, la sensación de malestar y la sensación de vértigo que se manifiestan en Sofía al enfrentarse a espacios cerrados o solo ante la idea que su permanencia en ellos.

En el síntoma fóbico, como ha se ha señalado, a causa del Yo frágil de la persona se encuentra necesaria la presencia de otro que haga de Yo auxiliar, para que lo sostenga psíquicamente y lo ayude a enfrentarse a ese objeto amenazante, en tanto que el objeto fóbico mutila a la persona ocasionándole un sentimiento de incompletud, por tal razón le es necesario a Sofía otra persona a la cual concibe como refugio, pues ante su presencia la angustia cesa, en el caso de Sofía se ve continuamente la necesidad de que, como terapeuta, la acompañe al ascensor para así afrontar su temor y vencerlo. El Yo frágil también se ve reflejado en el temor constante a la soledad que viene acompañado con la idea angustiosa de sufrir algún infortunio y nadie pudiera asistirle, temor que se manifiesta en el discurso de Sofía al imaginarse sola en un elevador.

Durante la séptima sesión comenta “me subí a un bus, al principio me sentí nerviosa pero luego le quedé viendo a la puerta y le dije, en mi mente, ya no te tengo miedo”, a partir de este suceso Sofía se propone hacer el intento de subirse en un ascensor, por lo que en la décimo primera sesión manifiesta que lo hecho con sus compañeras del curso de corte y confección al que asiste. A la siguiente sesión menciona “soy más feliz, me liberé de algo que me ahogaba, me fastidiaba la vida.” Lo que manifiesta Sofía denota que al fortalecer los recursos yoicos la persona puede enfrentarse a situaciones angustiosas sin la necesidad de otro, lo que le otorga autonomía en su propio ser.

El sujeto con el Yo frágil se encuentra temeroso, ansioso y angustiado ante situaciones que cree ser incapaz de sobrellevar por lo que encuentra indispensable buscar la presencia de otra persona a la que ha posicionado como fuente de seguridad, sin embargo, en ocasiones, esto puede generar un vínculo dependiente o como en el caso de Sofía acentuarlo aún más y sostenerlo. Esta fuente de seguridad, un otro, cumple el papel de objeto contrafóbico pues alivia la angustia inconciliable a la que se enfrenta el sujeto en dicha patología, en el caso clínico presentado el objeto contrafóbico no solo son sus familiares, sino también el frasco del jarabe de *complejo B* que lleva consigo en su cartera en caso de emergencia, pues a este lo ha asociado con su hija mayor y simbólicamente se encuentra acompañada generando una sensación de protección y calma.

La fobia es una patología que afecta al sujeto no solo a nivel psíquico sino también a nivel físico, dado que su afecto predominante es la angustia y esta tiene repercusiones

corporales, que según Freud, “las de más frecuentes y nítidas son las que sobrevienen en los órganos de la respiración y en el corazón” (Freud S. , 2012o [1926], pág. 125), lo que involucra temblores, sudoración, elevación del ritmo cardíaco, entre otras afecciones, que gracias al discurso de Sofía se sabe que estas también se presentan ante el objeto de fobia, Sofía describe sus síntomas: “me sentí aterrada, con pánico, me empecé ahogar, sentía que me faltaba el aire, sentía que mi corazón latía muy rápido”.

Como se ha de apreciar tomando en consideración las características psíquicas y físicas que se manifiestan en la patología, Sofía al presentar varias de ellas se afirma que nos encontramos frente al diagnóstico de un síntoma fóbico, mas no hemos de olvidar que el síntoma fóbico no es más que una fachada del conflicto inconsciente, que tiene como intención utilizar esta patología para darse a conocer en tanto demanda ser tramitada y en consecuencia darle una solución a tal malestar.

La propuesta de Bowlby, que se plantea en el segundo capítulo, acerca del síntoma fóbico conduce a otro indicio, que además de ser consecuencia de la debilidad yoica, apuntala a la confirmación de la relación existente entre la dependencia, como patología, y el síntoma fóbico, pues, en el texto *La Separación*, menciona que el estado ansioso y de angustia que se desata en la patología de la fobia es a causa de la pérdida de seguridad, de una situación que propicia una estabilidad emocional, esto hace referencia a la ausencia o separación, forzosa, de una figura de afecto a la cual se ha ubicado como fuente de seguridad, en Sofía, como fuente de reconocimiento que garantiza su validez como sujeto, además de hacer eco y responder a la necesidad narcisista de afecto que se ve en falta. La dependencia patológica de Sofía dispara la señal de alerta activada por la intención de defensa del Yo, en el que se pretende evitar que su integridad psíquica se vea afectada por tal insoportable amenaza, lo que conduce a Sofía a aferrarse a un más al otro que garantiza su integridad psíquica, sus hijas, con la intención de negar una posible separación. Esta negación al contrario de defender al Yo, dificulta el proceso de duelo indispensable ante una separación provocando aún mayor angustia y ansiedad, así mismo al aferrarse a esta figura tiene como consecuencia que Sofía se enganche aun más en el vínculo patológico, el cual le impide reconocerse como un ser autónomo. En la cita, anteriormente utilizada, Bowlby señala que “la situación de peligro es una situación identificable de desamparo, recordada y prevista” (Bowlby, 1985, pág. 102) y resulta indiscutible que en el síntoma fóbico la persona

se encuentra frente a una situación inminentemente peligrosa, a nivel psíquico, que como se revela en Sofía, genera un estado de angustia por la falta de una fuente de seguridad, que no solo apuntala al temor de perder a sus hijas, sino que evoca a la falta de una respuesta relacional esperada por parte de sus figuras paternas.

A lo largo de la exposición bibliográfica y del análisis producido, se puede observar que en el síntoma fóbico al realizar un traspaso de angustia interna a angustia externa, recurre al desplazamiento y a la evitación de una situación traumática ligada al complejo de castración o a un conflicto materno, en esta ocasión será al conflicto que se da en torno al rol materno al que se indagará con el propósito académico, pues en el caso clínico nos direcciona hacia éste, sin embargo no se puede obviar que el conflicto materno que se evidencia en Sofía está ligado al complejo de castración, a grosso modo se puede decir que en el relato, se ve un claro conflicto con su madre, pues al posicionarla como figura de referencia, ve en ella y a la vez se identifica con la falta o no posesión de aquello que le hace merecedora del amor del padre, y ante la ausencia de este surge la idea de rechazo, de nulidad, debido a esto manifiesta inconscientemente un reclamo hacia su madre que retorna en la idea de que Sofía no está completa, no posee aquello que otro pueda amar.

En este punto es indispensable enfocarse en el objeto de fobia elegido por el sujeto que en este caso son los espacios cerrados, especialmente a los elevadores, tomando en cuenta que el objeto elegido cumple la función de metáfora en tanto no es elegido de forma azarosa, inconscientemente ha sido seleccionado como vía para darse a conocer y responder a la demanda de ser elaborado.

Sofía ha tomado por objeto de fobia a los elevadores. El elevador al ser un espacio cerrado que tiene puertas que controlan el ingreso, salida y permanencia en él evoca a la matriz, al vientre materno, que es un espacio al cual se lo relaciona con la ternura y protección en el que la delicadeza prima y apuntala a la feminidad, a la mujer particularmente en el desempeño del rol materno, sin embargo este espacio que acoge y protege también puede tornarse amenazante y devorador ya que es un espacio reducido y la movilidad es limitada, en el que al contrario de provocar un sentimiento de seguridad se produce una sensación de encierro y asfixia.

La madre en la vida del sujeto cumple un papel importante, pues es el otro primordial encargado del cuidado del infante, en ella se encarna la dulzura y delicadeza indispensable para un desarrollo psíquico adecuado, sin embargo la mujer que desempeña el rol de madre también tiene su propia historia, por lo tanto trae consigo, así como todos los sujetos, un inconsciente cargado de experiencias que la constituyen como la persona que es, por lo que se conjetura que la madre es tan buena o tan mala como los parámetros que su constitución psíquica le permiten. En el caso de Sofía percibe a su madre como una figura distante, poco afectiva e incluso bastante crítica con ella, pero a su vez es su referente de función materna en el que se ha constituido Sofía para cumplir este rol con sus hijas.

El reclamo constante de afecto y aprobación de Sofía tiene origen en la relación parental, que es sentido por Sofía como una falla en el rol que su madre desempeñó cuando Sofía era una niña, pero la queja de carencia se mantiene inconscientemente hasta su vida adulta, esta búsqueda al no recibir respuesta se ha movilizó a otras relaciones que mantiene Sofía, afectando la forma en la que se relaciona con el mundo, que claramente la vemos depositada en la relación con sus hijas. La respuesta a la que Sofía se encuentra en espera, lastimosamente jamás se presentará como ella la demanda, pues esta respuesta era necesaria en su infancia y ahora en su vida adulta a pesar de tener el cariño y atención de su familia Sofía se ha constituido psíquicamente en la discurso del rechazo y carencia afectiva. Es por esto que se da la patología vincular, pues teme fracasar en el rol materno con sus hijas como siente que su madre lo hizo con ella. Este miedo al fracaso en el rol materno esconde un miedo a que sea la causa que desencadene la separación con sus hijas.

Esta idea angustiosa a separarse de sus hijas, sostiene el cuestionamiento que surge ante el evento descrito como inicio del síntoma fóbico y se lo encuentra constantemente en el discurso central de la fobia. Si bien Sofía tiene miedo a los espacios cerrados lo que teme es encontrarse sola en él o sentirse asfixiada, lo que se traduce como temor a quedarse sola en el útero, en la función materna, al encontrarse con el “nido vacío”.

En la penúltima sesión, Sofía plantea la situación que le generaba malestar de una forma distinta, pues su discurso al hablar de su segunda hija ya no gira en torno a la pérdida, a lo que menciona “estoy más tranquila, mi hija se va a casar porque está enamorada y no

porque quiere salir de la casa. No la voy a perder, voy a ganar un hijo”, así mismo menciona que la salida del hogar de su hija mayor es una oportunidad para dedicar tiempo a actividades de su agrado y para relacionarse mejor con su esposo, el cual ya es incluido en el discurso y manifiesta que ha empezado a disfrutar de su compañía como pareja. Al finalizar la sesión Sofía cierra su discurso mencionando que “ya me subí sola a un ascensor y no me dio miedo ni sentí nada.” La relación, planteada como hipótesis, entre el vínculo y el síntoma fóbico también se puede apreciar en el devenir de la cura, en tanto se ha logrado apalabrar y elaborar el malestar inconsciente, que se encontraba anudado por el vínculo dependiente, y por añadidura se ha desarticulado el síntoma fóbico.

Sofía constantemente demanda la presencia o el reconocimiento de otro, por lo que ante la soledad se presenta ansiosa, esto se evidencia aun más cuando se encuentra en un espacio cerrado, especialmente ante un elevador. Dado que el elevador es el objeto que despierta la angustia en Sofía, esta se siente mutilada y da cuenta de un yo debilitado por lo que necesita de otro que la sostenga psíquicamente y la proteja físicamente.

IV. CONCLUSIONES

En respuesta a los objetivos, inicialmente planteados, mediante la investigación y análisis acerca de la relación entre el vínculo dependiente y el síntoma fóbico se ha llegado a las siguientes conclusiones:

En el caso de Sofía, los períodos de ausencia del padre y el distanciamiento afectivo por parte de la madre han sido factores determinantes en su constitución psíquica, además han marcado la vida afectiva y por ende vincular de Sofía, desencadenado un apego ansioso-resistente.

El modelo relacional que se instaura en la niñez acompaña a la persona a lo largo de la vida, como se ejemplifica en el caso expuesto, Sofía quien se ha constituido a partir de la carencia afectiva y desamparo, en su vida adulta manifiesta una constante búsqueda de aprobación y afecto por lo que se angustia ante la idea de separación o abandono.

Como se aprecia en el análisis, la falta de una base segura durante la infancia provoca la constitución de un sujeto ansioso, lo que da paso al desarrollo de varias patologías.

El vínculo dependiente acontece cuando el tipo de apego instaurado en el sujeto es de tipo ansioso, pues en este se manifiesta un miedo rotundo ante la idea de pérdida o abandono del objeto, además de que concibe a lo externo como atemorizante. El sujeto dependiente se concibe a sí mismo como un sujeto vulnerable e incompleto, por lo que le es necesario la presencia de otro que lo sostenga. De igual manera necesita la aprobación constante de otro.

En base a la presente investigación, el síntoma fóbico es utilizado como mecanismo de defensa del Yo, que se ve amenazado por una angustia interna que ha sido ubicada en el espacio. Por lo que la demanda de otro que la proteja físicamente en realidad encubre la necesidad de un resguardo psíquico.

De acuerdo con el análisis producido, el objeto fóbico ha sido elegido por el inconsciente a modo de metáfora, que simboliza y cuenta aquello que le aqueja al sujeto y no ha podido ser tramitado.

En base a la hipótesis inicial que propone: El vínculo dependiente es un factor para el desarrollo del síntoma fóbico.

Se afirma de acuerdo a las conclusiones obtenidas del análisis bibliográfico y clínico, que el vínculo dependiente es considerado un factor que genera y sostiene al síntoma fóbico, en tanto éste se encuentre ante una crisis o una situación de estrés que actúe como detonante para la manifestación de la patología.

La relación que existe entre el vínculo dependiente y el síntoma fóbico, remonta a las relaciones tempranas que mantiene el sujeto, pues a través de las experiencias otorgadas por estas el sujeto se construye y concibe a sí mismo y al mundo, y ante la falta de referentes estables la persona se constituye como una persona ansiosa en la que puede devenir la dependencia patológica, y ante la idea de pérdida o separación, de ese otro con el que se ha producido la ligazón patológica, puede desencadenar un síntoma fóbico.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda tomar en cuenta el entorno familiar, social y cultural en el que el sujeto se desarrolla, para realizar de forma adecuada y pertinente un análisis e interpretación tanto del caso clínico, como del malestar que trae el paciente a consulta, pues como se puede apreciar en el caso expuesto estos factores inciden de forma directa o indirecta en el desarrollo de la patología.

Ante un paciente que presente dependencia patológica, es necesario realizar una revisión de la historia vincular para poder llegar al origen de la patología, que normalmente apuntala a las relaciones parentales, para así facilitar en el paciente la elaboración y fortalecer sus recursos yoicos.

Si bien en el caso de estudio se ha comprobado la hipótesis planteada, se sugiere realizar una investigación sobre la incidencia del vínculo dependiente como generador del síntoma fóbico en una muestra significativa.

Se recomienda a los profesionales del campo psicológico, fomentar espacios en los que se pueda instruir a los padres sobre la importancia de su presencia en los primeros años de vida de sus hijos, de igual manera sobre la crianza con amor y respeto.

Este estudio plantea la importancia del rol materno y paterno en la constitución psíquica del infante, por lo que se recomienda compartir tiempo de calidad proporcionándole al infante una base segura para un desarrollo sano.

Bibliografía

- Arcos, L., & Antonieta, V. M. (1994). *Tesis: Lectura de "Madame Bovary"*. Quito: Pontificia universidad Católica del Ecuador. Facultad de psicología.
- Assoun, P.-L. (2002). *Lecciones psicoanalíticas sobre las fobias*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *La Separación*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CIE-10. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington: OMS.
- Dolto, F. (1989). *Cuando los padres se separan*. Barcelona: Paidós.
- Dolto, F. (2004). *Seminario de Psicoanálisis de niños (Tomo I)*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (2006). *Seminario de Psicoanálisis de niños (Tomo II)*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (2012a [1917]). 25° conferencia. La angustia. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XVI)* (págs. 357-377). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012b [1933]). 32° conferencia. Angustia y vida pulsional. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XXII)* (págs. 75-103). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012c [1933]). 33° conferencia. La feminidad. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XXII)* (págs. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012d [1909]). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo X)* (págs. 1-118). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012e [1924]). El sepultamiento del complejo de Edipo. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XIX)* (págs. 177-187). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012f [1926]). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XX)* (págs. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012g [1914]). Introducción al Narcisismo. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XIV)* (págs. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2012h [1894]). Las neuropsicosis de defensa. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo III)* (págs. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012i [1919]). Lo ominoso. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XVII)* (págs. 215-251). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012j [1896]). Manuscrito K. Las neurosis de defensa. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo I)* (págs. 260-268). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012k [1920]). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XVIII)* (págs. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012l [1985]). Obsesiones y Fobias. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo III)* (págs. 69-84). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012m [1921]). Psicología de las masas y análisis del yo . En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XVIII)* (págs. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012n [1915]). Pulsiones y sus destinos. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XIV)* (págs. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012o [1912]). Sobre la dinámica de transferencia. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XII)* (págs. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012p [1908]). Sobre teorías sexuales infantiles. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo IX)* (págs. 183-202). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012q [1910]). Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci. En S. Freud, *Obras completas (Tomo XI)* (págs. 53-127). Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- March, J. (2002). *Diccionario de Mitología Clásica*. Barcelona: Crítica.
- Marco, C. (1995). *Breve Diccionario de fobias comunes*. Quito: Schering Ecuatoriana.
- Menassa Miguel, D. A. (1996). *Deseo de Nada: Fobia y Fetiche*. Madrid: Grupo Cero.
- Moreno, J. R. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Madrid: Pirámide.
- Nasio, J. D. (2001). *El dolor en la Histeria*. Argentina: Paidós.
- Neme, R. M. (11 de 2004). Las Fobias. *Relaciones (N° 246)* .
- Odier, C. (1961). *La Angustia y el pensamiento magico*. Mexico: Fondo de Cultura Economica.
- Pichon-Rivière, E. (2006). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Vision.

RAE. (2001). *Diccionario de la Lengua Española* . España: Espasa.

Sassaroli, S., & Lorenzino, R. (2012). *Miedos y Fobias: Causas, características y terapias*. Barcelona: Paidós.

Serrano, C. (05 de 11 de 2002). *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*. Recuperado el 20 de 04 de 2015, de Lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo, y el problema de la dominación (N° 12): <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000224&a=Los-lazos-del-amor-Psicoanalisis-feminismo-y-el-problema-de-la-dominacion>

Sopena, C. (2006). Mecanismos de defensa en las neurosis. *Revista de Psicoanálisis (Asociación Psicoanalítica de Madrid) (N°47)* , 103-122.

Stein y Cols., D. J. (2010). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Lexus.

Winnicott, D. (1961). *Biblioteca D. Winnicott*. Recuperado el 23 de 04 de 2015, de La teoría de la relación entre progenitores-infantes: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/teoria.htm>

Winnicott, D. (1997). *Conozca a su niño: psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis (1896)*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1956). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.