

## ¿POR QUÉ LE LLAMAN ANSIEDAD CUANDO QUIEREN DECIR MIEDO?

Conferencia presentada en el I Congreso de Salud Mental en Aguilas (Murcia)

*Dr. Luis Raimundo Guerra Cid*

Instituto de psicoterapia de orientación psicoanalítica y antropología

La ansiedad es una entidad con referencias vegetativas, neurofisiológicas, cognitivas y emocionales diversas. El concepto clínico de ansiedad, al igual que la manida “depresión” o como también señala Cencillo (2008) en el último libro que publicó sobre psicoterapia, las obsesiones, son entidades psicopatológicas que aparecen continuamente en diversos trastornos psicológicos, desde los neuróticos a los trastornos de la personalidad. Precisamente por esa capacidad casi ubicua de aparición son aspectos que llevan a confusiones en el diagnóstico diferencial y en su tratamiento. La confusión primordial suele ser tomar el síntoma (o uno de los síntomas centrales) como el síndrome, por ejemplo la tristeza por depresión, las obsesiones como una neurosis obsesiva o, como en el caso que nos ocupa, un síntoma de ansiedad como un cuadro de “pura” neurosis ansiosa como a veces se interpreta el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

El caso es que aquella reflexión del Profesor Cencillo, que refería a que hoy en día se diagnostica de depresión y de su referente conjunto la ansiedad, como siglos atrás se hacía con las calenturas (2002), sigue bastante vigente todavía, quizá más. Se deriva de aquí otro problema, el cual reside en imponer un tratamiento basado básicamente en “paliativos” de la ansiedad, como puede ser la relajación y/o psicofármacos por un lado y una no exploración profunda etiológica de

los factores que llevan a esa ansiedad por otro; dicha tesis se nos antoja un error agregio. Siguiendo con la metáfora de aquella medicina de antaño parece que, en ocasiones, las sanguijuelas que antes se ponían al sujeto ahora son psicofármacos o técnicas de relajación expres cuya función no es otra que acallar todos los signos que el estado de ánimo emite sin escuchar, elaborar ni comprender la realidad de esa persona concreta que se queja, es decir, sin tratar de descifrar siquiera superficialmente lo que está operando por detrás del síntoma.

No es que esté afirmando que aquellas sanguijuelas tengan la misma capacidad terapéutica que los psicofármacos, ni mucho menos, pero sí que en la práctica clínica actual se observa cómo se dan éstos psicofármacos “por inercia” y por sistema (Guerra Cid, 2004).

Por supuesto que, entre otros, los componentes benzodiazepínicos se muestran bastante eficaces como atenuadores de la ansiedad, pero lo que es más dudoso es que por sí solos, sin un cotratamiento psicoterapéutico, tengan un efecto resolutorio de las circunstancias estructurales de la personalidad del individuo que, en último término, “crea” y “recrea” síntomas.

Así que, retomando el título de esta conferencia, si somos puristas con lo que realmente observamos en la práctica clínica cotidiana, cuando un paciente acude a consulta con problemas de ansiedad o cuando nosotros detectamos una ansiedad elevada y psicopatológicamente relevante, hay un correlato fisiológico que apunta más bien al término “angustia” que al más vago de “ansiedad”. Cabe recordar que fue la psiquiatría francesa la que diferenció entre anisete (ansiedad más cognitiva) y angoisse (ansiedad cognitiva y fisiológica con un mayor grado de incertidumbre y desconocimiento de los hechos que desatan esta sensación).

En muchas ocasiones la ansiedad (como decimos, más bien angustia) es un pródromo y/o un indicativo de estructuras de corte fóbico. Es curioso cómo se pueden “confundir” las ansiedades con los miedos en el sentido de tomar como “simple ansiedad” un cuadro o unos pocos síntomas, a priori autónomos, sin conectarlo con posibles fobias. Desde un discurso psicodinámico no habría tanta confusión, porque la “traducción” a este modelo epistemológico y clínico sería algo así como “por qué lo llaman angustia cuando quieren decir fobia” y el planteamiento de unión de estas dos entidades psicopatológicas está bien documentado y estudiado puesto que se remite a hace exactamente 100 años con la publicación del caso del “Pequeño Hans” por Freud.

A este respecto, y ya que estamos acotando terminológicamente estas entidades, otra puntualización que cabe realizar es que cuando hablamos de miedo no lo hacemos como aquel temor evolutivo al que refieren algunos autores postkleinianos<sup>1</sup> que luego se resuelven mediante un proceso de maduración, sino que lo hacemos con un matiz más purista relacionado con lo clínicamente sintomático como fóbico, aunque lo fóbico no necesariamente sea algo concreto y cotidiano para el clínico (agorafobia, acrofobia, zoofobia etc.) sino que puede ser algo más existencial (miedo a la responsabilidad o miedo a la evaluación del entorno social por ejemplo).

Pero, antes de continuar con disquisiciones psicodinámicas y de diagnóstico diferencial, que se verán mucho más claras con casos clínicos, creo que es conveniente dar en este punto una respuesta a la pregunta: ¿Por qué lo llaman ansiedad cuando quieren decir miedo?.

---

<sup>1</sup> Entre los que se hallan Harris o Dares entre otros.

Antes de contestar, hemos de dejar claro que no estamos diciendo que siempre que el paciente sienta ansiedad detrás tengamos que hallar siempre una respuesta de miedo. La ansiedad puede ser o bien el aviso o bien el pródromo de otros muchos problemas psicológicos (por ejemplo, los trastornos distímicos y depresivos o de neurosis obsesivas), sino que tratamos más bien de dilucidar por qué se habla en términos genéricos y abstractos de ansiedad sin llegar a observar estructuras de corte fóbico que están intrincadas en la personalidad del paciente.

Esta confusión, en nuestra opinión, ocurre en los dos polos de los protagonistas del tratamiento, esto es, en el paciente y en el clínico.

Un peligro de la práctica clínica es, como señalamos anteriormente, confundir los síntomas con síndromes y además tomar esos síntomas como el eje central del tratamiento a la hora de intervenir. Otro error común reside en no seguir la trayectoria del síntoma hasta sus orígenes, siquiera de un modo de aproximación mediante un pequeño screening. Y no es que se trate, como a menudo se cree sesgadamente, en tener que hacer espectaculares interpretaciones y reconstrucciones históricas “a bote pronto”, sino en hipotetizar acerca de cuales pueden ser las causas de la ansiedad, utilizando para ello la escucha activa y comprensiva de aquello que el paciente cuenta que le ocurre y cómo le ocurre (además, por supuesto, de la lectura entre líneas y de las conexiones que pueda haber y que el paciente no asume, que podamos hacer nosotros como clínicos).

En el otro polo, por parte del paciente, a menudo le es más cómodo hablar o dejarse diagnosticar de una ansiedad difusa que de un temor más relacionado con la ansiedad de separación, una neurosis abandonica o un trastorno de la personalidad. De hecho, en nuestra sociedad alexitímica, es bastante difícil escarbar en los sentimientos y muchos pacientes no llegan a definirnos su malestar mucho

más allá del “agobio”. Por lo cual, a través de esa cualidad alexitímica en la que abunda a menudo el paciente, vemos cómo se produce una condensación de afectos y emociones que en muchas ocasiones sólo es capaz de cifrar como ansiedad, conteniendo ira, miedo al abandono, inseguridad...

Todo lo dicho anteriormente conlleva el peligro de que el clínico de algún modo le de la razón al paciente, considerando que tiene ansiedad o que está deprimido simplemente, sin socavar más las conexiones de esta sintomática con otro trastorno y sin buscar una etiología concreta al no parecer ser más que una frívola y banal “ansiedad en el trabajo” o “agobio por la hipoteca”.

Dicha situación, a parte de los problemas que hasta ahora hemos connotado, añaden además la problemática de que dejamos al paciente acuartelado en una suerte de decisión basada en no profundizar. Cuando la angustia se produce, normalmente está proporcionando el beneficio primario de encubrir o marginar ciertas representaciones y/o hechos traumáticos al paciente; como beneficio secundario encontramos también que el clínico que no diagnostica más allá, no hace que el paciente se enfrente a un miedo o a una fobia, muchas de las cuales hoy en día se transcriben a lo existencial. Es mucho más cómodo ser ansioso que no temeroso, dado que, obviamente en nuestra cultura occidental, si nos hemos de hallar dentro de un margen de debilidad parece ser que el mal menor (el que nos indica que estamos más adaptados socialmente) es que seamos ansiosos, habitualmente con la excusa del impacto que el estrés de este tiempo realiza en nuestras vidas.

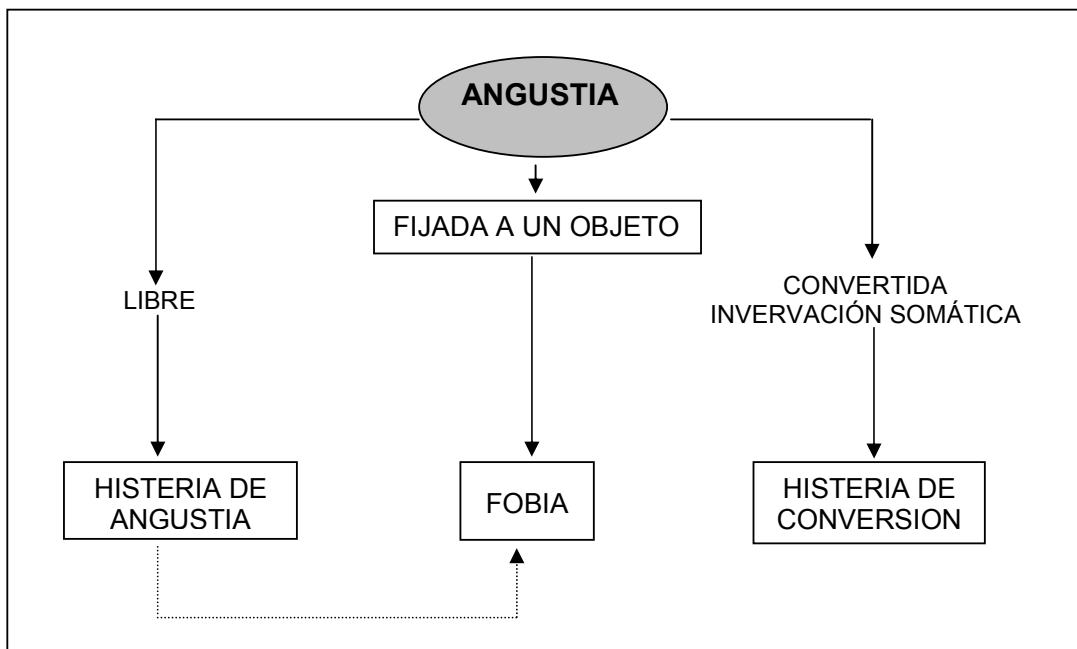
Señala Coderch (1985), con gran acierto, que en las neurosis de ansiedad el paciente prefiere pensar que sus episodios de ahogo, taquicardias o dificultades respiratorias producidos por ésta, tiene que ver con una problemática que proviene

de lo físico (por ejemplo, un problema coronario) en vez de con algo que viene modulado por una conflictiva del inconsciente, puesto que ello le da en realidad más miedo (cuando paradójicamente el tener un trastorno biofísico debería de asustar más a quien lo padece). Así racionaliza el paciente con que su sintomatología proviene en concreto de un órgano y que ha de serle tratado o extirpado. Todo ello conecta a menudo con el denominado paciente psicósomático.

Esto hoy en día sigue vigente, aunque más aún lo está el que algunos clínicos solo hablen en términos neuroquímicos y de fluctuación de neurotransmisores en detrimento del discurso referente a la distorsión emocional con el consiguiente cliché prescriptivo de medicar un ansiolítico como tratamiento. Desde luego, reitero, muchos preparados benzodiazepínicos son bastante resolutorios para cuando existe ansiedad y pueden resultar muy convenientes como cotratamiento, pero tapar el síntoma en vez de comprenderlo en su totalidad es fatal, a menudo, para la terapéutica del paciente.

Una vez aclarados estos aspectos podemos centrarnos en la psicodinámica de la Fobia. Anteriormente referíamos a que no necesariamente cuando hay ansiedad o angustia ésta se encuentra en la infraestructura de una fobia, sino que puede conducir a cuadros de índole distinta, por ejemplo, distimias y depresiones. Sin embargo, desde la teoría psicoanalítica se ha planteado y argumentado que siempre que hay cierto grado de fobia la ansiedad y angustia estará conectada a ella. Esto se debe a que la angustia si no circula libremente tiene como salidas básicas la conversión y los focos fóbicos. Esta teoría, conocida como la formación de síntomas Fóbicos por transposición de angustia, deduce que la angustia no es más que un eslabón de una patología que conecta con una estructura de

personalidad denominada histeroide, dicha tesitura clínica constituye un ejemplo de lo que trato de exponer en la presente conferencia: la complejidad de cadenas y síntomas asociados a una personalidad desajustada (que es en último término lo que psicoterapeutas y médicos observan) y el peligro de detenerse al comienzo de esa cadena de acontecimientos. En el siguiente esquema se muestra la conexión de la angustia con la estructura histérica.



Cuadro 1: relación de la angustia con la histeria. Tomado de Villamarzo (1991)

La angustia, que se muestra como síntoma dominante en la percepción del individuo, puede quedar libre provocándose una angustia flotante; cuando esta se fija en lo somático queda realizada un histeria de conversión (produciéndose un fallo funcional en el organismo sin que halla una causa biológica que lo explique como

por ejemplo el adormecimiento de extremidades o parálisis histerógenas). Si la angustia queda fijada a uno o varios objetos la histeria de angustia da un paso más para convertirse en una neurosis fóbica. Cabe decir que la relación entre histeria de angustia y neurosis fóbica es muy estrecha y que tal como Freud advirtió en la epícrisis del caso del pequeño Hans, la histeria de angustia evoluciona cada vez más hacia la neurosis fóbica. Esta neurosis, por tanto, no es más que una fase avanzada de la histeria de angustia (Villamarzo, 1991). Cabe señalar que la histeria de angustia no es sinónimo de angustia sin más<sup>2</sup>, sino que por el contrario indica que esta se halla vinculada con toda clase de elementos<sup>3</sup> por lo cual no está absolutamente libre ni flotante, simplemente, que a priori no se pueden hallar conexiones fácilmente.

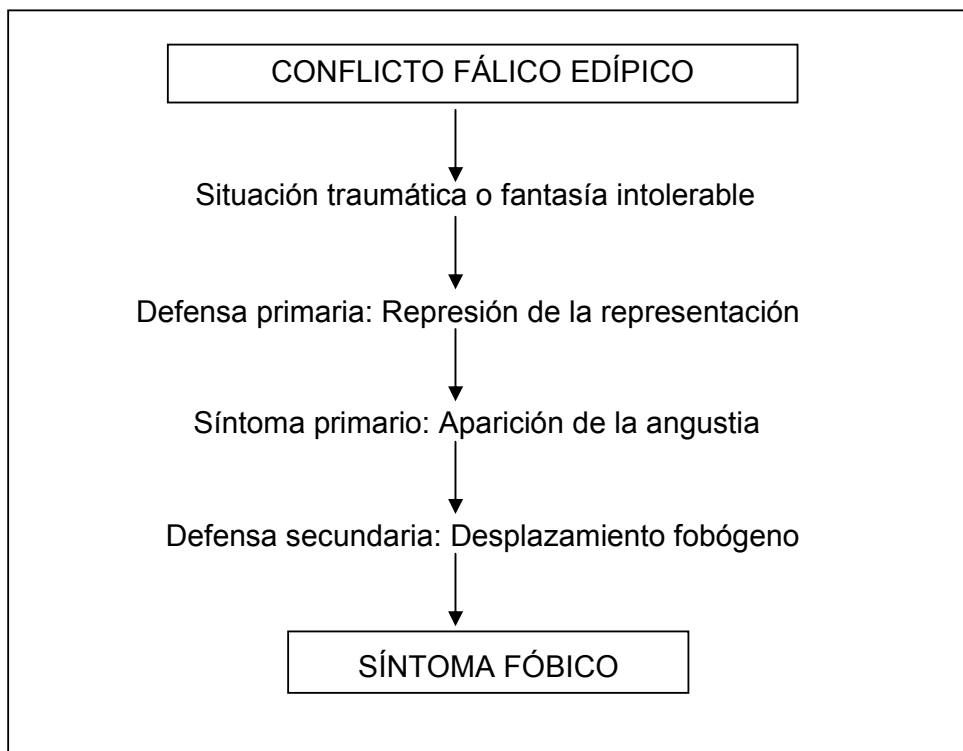
Deteniéndonos ahora en la producción del síntoma fóbico, observamos que la psicodinamia freudiana al respecto de la constitución de este fenómeno, analiza un procedimiento de formación del síntoma en el que se hallan implicados diferentes mecanismos defensivos y operaciones intrapsíquicas. El fin didáctico que perseguimos con esta explicación es complementar el anterior cuadro explicativo, a la vez que mostrar la complejidad que la dinámica angustia-fobia connota, para así invitar al bosquejo en la anamnesis de los pacientes en busca de los componentes de la producción del síntoma que observamos, el cual no es más que el último eslabón de una larga cadena. Esquemáticamente sería como sigue:

---

<sup>2</sup> Nótese que cuando hablamos de Histeria de Angustia no estamos abundando en la discusión del principio de nuevo sobre si la ansiedad se confunde con un cuadro más complejo, dado que la histeria de angustia en sí constituye un complejo cuadro que no es equiparable a un síntoma de angustia o ansiedad.

<sup>3</sup> De hecho tal y como señalamos en otro lugar estas personalidades son, a ojos del psicoterapeuta, a menudo vistas como “panfóbicas”, dado el amplio registro de ansiedad que muestran ante gran variedad de elementos intrapsíquicos y ambientales (Guerra Cid, 2004, 2006). Del mismo modo señala Coderch (1985, p 113) cómo en las neurosis de ansiedad se observa que estos pacientes lo temen todo y nada al mismo tiempo, dado que la ansiedad flotante tiene capacidad para fijarse en cualquier hecho concreto.





Cuadro 2. Formación del síntoma fóbico desde la óptica freudiana (Villamarzo, 1991)

Cien años se cumplen de la publicación del pequeño Hans<sup>4</sup> (o “caso juanito”) y de la explicación que Freud hizo de éste con la aplicación del esquema propuesto en el cuadro 2. Dicha exposición sigue siendo hoy en día controvertida.

<sup>4</sup> Grosso modo el “caso Hans” trata de un niño de cinco años con fobia a los caballos. Los principales factores de importancia para Freud se encontraban, por un lado, en la amenaza por parte de un médico de “Cortarle la cosa de hacer pipí ” si se seguía tocando el pene, lo cual se asoció desde el primer momento a la amenaza de castración. Otro aspecto de interés en el caso son los deseos del niño de, cómo él mismo enunció, que el padre desaparezca para poder quedarse con la madre. Es relevante también para el caso, aunque quizá no se le dio la importancia merecida, que los síntomas se dispararon después de haber episodios de angustia y sueños relacionados con el abandono de la madre.

Así que lo fundamental del caso reside en que el complejo de Edipo, con sus consiguientes deseos de exclusividad materna desarrollados, junto a las amenazas de castración producen un desplazamiento de la

Comienza por explicarse, en la parte superior con la aparición del conflicto fálico-edípico el cual a grandes rasgos tiene que ver con la rivalidad por parte del niño por obtener la atención de la madre a la vez que aún no está clara la diferenciación de sexos siendo sumamente importante el concepto de angustia de castración, puesto que en teoría sólo se entiende la existencia del sexo masculino en ese periodo de edad. La importancia de ello es más que discutible, sobre todo que siempre actúe el mismo mecanismo del mismo modo<sup>5</sup>. Autores como Kohut rechazan esta propuesta dado que él afirma que el infante puede entrar y salir de esta fase edípica airoso cuando no existe una influencia patologizante del entorno (sobre todo cuando los padres no la hacen vivir de modo traumático ni castrante). Además, añadiríamos nosotros por nuestra experiencia clínica y ajena, que hay complejos de castración que se pueden entender más simbólicas y relacionadas con castraciones intelectuales, creativas, de expresividad...y que así son también vividas por el niño en detrimento de una vivencia del temor de la castración “física”.

Lo más importante de este esquema es que hemos de observar que las situaciones de trauma o las fantasías que le pueden resultar intolerables al paciente (en el caso que nos ocupa Hans fantaseaba con quedarse solo con su madre a la vez que excluir al padre), provocan distintas reacciones ante ello a nivel intrapsíquico: mecanismos de defensa como la represión o el desplazamiento que a su vez van provocando los síntomas, que van desde la angustia a la fobia.

---

angustia de castración y exclusión al caballo como elemento fobógeno (para así evitar algo real y dejar de sufrir angustia ante lo que realmente le crea conflicto y que “flota” en el inconsciente y no tiene comprensión), a través de varias cadenas de asociación simbólica. Por ejemplo, se asocia el que el caballo pueda morder con la castración o el temor que tiene el niño cuando el caballo se cae delante de él con la muerte del padre (fantaseada por él no como muerte, probablemente, pero sí como exclusión).

<sup>5</sup> Podemos estar de acuerdo en que este modelo freudiano guarda un exceso de celo mecanicista, pero obviamente Freud era un hombre de su época e investigaba a través de los modelos epistemológicos vigentes decimonónicos (décadas atrás Darwin también dio explicaciones funcionalistas para explicar el origen de las especies). El caso es que, pese a lo discutible que puedan parecer sus explicaciones, desde luego es un modelo que no lleva a equívocos entre angustia y fobia sino que, por el contrario, delimita y analiza con suma precisión cada fase del proceso de formación de los síntomas.

Insistimos que, aunque sea a menudo muy discutido este caso, lo más importante es el análisis de la cantidad de operaciones intrapsíquicas y cognitivas que se hallan como intermediarias a la aparición del síntoma. Reitero una vez más, la idea fundamental es que tras una mera ansiedad o angustia pueden dispararse estados psicopatológicos diversos que se relacionan con lo fobia específica (zoofobia, acrofobia... ) o inespecífica (algo así como el temor a enfrentarse a la vida en sí que se representa en el sufrimiento de realizar lo cotidiano observado en muchas personas que se hallan dentro de los que comúnmente se suelen llamar trastornos de la personalidad).

Una vez llegados a este punto cabe señalar que, aunque hemos escogido este ejemplo clínico histórico como referente, ésta es sólo una forma de constitución de la fobia denominada transposición de angustia. E. Dío Bleichmar (1991, p21-22) nos señala muy acertadamente el carácter polietiológico de las estructuras fóbicas, las cuales pueden producirse por diversas condiciones, teniendo en cuenta, a su vez, que en cada una de ellas suele haber diferentes maneras (subtipos) de codificarse la situación fóbica. Por ejemplo, en la traída a colación hasta ahora “Fobia por transposición de angustia”, existen tres maneras de codificar e interpretar.

Tal y como nos trasmite la autora:

“Lo que resulta sorprendente es que las tres formas de enlace que surgen del análisis de las propuestas teóricas sobre la producción del síntoma fóbico se corresponden con tres operaciones posibles de cualquier operación semiótica, a saber: la interpretación por indicio, por símbolo o por significante” (1991, p. 48).

Continuando con las condiciones de génesis de la fobia planteadas por E. Bleichmar estas serían:

- 1) Por transposición de angustia.
- 2) Por identificación.
- 3) Por insuficiencia o por progreso cognoscitivo (temores del desarrollo).
- 4) Por insuficiencia de funciones de yo.
- 5) Fobias traumáticas.
- 6) Formas mixtas o articuladas.

Sin embargo, la ansiedad no existe sólo como elemento de importancia del cuadro fóbico en la “tipología” por transposición de angustia, sino que con mucha probabilidad se suele hallar en otras formas. Entre ellas las formas articuladas mixtas o las que tienen que ver con temores del desarrollo. En este grupo de temores del desarrollo las más conocidas clínicamente suelen ser las ansiedades de separación<sup>6</sup>, las cuales conectan también ejemplarmente la temática mencionada a lo largo de la presente conferencia. Freud, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), al explicar la angustia infantil ejemplifica este hecho como prototípico en la infancia enunciando que la angustia surge como una reacción para advertir al infante la falta del objeto amado.

La ansiedad de separación y su conexión con la fobia a la soledad (y lo que eso denota) están intrínsecamente relacionadas en la vida adulta en situaciones tan distintas como la relación terapéutica, las relaciones familiares, las amistades y la relación de pareja. De esta manera muchas de las manifestaciones de ansiedad que

---

<sup>6</sup> La cual suele ser más común de lo que pareciera en los trastornos psicopatológicos de la infancia. Siguiendo con el ejemplo del pequeño Hans, Fernández Guerrero (1999) recuerda cómo en el libro de casos del DSM-IV analizando esta fobia se propone como codiagnóstico el de ansiedad de separación dados los síntomas evidentes de que esta tesitura concurría en el infante.

tratamos en la consulta tienen que ver en último término con alguno de esos elementos relacionales.

Otra cercana relación entre ansiedad y miedos la encontramos en la tipología etiológica debida a las insuficiencias yoicas, cuando observamos auténticas “ansiedades narcisistas”, si se me permite el término, cuando por ejemplo vemos a algunos sujetos que sufren de modo extremo ante su comparecencia ante cualquier evento social. Dicen sufrir ansiedad, lo cual va más allá de eso pasando incluso la manida fobia social, puesto que los patrones internos que constituyen la personalidad se hallan derruidos. Es otro ejemplo prototípico de cómo el paciente dice ansiedad cuando en su lugar hay un terror intenso a enfrentarse a situaciones que le hacen sentirse inferior, inútil, no deseado, etc. dado que su estructura narcisista se halla lábil y desarticulada. Esto que suele provocar inhibiciones comportamentales además no hace más que transferirse a otras áreas de la vida, bien por simbolización, bien por generalización o por otro tipo de asociación.

Pero no sólo el discurso psicodinámico sostiene la necesidad de explorar en profundidad en elementos del pasado del paciente y construir una anamnesia completa sobre la etiología de los cuadros de miedo, su relación con la ansiedad y como se articulan ambas para dar cuenta de la disparidad de síntomas sufridos por el paciente.

En la TFE de Greenberg y Paivio (1999) desde el planteamiento de la Gestalt se hacen eco de esta circunstancia. Desde este planteamiento resaltan la necesidad de establecer un diagnóstico del proceso de los diferentes estados de miedo y ansiedad, los cuales se hallan intrínsecamente ligados. El análisis teórico-práctico de estos autores nos sitúan antes situaciones etiológicas bien conocidas por el

psicoanálisis como la citada fobia por transposición de angustia, las fobias traumáticas y las fobias por déficits en la constitución del yo.

De este modo se da relevancia a diferenciar y elaborar conjuntamente con el paciente los siguientes elementos:

- 1) Miedo desadaptativo primario (reacción fóbica a pensamientos, sentimientos y recuerdos asociados a eventos traumáticos).
- 2) Ansiedad primaria desadaptativa. Se genera cuando se activa por causas diversas una autoorganización central del sí-mismo que se ha ido haciendo cada vez más vulnerable con el paso del tiempo.
- 3) Ansiedad secundaria, entre las que se englobarían las expectativas catastrofistas, la ansiedad de desempeño y el temor al fracaso anticipado. Aquí, a diferencia de la anterior circunstancia, no es el Sí-Mismo central el que está inseguro, sino que la persona está ansiosa porque una experiencia interna, como puede ser el enfado o la tristeza, es vivido como un elemento de debilidad que amenaza al sí-mismo o al vínculo de una relación de importancia para el paciente.

Para estos autores es importante hacer una diferenciación entre el miedo central de la experiencia interna y profunda (como serían los miedos básicos en la constitución del individuo tales como la debilidad y necesidad de dependencia), de un miedo que es menos básico y que se relaciona más con roles asumidos socialmente del tipo “los chicos no lloran”. Los últimos son más inmediatos de tratar aunque exigen un amplio grado de exploración psicoterapéutica, los nucleares solo serán accesibles a través de una buena relación terapéutica además de una previa elaboración de otros materiales previos de corte más cognitivo.

Cómo apunte final cabe decir que en el tratamiento de estos pacientes observamos cómo es del todo insuficiente la escucha superficial del problema que el paciente nos enuncia, pues parte de lo que le ocurre, por regla general, lo desconoce y de lo que tiene conocimiento no transmite en su totalidad el montante afectivo completo debido a las resistencias. Además se ha de tener en cuenta que siempre que tratemos con miedos o ansiedades difusas ha de haber una primera aproximación terapéutica más cognitiva consistente en poner nombre a aquello que genera ansiedad-fobia. Una vez puesto, o cuando ya nos viene dado, por ejemplo miedo al caballo, a viajar sólo, etc. habrá de analizarse por qué es más “económico”, en términos de economía psíquica, el hecho de tener ese foco fobógeno y qué puede estar camuflando por detrás.

Digamos que en ambos casos –sea difusa la angustia-fobia o nos venga ya dado el objeto fobógeno- sólo podemos luchar con el enemigo cuando lo conocemos, en el primer caso “nominándolo” en el segundo observando cual puede ser la cadena de operaciones psíquicas que hay detrás. A partir de ahí ya se puede llevar a cabo un trabajo más interpretativo y de reconstrucción histórica que permita a nuestros pacientes una autocompreensión para la reconstrucción de su identidad o como apunta Winnicott su verdadero self.

Por ello, siempre que se afronte un caso clínico, se han de tratar de explorar al máximo las siguientes áreas para tratar de tener un mínimo de datos que apoyen un diagnóstico y por consiguiente una terapia eficaz<sup>7</sup> (Guerra Cid 2008, pp. 225-230):

---

<sup>7</sup> Si el lector está interesado en la profundización de estos supuestos le recomendamos la lectura del capítulo “Un etnógrafo en el campo psicoanalítico” en Castillo y Guerra (2008), “Cómo psicoanalizamos”.

- En el nivel de las relaciones, estudiar con especial hincapié la naturaleza, calidad y vivencias de las relaciones de pareja, familiares y sociales.
- Escucha activa para analizar posibles situaciones traumáticas del pasado.
- Control y manejo de la dimensión del deseo.
- Control y canalización de los impulsos (agresivos, de apoderamiento, sexuales...).
- Vivencia de la corporalidad.
- Vivencia de la identidad y el narcisismo.



## Referencias

- Cencillo, L. (2002). *Cómo Platón se vuelve terapeuta*. Madrid, Sintagma ediciones.
- Cencillo, L. (2008). *Eficacia de una terapia dinámica*. Madrid, Manuscritos.
- Coderch (1985). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona, Herder.
- Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito)*. O.C. II, 1365-1440. Madrid, editorial biblioteca nueva, 1981.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. O.C. III, 2833-2883. Madrid, editorial biblioteca nueva.
- Guex, G. (1950) *La neurosis de abandono*. Buenos Aires, Eudeba.
- Dío Bleichmar, E. (1991). *Temores y fobias. Condiciones de Génesis en la infancia*. Barcelona, Gedisa.
- Fernández Guerrero (1999). Análisis de la fobia de niño de cinco años (caso Juanito), en Villamarzo, P. *Actualidad en Sigmund Freud* pp 160-179. Madrid, Ediciones académicas.
- Greenberg, L. Paivio, S.C (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, Paidós.
- Guerra Cid, L. R. (2004). *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras virtudes humanas*. Bilbao, Desclée de Brower, 2ª edición.
- Guerra Cid, L. R. (2006). *Este no es un libro de autoayuda*. Tratado de la suerte el amor y la felicidad. Bilbao, Desclée de Brower, 2ª edición.
- Guerra Cid, L. R. (2008). Un etnógrafo en el campo psicoanalítico en Castillo, J. y Guerra L. R. *Cómo psicoanalizamos. De cómo la psicoterapia aborda el padecer humano*. Madrid, Manuscritos.
- Villamarzo, P (1991). *Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica. Tomo III. Temas clínicos. Neurosis*. Madrid, Marova.