



Carrera: Maestría en Psicopatología

Nombre del aspirante: Lucas Vazquez Topssian

Título del trabajo:

Causas concurrentes en el ataque de pánico.
Estudio descriptivo en una muestra de pacientes
adultos.

Año: 2023

Nombre del director o Tutor: Mg. Daniela Rivas

Tesis defendida y aprobada el 4 de junio de 2024, con puntuación 10 “summa cum laude”

ÍNDICE

1. Introducción: Ataque de pánico, definición y distinciones. La neurosis de angustia.	Pág. 2
1.1. Distinción con las experiencias de alteración corporal en la psicosis.	Pág. 9
1.2. Distinción con el ataque histérico	Pág. 12
1.3. Distinción entre la fobia que se crea por enlace secundario en la neurosis de angustia y el síntoma fóbico en la neurosis de transferencia.	Pág. 14
1.4. Distinción con el fenómeno psicossomático	Pág. 15
1.5. Problema, preguntas de investigación y objetivos.	Pág. 16
2. La neurosis de angustia y su etiología: la ecuación etiológica.	Pág. 18
2.1. Condiciones de la neurosis de angustia.	Pág. 20
2.2. Causa específica de la neurosis de angustia.	Pág. 32
2.3. Causas concurrentes de la neurosis de angustia.	Pág. 35
2.4. La causa provocadora del ataque de pánico: su desencadenante.	Pág. 37
2.5 Resumen.	Pág. 38
3. Las causas concurrentes en el ataque de pánico: descripciones.	Pág. 39
3.1. Insatisfacción sexual.	Pág. 41
3.2. Trabajo excesivo o agotador.	Pág. 58
3.3. Pérdidas ante las que no se respondió con un duelo normal	Pág. 66
3.4. Enfermedad Orgánica.	Pág. 77
3.5. Caída -o degradación- del líder ó el ideal.	Pág. 78
3.6. Goce del Otro.	Pág. 82
4. Las causas concurrentes en el ataque de pánico: estudios de casos	Pág. 87
4.1. Aspectos metodológicos.	Pág. 87
4.2. Análisis y resultados	Pág. 89
4.3. Un caso clínico	Pág. 93
5. Conclusiones.	Pág. 95
6. Bibliografía.	Pág. 101
7. Anexo.	Pág. 106

1. Introducción: Ataque de pánico, definición y distinciones. La neurosis de angustia.

El Ataque de Pánico, tal como lo considera la psiquiatría y el psicoanálisis, consiste en una “gran crisis de angustia”. Repentinamente, acontece un elevado monto de angustia que afecta el cuerpo del sujeto. El paciente que sufre un ataque de pánico se desespera, siente y pronuncia ciertos dichos cliché, tales como que se va a morir o que se está volviendo loco. Extrañamente, este terror intenso, ligado a la muerte y a la locura, no tiene relación alguna con ningún peligro de la realidad externa para el sujeto.

¿Cómo dar cuenta del malestar subjetivo de las personas que sufren un ataque de pánico, cuando éste se presenta como un padecimiento que no encuentra palabras tan fácilmente? Valiéndose del recurso de la literatura, más allá de las descripciones de los manuales de clasificación diagnóstica y las nosografías que a continuación se detallarán, es posible intentar una aproximación a esa experiencia. En la novela afgana “*Cometas en el cielo*” (2003), el escritor Khaled Hosseini relató una crisis que sufrió el protagonista Amir, mientras huía del partido comunista gobernante, junto a su padre, desde Kabul hacia Pakistán en 1981:

Pánico.

Abres la boca. La abres tanto que incluso te crujen las mandíbulas. Ordenas a los pulmones que cojan aire, ahora, necesitas aire, lo necesitas ahora. Pero tus vías respiratorias te ignoran. Se colapsan, se estrechan, se aprietan, y de repente te encuentras respirando a través de una pajita de refresco. La boca se cierra y frunces los labios, y lo único que consigues articular es un grito ahogado. Las manos se agitan y tiemblan. En algún lugar se ha roto una presa y el sudor frío te inunda, empapa tu cuerpo. Quieres gritar. Lo harías si pudieses. Pero para gritar necesitas respirar.

Pánico. (p. 130)

Objetivamente, el ataque de pánico se encuentra clasificado y descrito en el DSM V de la siguiente manera:

A. Ataques de pánico inesperados recurrentes. Un ataque de pánico es un episodio abrupto de miedo intenso o malestar intenso que alcanza un pico en minutos, y durante el cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

Nota: El aumento repentino puede ocurrir desde un estado de calma o un estado de ansiedad.

- 1. Palpitaciones, latidos cardíacos fuertes, taquicardia*
- 2. Sudoración*
- 3. Temblores*
- 4. Disnea, sensaciones de sofocación*
- 5. Sensaciones de ahogo/asfixia*
- 6. Dolor o molestia precordial*
- 7. Náuseas, molestias abdominales*
- 8. Mareos, inestabilidad, sensación de desmayo*
- 9. Escalofríos o sensaciones de calor*
- 10. Parestesias (entumecimiento u hormigueo)*
- 11. Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (estar desapegado de uno mismo).*
- 12. Miedo de perder el control o de enloquecer*
- 13. Miedo de morir*

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (por ejemplo, tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolables). Tales síntomas no deben contarse como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos uno de los ataques es seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de los siguientes:

- 1. Preocupación persistente por ataques de pánico adicionales o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un ataque cardíaco, “volverse loco”).*
- 2. Un cambio desadaptativo significativo en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos diseñados*

para evitar ataques de pánico, como evitar el ejercicio o situaciones desconocidas).

C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, abuso de una droga, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo, enfermedades cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no ocurren sólo en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a situaciones u objetos fóbicos circunscritos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta al recuerdo de eventos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de las figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

(APA, 2015, p. 133-134)

Es por la aparición súbita de síntomas que el ataque de pánico no se codifica aisladamente, sino como parte de un diagnóstico del trastorno específico. Por ejemplo, si el ataque de pánico se desencadena ante el temor a la incomodidad en las relaciones sociales, corresponderá codificarse como *trastorno de ansiedad social (3.5.4) con ataque de pánico*.

El DSM-V cuenta con un diagrama de flujo para efectuar un diagnóstico diferencial entre el ataque de pánico y otros trastornos concomitantes. De esta manera, se deberá evaluar si el ataque de pánico ocurre **debido a los efectos fisiológicos de una sustancia** (incluidos medicamentos), es decir, debido a una intoxicación, abstinencia u otro efecto adverso de medicamentos o también un trastorno de ansiedad inducido por sustancias y/o medicamentos. Por otro lado, el manual indica que el ataque de pánico puede ser **un efecto fisiológico de una afección médica general**, caso en el que se codificará como “trastorno de ansiedad debido a otra afección médica con ataque de pánico”.

Por su parte, La CIE-10 de la OMS describe los criterios diagnósticos para las crisis de pánico, que también nombra como "ansiedad episódica paroxística", como a continuación se detalla:

A. El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.

B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos lo siguiente:

- 1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.*
- 2. Se inicia abruptamente.*
- 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos.*
- 4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a) y d).*

Síntomas autonómicos:

- a) Palpitaciones o golpeteo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.*
- b) Sudoración.*
- c) Temblores o sacudidas.*
- d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).*

Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:

- e) Dificultad para respirar.*
- f) Sensación de ahogo.*
- g) Dolor o malestar en el pecho.*
- h) Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto)*

Síntomas relacionados con el estado mental:

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.*
- j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).*
- k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.*
- l) Miedo a morir.*

Síntomas generales:

- m) Sofocos de calor o escalofríos.*

n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico (F00-F09) u otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastornos somatomorfos (F45).

El grado de variación individual, tanto en el contenido como en la severidad, es tan grande, que, si se desea, puede especificarse en dos grados, moderado y grave, mediante un quinto carácter:

F41.00 Trastorno de pánico moderado (por lo menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas).

F41.01 Trastorno de pánico grave (al menos cuatro ataques de pánico por semana en un período de unas cuatro semanas).

(Extraído de OMS, p. 113-114.)

En psicoanálisis, los ejes para identificar lo que actualmente se conoce como ataque de pánico se encuentran tempranamente en Freud, en 1895, en el texto “*Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»*”. Si bien entonces no se hablaba de ataques de pánico; Freud dio un listado de síntomas relacionados a la neurosis de angustia que resultan casi idénticos a lo que actualmente describen los manuales respecto al cuadro mencionado:

Sólo consigno aquí la lista de las formas que yo conozco del ataque de angustia:

a. Ataque de angustia acompañado por perturbaciones de la actividad cardíaca, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente, hasta llegar a estados graves de debilidad del corazón que no siempre es fácil distinguir de una afección cardíaca orgánica; pseudo angina pectoris, de muy espinoso diagnóstico.

b. Ataques de angustia acompañados por perturbaciones de la respiración, varias formas de disnea nerviosa, ataques semejantes al asma, etc. Pongo

de relieve que tampoco estos ataques se acompañan siempre de una angustia reconocible.

c. Ataques de oleadas de sudor, a menudo nocturnos.

d. Ataques de temblores y estremecimientos, que es muy fácil confundir con ataques histéricos.

e. Ataques de hambre insaciable, a menudo conectados con vértigos.

f. Diarreas que sobrevienen como ataques.

g. Ataques de vértigo locomotor.

h. Ataques de las llamadas «congestiones», vale decir, casi todo lo que se ha llamado «neurastenia vasomotriz».

i. Ataques de parestesias (pero es raro que estas se presenten sin angustia o un malestar semejante).

(Freud, 1895, p. 95)

Para Freud, estos síntomas pueden aparecer variablemente mezclados y estableció que casi todo síntoma concomitante puede constituir el ataque por sí solo, al igual que la angustia misma. Se trata de síntomas que no responden a la neurosis de transferencia, sino a la neurosis de angustia:

Llamo neurosis de angustia a este complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia.

(Idib. p. 92)

Durante mucho tiempo se consideró que los pacientes con ataque de pánico eran refractarios al análisis, pues el dispositivo analítico clásico es el que se aplica al adulto que padece una neurosis de transferencia. El mismo implica la atención flotante del analista, la regla de asociación libre por parte del paciente, para así realizar una lectura del inconsciente, la historia infantil y la otra escena donde se han producido los puntos de fijación.

En la conferencia 24 Freud mencionó ciertas patologías que prescinden de la palabra para su conformación: *“En su génesis faltan todos los complejos mecanismos anímicos de que hemos tomado conocimiento”* (Freud 1916-17, 352).

Particularmente, definió que tanto la neurastenia como la neurosis de angustia no poseen sentido psíquico alguno, “*carecen de significado psíquico*” (ibid.), concluyendo que los problemas de dichas neurosis no ofrecen al psicoanálisis puntos de abordaje.

No obstante, en el mismo texto aparece una posibilidad, indispensable para considerar un tratamiento posible en estos casos:

*Un notable nexo existente entre los síntomas de las neurosis actuales y de las psiconeurosis nos brinda todavía una importante contribución al conocimiento de la formación de síntoma en estas últimas, a saber: el síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma psiconeurótico. Esa relación se observa de la manera más nítida entre la neurastenia y la neurosis de transferencia llamada «*histeria de conversión*», entre la neurosis de angustia y la *histeria de angustia*(...)*

(Freud, 1916-17 p. 355)

De esta manera, aunque la neurosis de angustia permaneció dentro de las neurosis actuales en todas las nosologías freudianas, esta postura de Freud es contraria a la tajante división que se podría suponer entre ellas y las psiconeurosis. No obstante, tanto desde la psiquiatría como desde el psicoanálisis, se impone la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial que oriente las intervenciones del analista, pues no es únicamente en el ataque de pánico la ocasión donde el cuerpo puede verse afectado. Por otra parte, aunque la descripción del ataque de pánico de los manuales de clasificación diagnóstica sea casi idéntica a la de la neurosis de angustia freudiana, eso no habilita al psicoanalista a diagnosticar de la misma manera que lo hace el médico.

El diagnóstico médico se realiza mediante el juicio clínico, que coloca un nombre al sufrimiento, en base a signos, síntomas y hallazgos logrados mediante un interrogatorio no neutro. El médico puede realizar exámenes físicos utilizando diversas técnicas e instrumentos. La objetividad del diagnóstico médico se realiza por intuición-mirada, yendo desde el síntoma o el signo (singular del paciente) hacia

el síndrome (general), que determina la nosología y la etiología, para definir luego el tratamiento y el pronóstico.

El diagnóstico en psicoanálisis se hace en **transferencia** y en base a los efectos de las intervenciones del analista. Dice Lacan (1962): “*No vamos a hacer lo que reprochamos a los demás, o sea: elidirnos del texto de la experiencia a la que interrogamos*”. (p. 17) En la neurosis, el paciente se dirige al analista buscando un saber; en la psicosis, el paciente relata desde un lugar de certeza. El psicoanálisis no descarta la observación para el diagnóstico, pero ésta no se da como un programa externo, sino que ocurre en la relación con el paciente.

Otro importante eje diagnóstico se encuentra tempranamente en *Las neuropsicosis de defensa* (1894-96), donde la división diagnóstica se hace a partir de **la defensa**, de la producción del síntoma y cómo retorna lo reprimido. En esta primera diferenciación, las neurosis actuales suponen una defensa ante una situación actual de la realidad, mientras que la neuropsicosis de defensa es una defensa ante un recuerdo o representación. Para las psicosis, en cuanto a su modalidad de defensa, Freud planteó que tanto la representación como el afecto son expulsados. En la clínica se constata en la ajenezidad y lo extraño del síntoma para el mismo psicótico y que resulta muy difícil o imposible de ser conmovido.

Hay otra importante razón para no diagnosticar en base al fenómeno (lo que se muestra). Como se detalló, las manifestaciones de la neurosis de angustia son variadas, ya que sus síntomas pueden darse solos o de manera combinada. En principio, ninguno de ellos es patognomónicos del cuadro, de manera que además de hacer el diagnóstico diferencial de enfermedad médica y consumo de sustancias que propone los DSM, se debe distinguir los síntomas de la neurosis de angustia de otras presentaciones que igualmente comprometen al cuerpo, según se detalla a continuación.

1.1 Distinción con las experiencias de alteración corporal en la psicosis.

Un ejemplo de las alteraciones corporales en las psicosis se puede ubicar en el período de incubación delirante en el historial freudiano del caso Schreber:

La segunda enfermedad le sobrevino a fines de octubre de 1893 con un martirizador insomnio que le hizo acudir de nuevo a la clínica de Flechsig, donde, no obstante, su estado empeoró con rapidez. Un posterior informe [de 1899], redactado por el director del asilo Sonnenstein, describe su ulterior desarrollo; «Al comienzo de su estadía allí, él exteriorizó más ideas hipocondríacas, se quejaba de padecer de un reblandecimiento del cerebro, decía que pronto moriría, etc.; luego ya se mezclaron unas ideas de persecución en el cuadro clínico, basadas en espejismos sensoriales, los cuales, sin embargo, inicialmente se presentaban más aislados, al par que imperaban un alto grado de hiperestesia y gran susceptibilidad a la luz y al ruido. — Luego se acumularon los espejismos visuales y auditivos, que, sumados a perturbaciones de la cenestesia, gobernaron todo su sentir y pensar; se daba por muerto y corrompido, por apestado, imaginaba que en su cuerpo emprendían toda clase de horribles manipulaciones [...]*

(Freud, 1911, p.43)

Un paciente psicótico puede manifestar la convicción de presentar alteraciones corporales o una enfermedad grave, por ejemplo, pero las mismas serán refractarias a ser cuestionadas por la evidencia clínica presentada por los médicos especialistas.

Algunas de estas manifestaciones, pueden confundirse con un ataque de pánico, como algunos dolores y sensaciones intensas de diversa índole, pero en estos casos serán esperables fenómenos más extraordinarios, como “*corrientes eléctricas y ondas inductoras; seres de todo tipo habitan y recorren el cuerpo: hay ratas en sus intestinos, parásitos en la sangre, duendes o demonios recorren el sistema circulatorio*” (Restrepo y Muñoz, 2020)

Uno de los síntomas de la neurosis de angustia, la desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), puede confundirse con la experiencia de la pérdida de unicidad del cuerpo con la mente (por ejemplo, perciben que su imagen corporal se desprende o levita, viendo su cuerpo como un

objeto exterior a ellos mismos). En *Retrato de un Artista Adolescente*, Joyce cuenta de un modo maravilloso esa pérdida de lo imaginario. Dice:

Y ahora, mientras recitaba el Confiteor entre las risas indulgentes de los otros dos y mientras las escenas de este ultrajante episodio pasaban incisivas y rápidas por su imaginación, se preguntaba por qué no guardaba mala voluntad a aquellos que le habían atormentado. (Joyce, 1919/1976, p.97)

El episodio al que la cita se refiere ocurre cuando los compañeros del protagonista lo burlan al salir de la clase del colegio jesuita al que acudían. Ellos le preguntan quién era el mejor literato y él responde insistentemente que Lord Byron. Los compañeros comienzan a golpearle, lo acorralan contra un alambre de púas hasta que él consigue liberarse. Escucha como los otros se alejan de él riendo y él se queda con la bronca y el dolor de aquel episodio. Entonces, recordando aquella escena, dice:

No había olvidado en lo más mínimo su cobardía y su crueldad, pero la evocación del cuadro no le excitaba al enojo. A causa de esto, todas las descripciones de amores y de odios violentos que había encontrado en los libros le habían parecido fantásticas. Y aun aquella noche, al regresar vacilante hacia casa a lo largo del camino de Jone, había sentido que había una fuerza oculta que le iba quitando la capa de odio acumulado en un momento con la misma facilidad con la que se desprende la suave piel de un fruto maduro. (Ibid)

Un punto fundamental para el diagnóstico diferencial será tener en cuenta que en la psicosis, la perturbación de la economía de goce aparece de manera certera por parte del paciente, no dialectizable e imposible de incidir por medio de la sugestión. En cambio, en los ataques de pánico lo que aparece es la desesperación frente a lo incomprensible, un sujeto abrumado ante la perplejidad. Según Quesada y otros (2018), los ataques de pánico “no se encuadran dentro de la temporalidad y la lógica del desencadenamiento y su coyuntura particular” (p. 121) y en cuanto a su presentación, aunque no aparece la certeza, agregaron que “quien sufre ataque de pánico, al no presentar la mayoría de las veces registro de conflicto interno,

presenta sintomatología frecuente, y se le dificulta propender a la elaboración de lo que subyace por debajo del síntoma” (ibid).

1.2. Distinción con el ataque histérico

En la carta 52, Freud abordó el tema del ataque histérico y mencionó ciertos “ataques”¹, que a primera vista parecen un ataque de pánico, excepto por la relación del ataque con otra escena que Freud señaló en la vida del paciente: una pérdida fundamental anterior:

El ataque de vértigo, el espasmo de llanto, todo ello cuenta con el otro, pero las más de las veces con aquel otro prehistórico inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya. Uno de mis pacientes todavía hoy lloriquea mientras duerme, como entonces lo hacía (para que lo tomara consigo la mamá, que murió cuando él tenía 22 meses). No parece haber ataques como «expresión acrecentada de las emociones» (p. 280)

El ataque histérico consiste, según Freud (1909), en:

[...] unas fantasías proyectadas sobre la motilidad, figuradas de una manera pantomímica. Fantasías inconscientes, claro está, pero en lo demás de la misma índole de las que uno puede capturar inmediatamente en los sueños diurnos, o desarrollar por interpretación desde los sueños nocturnos. (p. 207)

En *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad* (1908) Freud habla del síntoma histérico como sustituto, producido mediante «conversión», del retorno asociativo de esas vivencias traumáticas; como expresión de un cumplimiento de deseo; como retorno de una satisfacción sexual previamente reprimida, entre otras conceptualizaciones. (Freud, 144-145) En el mismo texto, expone un ejemplo:

¹ El tema del “ataque de vértigo” resulta ambiguo. Eisenberg, sobre esta cita, entiende que se trata del ataque de angustia y en un pie de página de su libro “El dolor psíquico. Angustia neurótica - Dolor melancólico - Masoquismo perverso” (2015) lo homologa al ataque de pánico. No obstante, en la carta 52 Freud está hablando del ataque histérico, que aquí se encuentra diferenciado (ver punto 1.2).

[...] *en ciertos ataques histéricos en que la enferma juega al mismo tiempo los dos papeles de la fantasía sexual que está en la base. Por ejemplo, en un caso observado por mí, con una mano aprieta el vestido contra el vientre (en papel de mujer), y con la otra intenta arrancarla (en papel de varón).* (p. 146-147)

En el síntoma histérico, la dirección de la cura va a ser ir del síntoma a la fantasía que lo sostiene. Dice Freud:

El interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse a las fantasías de las cuales proceden. La técnica psicoanalítica permite, primero, colegir desde los síntomas estas fantasías inconscientes y, luego, hacer que devengan conscientes al enfermo. (Freud, p. 143)

En el tratamiento de las neurosis actuales, es fundamental no considerarlas producto de una historización ni de una formación del inconsciente:

*Lo esencial de mis doctrinas sobre las neurosis actuales, esas doctrinas que formulé en su momento y hoy definiendo, estriba en la tesis, fundada en el experimento, de que **sus síntomas no se pueden descomponer analíticamente como los psiconeuróticos**. O sea que la constipación, el dolor de cabeza, la fatiga de los llamados «neurasténicos» **no consienten su reconducción histórica o simbólica a vivencias eficientes, no se los puede comprender como unos compromisos de mociones pulsionales contrapuestas**, al revés de lo que ocurre con los síntomas psiconeuróticos (que llegado el caso pueden parecer de idéntica naturaleza). (Freud, 1912, p. 276, el subrayado es mío)*

Viñeta clínica. La paciente concurre angustiada al consultorio, en el contexto de una relación amorosa y clandestina que venía dándose durante meses con un compañero de trabajo, un “gerente, *está por encima mío*”. Éste estaba casado y tenía hijos, lo cual le generaba mucha culpa a la paciente, en relación a lo que su padre pudiera pensar si se enteraba. El gerente, por su parte, estaba muy conforme

con ambas relaciones y no quería acceder al pedido de exclusividad amorosa de la paciente.

Ni bien entra al consultorio, ella empieza a quejarse de que se siente mal, que no puede respirar y, acto seguido, se sienta en el piso y se pone a llorar justo al lado del sillón donde habitualmente se sentaba.

Me siento en el piso— le dice su analista, equivocando adrede para generar una interpretación en “Me siento” de sentarse de la paciente con el “Me siento” de sentirse, “sentirse por el piso”, abatida, o caída. La paciente se incorpora y se sienta normalmente en el sillón y comienza a hablar.

Esta presentación también corresponde a lo que se llama “acting out”, en este caso, dirigida al analista. Esa interpretación operó solamente en función de la transferencia, donde el síntoma, configura un mensaje al Otro para que sea descifrado. Esta intervención, que dio lugar a diversas asociaciones con “sentirse en el piso”, no podría hacerse en la neurosis de angustia, teniendo en cuenta que en esta última no se hallan estas dos escenas.

1.3. Distinción entre la fobia que se crea por enlace secundario en la neurosis de angustia y el síntoma fóbico en la neurosis de transferencia.

Suele ocurrir que el paciente con ataque de pánico se presenta a la consulta asociando el ataque con la causa provocadora o desencadenante, elaboración secundaria mediante, en donde se asocia la crisis con una representación inmediata al mismo (ej. el ascensor, viajar en avión, etc). La causa provocadora o factor desencadenante es aquella que aparece justo antes de que se desate el cuadro. Suele ser algo trivial o nimio; el paciente la conoce y la relata con mucho detalle, muchas veces adjudicándole a esa situación la causa la crisis.

En cuanto a su desencadenamiento mismo del pánico, sostiene Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* que “[...]es propio de la naturaleza del pánico no guardar relación con el peligro que amenaza, y estallar muchas veces a raíz de las ocasiones más nimias” (P.92).

En la presentación de estos pacientes, es habitual escuchar el miedo que sufren a sufrir un ataque cardíaco, tener un ACV, morir o a enloquecer. Esto, como se refirió, se debe a una elaboración secundaria posterior al ataque, como lo marcó Freud en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis*:

[...] *en esta afección la angustia aparece a menudo acompañando a los síntomas, pero se exterioriza también, como ataque o como estado crónico, una angustia no ligada. Los enfermos no saben decir qué es eso ante lo cual se angustian y, mediante una equívoca elaboración secundaria, lo enlazan con las fobias que tienen más a mano, como morir, enloquecer, sufrir un síncope.* (Freud, 1916-17p. 367)

Es decir, primero aparece el despliegue de la angustia y después, como elaboración secundaria, una interpretación en la consciencia de que algo muy grave debe estar a punto de pasarle. En la práctica clínica, no debe confundirse el relato de las fobias de la neurosis de angustia con las de la neurosis fóbica, aunque para ambos casos Freud utilizó la misma palabra.

La fobia de la neurosis de angustia no proviene de una representación reprimida, no siendo susceptible de ulterior reducción por interpretación, cosa que sí lo es para las neurosis de transferencia, como se describió anteriormente para el caso de la histeria. En el caso de los síntomas fóbicos que se manifiestan en las histerias de angustia (o en cualquier neurosis de transferencia), lo que opera es una sustitución, una traslación del afecto hacia una representación, proveniente de otra representación reprimida.

1.4. Distinción con el fenómeno psicósomático

Los pacientes con fenómenos psicósomáticos muestran un cuerpo que no es metafórico en su afección, la cual es objetiva (lesión de órgano) y remite a un diagnóstico médico específico. (Leibson, 2019)

Leibson opina que no es conveniente definir lo psicósomático a partir de categorías y los diagnósticos médicos. Señala la inexistencia de una lista precisa o

concluyente, ya que los criterios y las épocas han incluido o excluido distintas enfermedades allí.

Lo que comparten ambas presentaciones es que no se pone en juego el sujeto del inconsciente, sujeto como efecto del significante, como sí sería el caso del síntoma de las estructuras neuróticas. Es decir, ni en el fenómeno psicossomático ni en los síntomas de la neurosis de angustia se encuentra una estructura metafórica en estos fenómenos, de manera que queda excluida la posibilidad de lectura y desciframiento a partir del propio texto del síntoma. Además, en la presentación de ambas, suele encontrarse una pobre o inexistente implicación subjetiva o personal en relación al padecimiento. (Ibid)

La primera diferencia posible con el ataque de pánico es que en el fenómeno psicossomático hay una enfermedad que afecta al cuerpo en el sentido médico; en la neurosis de angustia no hay lesión de órgano y los ataques suelen desaparecer en cuestión de minutos.

Otra diferenciación posible entre las neurosis actuales y el fenómeno psicossomático puede hacerse en base a los dos modos de catexias de la libido. En la libido del yo o libido narcisista, ésta toma como objeto a la propia persona (Freud, 1915 p.111). Es la que está en juego tanto para la hipocondría como para el fenómeno psicossomático. La libido objetal, es decir la libido que se invierte en objetos, es la que está implicada en las neurosis actuales.

De esta manera, si bien en las neurosis de angustia no hay lesión de órgano, como en el fenómeno psicossomático, lo cierto es que en ninguno de los dos se trata de un síntoma que interroga, que genere asociaciones o que cuente con la otra escena.

1.5. Problema, preguntas de investigación y objetivos.

Según se detalló, el ataque de pánico y su cronificación, el trastorno de pánico, son homologables a la neurosis de angustia, en la medida en que las descripciones de los manuales diagnósticos y la descripción freudiana resultan casi idénticas. En la nosografía freudiana, las neurosis de angustia se encuentran dentro de las neurosis

actuales. Esto implica que la transferencia de estos pacientes no se da en relación con el síntoma.

Cuando llegan a consulta, estos pacientes se quejan de su temor a morir, a sufrir un ataque cardíaco o a volverse locos, todas ellas “fobias” enlazadas secundariamente a lo que desencadenó el ataque de pánico. No obstante, poco logran decir acerca de su historia y presentan muchas dificultades para identificar qué aspectos de su vida los perturban.

Surge, en primera instancia, **un problema clínico**: el analista debe indagar acerca de los aspectos actuales e históricos del paciente que lo consulta quien, por las características del cuadro, presenta dificultades para tal investigación. Esto es debido a una falla en la angustia señal (tema que se abordará posteriormente), propia de estos casos.

Aunque Freud consideró que los pacientes con ataque de pánico eran inanalizables, actualmente se considera que el analista puede hacer -y mucho- por estos casos, siempre y cuando abandone la pretensión de tratar a las neurosis actuales de la misma forma que lo haría con las neurosis de transferencia. Se torna necesario que el analista adopte una posición más activa, al menos al momento de investigar los aspectos actuales del caso, que luego darán lugar al síntoma. ¿Pero qué indicadores buscar? El analista, en primera instancia, no conoce nada acerca de su paciente y este último no suele poder hablar o lo hace a través del cuerpo: taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, certeza de peligro. Aquellos pacientes que logran hablar, desestiman o pasan por alto aquellas circunstancias que los llevaron al ataque.

Hay, tanto en Freud como en autores posteriores, distintas conceptualizaciones generales que permiten conducir la investigación singular de la historia de cada caso, prestando atención a cierto tipo de indicadores críticos en la vida del paciente que dan cuenta de la etiología del ataque de pánico. No obstante, surge **un segundo problema**: estos lineamientos se encuentran dispersos, tanto en su mención como en su descripción, no encontrándose sistematizados.

Además, como **tercer problema**, está la cuestión de si esta variedad de propuestas teóricas acerca de las causas concurrentes para las neurosis de angustia es verificable o no en la clínica, pues también existen distintos niveles de acuerdo respecto a la pertinencia de las mismas.

A partir de lo anterior, se formulan las siguientes **preguntas de investigación**: ¿Hay causas concurrentes en los pacientes que componen la muestra de investigación? En caso afirmativo, ¿Cuáles son y cómo se manifiestan esas causas concurrentes?

En este sentido, el **objetivo general** de esta investigación es analizar las causas concurrentes del ataque de pánico en los pacientes adultos que conforman la muestra de investigación. Los **objetivos específicos** son:

- 1) Identificar los indicadores de causas concurrentes en el grupo de autores seleccionados para el marco teórico.
- 2) Comparar los distintos indicadores para establecer semejanzas y diferencias.
- 3) Sistematizar los hallazgos de los objetivos anteriores para la confección de un check-list.
- 4) Identificar los indicadores de causa concurrente en los pacientes que componen la muestra.

2. La neurosis de angustia y su etiología: la ecuación etiológica

Desde la **terapia cognitivo-conductual**, la etiología del ataque de pánico se debe a una reacción inadecuada a las sensaciones de ansiedad o angustia. Las crisis de pánico, desde este enfoque, se activan como resultado de un círculo creciente de percepciones mentales y reacciones corporales de miedo. De esta manera, las reacciones fisiológicas desencadenan nuevas percepciones de miedo que incrementan aún más las reacciones del cuerpo de una manera cíclica.

La TCC enumera diferentes tipos de causas a las que se han hecho referencia para intentar explicar la aparición de las crisis de angustia: biológicas (alteraciones del

GABA, hiperactividad del locus coeruleus, hipersensibilidad de los receptores de serotonina, entre otros), del aprendizaje (condicionamiento operante y clásico como originadores y mantenedores de la ansiedad) y cognitivos (procesamiento de la información de los estímulos aversivos).

Existen desde la TCC, no obstante, aportes que se refieren a factores etiológicos ambientales para el ataque de pánico. Camerini (2003), sostuvo para estos casos algunos factores relacionados con el grupo familiar, tales como ciertos valores de crianza, así como sus métodos, formas de disciplina utilizadas, los modelos ofrecidos por los adultos significativos, el lugar que ocupa el paciente en relación con sus hermanos, etc. Posteriormente, en el año 2010, Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña propusieron ciertos factores de riesgo que predisponen los cuadros de ansiedad en los pacientes, relacionados con ciertos estilos parentales.

Entre los autores que adscriben al psicoanálisis existen también numerosos aportes. En lugar de sencillamente enumerarlos uno tras otro, una propuesta ordenadora² consistiría en agruparlos según la ecuación etiológica presentada tempranamente por Freud en 1895, concretamente, en los textos ***Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»*** y la respuesta que hace Freud a las críticas realizadas por L. Loewenfeld en ***Crítica de la neurosis de angustia*** (1895). La **ecuación etiológica** es planteada por Freud en los siguientes términos:

Creo que si uno establece los siguientes conceptos etiológicos se torna posible exponer las constelaciones etiológicas, probablemente muy complejas, que rigen en la patología de las neurosis; a) Condición, b) causa específica, c) causa concurrente, y, como término no equivalente al anterior, d) ocasionamiento o causa desencadenante.

Para contemplar todas las posibilidades, supóngase que se trata de unos factores etiológicos susceptibles de alteración cuantitativa, vale decir, de acrecentamiento o disminución. (p. 134)

² La idea de retomar el uso de la ecuación etiológica de 1895 fue tomada de la conferencia "Saber-hacer frente a los ataques de pánico" dictada por Eduardo Urbaj en Centro Dos.

A continuación, se definirá de qué se trata cada punto y cómo se presentan los aportes de los autores acerca de la etiología neurosis de angustia.

2.1. Condiciones de la neurosis de angustia

En la ecuación etiológica de Freud (1895), las condiciones (a) son:

[...] los factores que de estar ellos ausentes el efecto nunca se produce, pero son incapaces de generarlo por sí solos, no importa cuán grande sea la escala en que estén presentes. Para aquel efecto necesitan todavía de la causa específica. (p. 135)

En el texto ***Crítica de la neurosis de angustia*** (1895), Freud propuso que la condición de la neurosis de angustia era la herencia, aunque rápidamente señaló que no le era posible decidir si se trataba algo del orden de la constitución personal o si cualquier persona “normal” podía contraer tal enfermedad por un aumento de la causa específica, inclinándose finalmente por esta última hipótesis. En la ***Conferencia 25 (La angustia)*** de Lecciones introductorias al psicoanálisis (1916-17), volvió a referirse al tema. Allí Freud enseñó que todos los síntomas de la neurosis de angustia equivalen a la angustia, que paradójicamente se encuentra ausente:

La totalidad del ataque puede estar subrogada por un único síntoma, intensamente desarrollado, por un temblor, un vértigo, palpitaciones, ahogos y el sentimiento en general que individualizamos como angustia puede faltar o hacerse borroso. No obstante, esos estados que describimos como equivalentes de la angustia, pueden equipararse a esta última en todos los aspectos clínicos y etiológicos. (p. 365)

En cuanto a la **condición** del ataque de pánico, de esta manera, se establece que la misma se debe a una **desestimación temprana de la angustia**, según sostuvieron autores actuales, como Amigo (2021) y Urbaj (2020), quienes se refieren a sujetos que han padecido situaciones de mucha angustia en tiempos

constituyentes, durante largos períodos y no por situaciones puntuales traumáticas. Son sujetos en donde la angustia ha quedado abolida como recurso.

Esta última conceptualización, la de la angustia como recurso subjetivo, debe desplegarse. La angustia es un concepto que tiene un extenso desarrollo en la obra de Freud y Lacan. Definir a la angustia presenta sus dificultades, tal como advierte Freud en la conferencia 25 (1915-1917):

(...) La mayoría de los neuróticos se quejan de ella, la señalan como su padecimiento más horrible, puede alcanzar en ellos intensidad enorme y hacerles adoptar las más locas medidas.

(...)cada uno de ustedes ha experimentado alguna vez este estado afectivo. Pero creo que no se ha inquirido con suficiente seriedad por qué justamente los neuróticos sienten una angustia tanto más fuerte que los otros. (p. 357-358)

La respuesta a qué causa la angustia ha variado a lo largo del tiempo. Tanto Freud como Lacan han tratado de responder a estas cuestiones y sus visiones sobre este fenómeno han cambiado, de manera que vale la pena realizar un pequeño recorrido histórico y definir a qué angustia se está haciendo referencia.

El primer momento de la angustia puede situarse a partir de 1894, cuando Freud estudió la neurastenia y la neurosis de angustia (las neurosis actuales), donde menciona que la causa de la angustia es la transformación de la excitación sexual acumulada (p. 190 -192) y no satisfecha completamente, como en el caso del coitus interruptus por él mencionado. La libido no satisfecha produce un monto de excitación que al no ser descargado se transforma directamente en angustia. Esta posición económica también es sostenida en 1896, mientras Freud repasaba la etiología de la neurosis de angustia (Freud, p. 281).

En “*Tres ensayos...*” (1905), Freud señala la dependencia del niño hacia las personas que lo cuidan y la angustia de estos ante situaciones donde la desaparición del adulto sea posible: presencia de personas desconocidas y la oscuridad. El miedo a la ausencia de la madre aparece intensificado en aquellos

niños con un instinto sexual exagerado. Nuevamente, se trata de la energía libidinal no satisfecha (p. 204) que se transforma en angustia.

Con esta primera teorización de la angustia fue que Freud, en 1909, trabajó sobre el caso Juanito, donde entre otros aportes, dejó de considerar a la angustia como una simple energía libidinal para conceptualizarla como un afecto. Aquí Freud aceptó la denominación histeria de angustia al hablar de fobia, ya que quedaba justificada por la coincidencia del mecanismo psíquico de tales fobias con el de la histeria, salvo por una diferencia: la libido, desligada del material patógeno por la represión, no es convertida en una inervación somática, sino que queda libre en calidad de angustia. Al final, el enfermo puede quedar libre de angustia, pero sólo a costa de inhibiciones y restricciones a las que hubo de someterse. No le queda más camino que impedir todas las ocasiones de desarrollo de angustia por medio de una defensa psíquica, tal como una precaución, una inhibición o una prohibición, siendo estas defensas propias del síntoma fóbico.

En este momento, respecto al historial citado, Freud dirá que la transformación de la libido en angustia llega a proyectarse sobre el caballo, objeto principal de la fobia de Juanito (Freud, S. 1909 p. 102). Previamente, Freud había detectado un miedo al padre, como consecuencia de sus deseos celosos y hostiles contra el mismo. El padre tenía que ser el caballo al cual el niño tuviera miedo. Los caballos eran los animales que más le interesaban a Juanito y a lo que más le gustaba jugar con sus amiguitos era también a los caballos. La sospecha de Freud tuvo y corroboró fue que el padre fue el primero en servirle de caballo en uno de esos juegos (Freud, 1909, p. 102). La angustia surge en Juanito ante la amenaza de que su padre lo castre por haberse atrevido a ponerse en rivalidad con su padre en relación con la madre. Una vez iniciada la represión, Juanito tenía que asustarse de los caballos, que antes le habían procurado tanto placer, a través del mecanismo de desplazamiento que establece la equivalencia simbólica entre el padre y el caballo.

En 1917, Freud indica que la angustia no corresponde únicamente a las neurosis. Hay personas sanas que están angustiadas y neuróticas que no lo están. La angustia no es privativa de las neurosis (p. 358). Freud diferencia entre angustia real o realista y angustia neurótica, a la que se refirió con anterioridad. La angustia

realista es comprensible, racional, porque es la reacción frente a un peligro externo, un daño previsto. Frente a ese peligro, el actor puede huir, aunque si el monto de angustia es muy grande, también puede paralizarse.

Este estado afectivo es remitido por Freud (1917) al trauma del nacimiento, es decir, a una reminiscencia, a un recuerdo frente a un peligro, que se desencadena automáticamente en el ser humano: la taquipnea, la aceleración del ritmo cardíaco, entre otras. Se trata de la imitación del sufrimiento por una reminiscencia de un peligro que generación tras generación se fue repitiendo en el organismo vivo. El trauma del nacimiento tiene que ver con una angustia tóxica (p. 361). Homólogo a la angustia real, en el sentido de sensaciones displacenteras, descargas de inervaciones, enorme incremento de estímulos. La especie humana lleva inscrita esta reminiscencia en la memoria orgánica, entonces, frente a un peligro externo, automáticamente estas sensaciones e inervaciones se repiten. La necesidad de respirar profundamente, la aceleración del ritmo cardíaco constituye, si es moderado, lo que Freud llama el apronte angustiado (p. 359).

El apronte angustiado es beneficioso para decidir la mejor opción ante un peligro. Si se produce el desarrollo de angustia, que Freud posteriormente llamó angustia automática, ésta deja de ser beneficiosa y se transforma en perjudicial para afrontar el peligro externo. Se obtendrá, de esta manera, una respuesta inadecuada al fin. En esta conferencia, también aparece una temprana mención de **la angustia como señal**:

Mientras más se limita el desarrollo de angustia a un mero amago, a una señal, tanto menores son las perturbaciones en el paso del apronte angustiado a la acción, y tanto más adecuada la forma que adopta todo el proceso. Por eso, en lo que llamamos angustia, el apronte angustiado me parece lo más adecuado al fin, y el desarrollo de angustia lo más inadecuado (Freud, 1917, p. 359-360)

La angustia neurótica va a tener una primera diferenciación. Por un lado, un estado general de angustia flotante, angustia de espera, que se puede adherir a cualquier

representación, llamada “espera ansiosa” (Freud, 1917, p. 362). La intensificación de esta angustia flotante puede pasar a constituir una neurosis de angustia:

[...] un grado llamativo de angustia expectante corresponde, por regla general, a una afección neurótica que yo he llamado «neurosis de angustia e incluyo entre las neurosis actuales.» (ibid)

El peligro en la angustia neurótica, a lo que le teme el yo, son las representaciones displacenteras a las que va adherida un afecto. Son pulsiones hostiles o eróticas de las que el yo se defiende huyendo. El mecanismo del yo para defenderse de tales pulsiones es la represión, que genera angustia. Hay un afecto que ha quedado reprimido y se ha transformado en angustia (Freud, 1917, p. 360).

En la histeria, la angustia acompaña a los síntomas, pero también se presenta como ataques. En este caso el sujeto desconoce la razón por la cual se produce este ataque (Freud, 1917, p. 361).

En las neurosis obsesivas, lo que observa Freud en 1917 es que mientras el enfermo realiza sus actos obsesivos, no padece la angustia. La angustia ha sido reemplazada por los síntomas. Si se le impide al obsesivo realizar sus rituales, aparece la angustia. Los síntomas, los actos y las representaciones obsesivas estaban allí en lugar de la angustia.

Freud, en este mismo año, se pregunta sobre la angustia infantil. ¿Es ésta real o neurótica? El niño se angustia frente a la soledad y a la oscuridad, que remiten a una sola cosa: la ausencia del objeto libidinal. El niño aprende que la ausencia del objeto es peligrosa en el sentido de que ese objeto lo rescata de sus necesidades orgánicas.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud diferencia la angustia automática de la angustia señal:

El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y ésta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una

acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar. La «angustia-señal» es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro.
(p. 77)

De esta manera, el yo desencadena la «angustia señal» para evitar la abrumante «angustia automática», situación catastrófica que caracteriza a la situación traumática, en la cual el yo se hallaría indefenso y desamparado. Este “sentimiento de desamparo” está tomado del modelo del trauma de nacimiento y la pérdida de la madre protectora que Otto Rank planteó en 1924 (p.82).

Interesantemente a lo que concierne a este trabajo, en el mismo texto Freud se refiere a las neurosis actuales, al distinguir a la angustia señal (cuya sede es el yo) de la angustia automática (análoga al trauma del nacimiento y desamparo):

*"Ambos casos pueden aproximarse si se pone de relieve que el segundo corresponde a la situación de peligro primera y originaria, en tanto que el primero obedece a una de las condiciones de angustia que derivan después de aquella. O, para atenernos a las afecciones que se presentan en la realidad: **el segundo caso se realiza en la etiología de las neurosis actuales**, en tanto que el primero sigue siendo característico de la psiconeurosis." (p. 133, el subrayado es mío)*

En cuanto a la angustia señal, Freud (1926) también modificó su teoría de la angustia, tomando el caso Juanito y preguntándose por qué reprimiría una moción libidinosa, placentera para él. Es decir, ¿Por qué Juanito, que siente placer al estar en la cama con su madre, lo reprimiría? Porque Juanito tiene miedo a la castración – se responde Freud en 1926. A través del caso Juanito, 10 años después Freud puede generalizar su nueva teoría de la angustia. En *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926) dice:

No es grato reparar en esto, pero de nada vale desmentirlo: a menudo he sustentado la tesis de que por obra de la represión la agencia representante de pulsión es desfigurada, desplazada, etc., en tanto que la libido de la

moción pulsional es mudada en angustia. Ahora bien, la indagación de las fobias, que serían las llamadas por excelencia a demostrar esa tesis, no la corrobora y aun parece contradecirla directamente. (p. 104)

El yo, en esta segunda teoría, tiene que actuar frente a una carga de objeto libidinosa que se genera en el ello. Frente a deseos eróticos y hostiles, el yo debe actuar porque aceptar esas pulsiones, sería ponerse en peligro de castración.

La angustia de castración es una angustia de peligro real para el niño, porque éste, que ya ha perdido sus heces y visto el genital femenino, cree en la posibilidad de la pérdida de su pene. Además, hay varias situaciones en donde Freud ubica la angustia, como el nacimiento y el destete (Freud, 1926, p. 123). Es la angustia de castración lo que hace que Juanito reprima. La falla de la represión causa el retorno de lo reprimido que puede darse a la manera de la fobia, de la histeria o de la neurosis obsesiva. La angustia va a intentar ser controlada por el síntoma.

Cuando Freud (1926) se pregunta frente a qué se angustia la niña, se responde que el temor de la niña y de la mujer va a tener más que ver con la angustia frente a la pérdida del objeto de amor. En la mujer no se da la pérdida del pene, pero se da la pérdida de la inteligencia o una herida narcisística, que Freud dice que es más propio de la mujer que del varón, donde lo que está en juego es la angustia frente a la pérdida del amor del padre (p. 199).

Freud menciona aquí la angustia señal, donde el yo dispara una señal de angustia y desencadena algún tipo de cuadro que le permita controlar la angustia. La angustia actúa sobre el yo, no sobre el ello ni el superyó. Funciona como una señal de peligro. El peligro es la castración, la pérdida del objeto.

Ahora, a la luz de esta nueva perspectiva del surgimiento de angustia, la fobia de Juanito a que un caballo lo muerda, propone Freud en 1926, que debe leerse en una equivalencia simbólica del caballo con su padre, como es manejo de evitación y desplazamiento, intenta tramitar psíquicamente la angustia que surge en este infantil sujeto ante la amenaza de que su padre lo castre, es decir, que le corte el pene en

la medida que él, aún a pesar de su corta edad, se atrevió a ponerse en rivalidad con su padre en relación con la madre.

La angustia surge en esa encrucijada, en esa encrucijada en función de advertencia, de señal. Ese afecto indescriptible e incómodo, tiene un valor de señal. La señal que advierte de ese peligro. Freud pensaba que la angustia se encontraba en otra instancia psíquica, pero ahora no le cabe duda de que la instancia psíquica que padece la angustia es el yo. La angustia es un afecto que funciona como señal que advierte de un peligro y ese peligro sería la pérdida del objeto o del amor (Freud, 1926, p. 159).

Un tercer tiempo en la conceptualización de la angustia puede ubicarse desde el 14 noviembre de 1962 hasta el 3 de julio de 1963, cuando Lacan dictó el Seminario 10, donde dialogó con el texto freudiano "Inhibición, Síntoma y Angustia". Lo que aquí se desarrollará de todo el seminario es únicamente una cuestión: si la sede de la angustia es el yo, ¿qué quiere decir que, como señal, está dirigida al yo?

Lacan sostuvo que, en tanto señal, la angustia tiene lugar en el yo, pero propuso que ella está dirigida al sujeto para advertirle acerca de un peligro que tiene que ver con la castración, pero entendida de una forma diferente a como Freud la planteó en 1926. El peligro del que la angustia advierte es sobre el deseo. Justamente, en la encrucijada que este sujeto, en tanto sujeto deseante, se confronta con el deseo del Otro (Lacan, J. 1962, p. 6, Clase I). Lacan propone que la angustia es la sensación del deseo del Otro. Para ilustrar a la audiencia, propone explicarlo con una ficción que él inventa, cuyos protagonistas son él mismo y una mantis religiosa gigante (Lacan, 1962, p. 13, Clase I).

Lacan le propone imaginarse a su clase que hay una mantis religiosa alta hasta el techo. Él se encuentra disfrazado de mantis, pero sin saber de qué sexo (macho o hembra) está hecho el disfraz. Desesperado Lacan, busca verse, a modo de espejo, frente al ojo de la mantis para ver de qué está disfrazado. Pero el ojo de la mantis, todo facetado, no permitiría apreciar esa verificación. Lacan dice que esa es la encrucijada de la angustia: la encrucijada en la que le presenta al sujeto la pregunta de qué es lo que quiere el Otro. O de qué clase de objeto es para ese Otro.

El deseo del Otro, como cualquier otro deseo, es algo que nunca se va a revelar. El neurótico se pregunta por ese deseo y la angustia le señala el peligro de quedar extraviado en el camino del mismo: es el peligro de que, ante la irrupción del deseo del Otro, el sujeto podría quedar extraviado en el camino de su propio deseo. No se trata solamente de lidiar con el deseo del Otro. El deseo del Otro apremia a manifestarse deseante, no se puede esquivarlo, porque si el deseo del hombre es el deseo del Otro, uno necesita del deseo del Otro para constituir su propio deseo.

Otra afirmación de Lacan, en la clase 4 del Seminario 10, contraria a la de Freud, tiene que ver con la pérdida del objeto. La advertencia de un peligro que no tiene que ver con que el objeto se pierda, sino con que el objeto no se pierda. Para poder afirmar eso, Lacan necesita una concepción novedosa del objeto en psicoanálisis: el objeto a. En la medida que se conciba al objeto como objeto a, es que se podrá afirmar que el peligro que señala la angustia, no es como dice Freud que señala el peligro de su pérdida, sino el peligro de que esa pérdida no se produzca. La angustia no marca el peligro de quedarse sin el objeto, y dice “la angustia no es sin objeto”. Según desarrolló antes, Freud había sostenido que la angustia era sin objeto.

A partir de la segunda clase del seminario, en noviembre del 1962, Lacan comenzó a delinear el objeto (a) para echar nueva luz sobre la angustia. El objeto (a) es objeto causa del deseo. El objeto a se constituye a partir del éxito de una operación subjetiva que debe realizarse para ser neurótico. Es la que Lacan escribe con la siguiente ecuación:

$$\begin{array}{c|c} A & S \\ S & \cancel{A} \\ a & \end{array}$$

(Imagen extraída de Lacan, J. 1963, p. 36)

Para Lacan, el Otro preexiste al sujeto: se trata de un tiempo lógico en el que hay Otro de un sujeto por venir. Ambos sin barrar por encontrarse en un momento imaginario de puro goce. Con la eficacia de la metáfora paterna, el sujeto queda barrado y el Otro en falta. La operación es una división no exacta, tiene un resto. El objeto (a) es el resto de la operación de constitución de un sujeto en el campo del Otro.

El objeto (a) es el soporte del deseo, el sujeto encuentra, en su articulación con este objeto, el modo de sostenerse en su incompletud.

Lacan propuso que, en cualquier surgimiento de la angustia, lo que se produce es una inversión de los términos anteriormente desarrollados:

A	S	Goce
a	A	Angustia
s		Deseo

(Lacan J., 1963, p. 198)

En este nuevo esquema, Lacan agregó niveles y marca la angustia, el goce y el deseo. El resto se encuentra en otro lugar (en el piso 2), no como resto, sino que surge la amenaza de completar al Otro (A barrado). Ese es el peligro que señala la angustia y la fórmula indica cómo la angustia no es sin objeto. El objeto al que se refiere tiene que ver con el deseo del Otro. La angustia señala un peligro, no de que el objeto se pierda, sino de que éste irrumpa. Lacan lo adelanta en la clase 3:

Pero si de pronto viene a faltar toda norma, es decir lo que constituye la falta —pues la norma es correlativa de la idea de falta— si de pronto eso no falta —y créanme, traten de aplicar esto a muchas cosas— en ese momento comienza la angustia (Lacan J., 1962, p. 36)

En la clase 4 del 5 de diciembre de 1962, Lacan se pregunta:

¿Acaso ignoran ustedes que no es la nostalgia de lo que llaman el seno materno lo que encuentra la angustia sino su inminencia todo lo que nos anuncia algo que nos permitirá entrever que va a volverlo a él?

[...]

Lo más angustiante para el niño es que justamente esa relación sobre la cual él se instituye por la falta que le hace descanso, esa relación resulta ser lo más perturbado cuando no hay posibilidad de tanta, cuando la madre le está todo el tiempo encima. (Lacan, J. 1962, p. 48)

Si bien para Freud la angustia es de castración, Lacan considera a la misma de forma diferente y en otro registro. El peligro para Juanito no era que el padre produjera un corte, sino que éste último no lo ejerciera donde era preciso. Se trata de un corte simbólico que lo desprenda del lugar de objeto de su madre y le permitiera sostenerse como sujeto deseante. No se trata de una amenaza de que le corten el “hace-pipi” (*wiwi-facher*), sino que el padre produzca un corte que lo saque del lugar de falo, para algún día conservar el suyo y utilizarlo cuando sea el momento. Para poder tenerlo, hay que dejar de serlo.

En la teoría de Lacan, la angustia señala ese crucial desfiladero. Cuando el propio niño completa a la madre, perdería su propia condición de sujeto deseante. El niño quedaría como objeto del goce del Otro. La angustia es una señal que no se equivoca, pero parecería que funciona como un oráculo porque su señal es siempre enigmática.

Angustia y vacilación fantasmática. En resumen, la angustia presenta dos caras: una, como señal de alarma ante la inminencia del objeto; la otra, la que acontece ante el desamparo o la pérdida. En *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), Freud utiliza la metáfora de los puercoespines con frío de Schopenhauer para explicar la relación afectiva entre seres humanos, donde “ninguno soporta una aproximación demasiado íntima de los otros” (p. 96) por las púas de estos animales, a la vez que necesitan apretujarse para poder prestarse calor entre ellos, “hasta que encontraron un distanciamiento moderado que les permitía pasarlo lo mejor posible” (ibid).

En este sentido, es importante que la fórmula del fantasma ($\$ \diamond a$), Lacan (1962-63) presenta al losange indicando una relación de conjunción y disyunción entre el sujeto y el objeto a:

El fantasma, es \$ en una determinada relación de oposición con a, relación cuya polivalencia está suficientemente definida por el carácter compuesto del losange, que es tanto disyunción, \vee , como la conjunción, \wedge , que es tanto lo mayor como lo menor. (p. 189)

Previamente al aporte del Seminario 10, en el 5, Lacan había enseñado que el fantasma es una respuesta ante el deseo del Otro (“d”, en el grafo del deseo) y que losange indicaba que el sujeto y objeto son intercambiables, que se puede ocupar cualquier posición.

El fantasma puede vacilar, generalmente, ante experiencias que generan una conmoción en las coordenadas que constituyen la realidad del sujeto. Según Indart (2017), esta vacilación ocurre cuando el sujeto recorre el vector superior del rombo en la fórmula del fantasma, colocándose en la posición de objeto. Fenómenos como el pasaje al acto, el acting out, la depresión y la queja dan cuenta de esta vacilación.

Según Camaly (2017), la vacilación del fantasma, en tanto éste constituye un marco ficcional de la realidad del sujeto, hace prevalecer la dimensión del goce, el cual será registrado por el paciente en términos de sufrimiento. Presentaciones tales como la angustia, el miedo, el insomnio, las oscilaciones bruscas del estado de ánimo, irritabilidad, pérdida de referencias y, en casos más graves, desestabilización psicótica se pueden ubicar en este punto.

Se aprecia que la angustia siempre está en el marco del discurso. Según Iunger (2013), *“una dificultad con la angustia muy grande hace vacilar el fantasma o la vacilación del fantasma hace emerger la angustia, pero siempre dentro del marco del discurso”*.

No obstante, el autor sitúa el fenómeno del pánico más allá de este soporte:

El pánico como esta experiencia, de irrupción de un terror traumático, es decir, que excede por su intensidad la capacidad de tramitación del sujeto o de la estructura simbólica del sujeto, e inmotivado, es decir, no hay nada que lo justifique en la experiencia objetiva o en la trama fantasmática, o lo que hay no justifica que se produzca esta extrema vivencia que constituye el pánico.

(...)

Esta desconexión de la trama fantasmática del sujeto tiene soporte ya desde ahí en la trama teórica de Freud. Hay que hacer presente que, en las neurosis actuales freudianas, justamente se trataba de neurosis en las cuales había una falta de elaboración psíquica. (Iunger, 2013)

En este sentido, Lacan (1953) afirmó que “Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento/ sobrepasamiento (dépassement) en la palabra” (LACAN 1953: 235).

2.2. Causa específica de la neurosis de angustia

Freud define a la causa específica de la ecuación etiológica (b) como: “...aquella que no dejamos jamás de hallar en los casos de emergencia del efecto, bastándole para producirlo alcanzar una cierta intensidad o cantidad, siempre que las condiciones se encuentren cumplidas”. (Freud, 1985, p. 135)

La causa específica de la neurosis de angustia pareciera estar basada en determinados **rasgos de carácter como la omnipotencia y la sobreadaptación**. En los ataques de pánico, solemos encontrarnos con sujetos muy omnipotentes que, a partir de la irrupción de los ataques, caen en una situación de total impotencia. Estas coordenadas fueron sostenidas por Amigo (2021) y Urbaj (2020). También fue señalada, sin usar la ecuación etiológica, por Galiñanes (2014). Lo interesante de su trabajo es que, por medio de una investigación cualitativa en una muestra en la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe, Argentina), entre los años 1999-2001, determinó que “los y las entrevistadas quedan aprisionados en una situación dilemática generada por lo que mayoritariamente se entiende en la

sociedad por tener éxito y las propias necesidades y deseos" (p. 121) También hace mención a personas que persiguen metas grandiosas, bajo la característica de "autoexigencia" (p. 120)

Hay un punto de partida en Freud para sostener estas posturas desde una perspectiva metapsicológica. En "De guerra y muerte" (1915), parte de un yo que se cree inmortal:

"La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores (...) En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad" (p.290)

En el mismo texto hay una mención al heroísmo impulsivo, con una interesante referencia a la angustia de muerte, vinculándola con la consciencia de culpa. Allí Freud dice:

"La fundamentación del heroísmo según la ratio descansa en el juicio de que la vida propia no puede ser tan valiosa como ciertos bienes abstractos y universales. Pero opino que más frecuente ha de ser el heroísmo instintivo e impulsivo que prescinde de cualquier motivación de esa índole y sencillamente arrostra el peligro, tras asegurarse (...) «Eso nunca puede sucederte a ti». (...) La angustia de muerte, que nos domina más a menudo de lo que pensamos, es en cambio algo secundario, y la mayoría de las veces proviene de una conciencia de culpa". (p. 298)

Posteriormente, Freud (1923) se refiere a la angustia de muerte para situarla como un conflicto entre el yo y el superyó:

"El único mecanismo posible de la angustia de muerte sería que el yo diera de baja en gran medida a su investidura libidinal narcisista, y por tanto se resignase a sí mismo tal como suele hacerlo, en caso de angustia, con otro

objeto. Opino que la angustia de muerte se juega entre el yo y el superyó". (p. 58)

Desde la escuela inglesa, se pueden ubicar aportes sobre la sobreadaptación, como los de Liberman D (1982), quien se refiere a ella en términos de *"personas que padecen de cordura"* (p.14), en el sentido que cuentan con un alto nivel de ajuste a la realidad exterior, en desmedro de la conexión con los mensajes provenientes del interior emocional y corporal. La sobreadaptación, según el autor, consiste en negar los aspectos emocionales que les causan sufrimiento, fallando la inscripción de los estímulos corporales en el aparato psíquico.

La sobreadaptación descansa sobre una fantasía omnipotente de vulnerabilidad e inmortalidad, en donde la persona no registra las sensaciones que alertan sobre aquellas situaciones que sobrepasan sus posibilidades emocionales reales. (Liberman, 1982)

Liberman (1982), en ese sentido, considera la sobreadaptación a la realidad exterior como una adaptación psicótica que se organiza sobre la fantasía de inmortalidad (ibid). Según Velcoff y Verduci (1995), siguiendo a Liberman, en los pacientes sobreadaptados *"el Ideal del Yo adquiere características tiránicas, dejando subordinado el juicio de realidad y estrechando la percepción de los diferentes sentidos y significados del exterior o interior"*.

Resulta importante, para la clínica, investigar qué tipo de eventos han contribuido a forjar tal tipo de carácter, que necesariamente aparecerá en la historia infantil del paciente. Manfredi y Linetzky (1996) recomiendan, para la neurosis de angustia, *"profundizar la investigación sobre tempranas experiencias infantiles de muerte de figuras psicológicamente significativas. Pensamos que es posible que estos pacientes hayan sufrido un fracaso en la posibilidad de negar, simbolizar o contener en la vida mental la temática de la propia muerte"* (p. 90)

Similar postura sostienen diversos autores de las terapias cognitivo-conductuales: Cárdenas y otros (2010) describieron factores de riesgo para predisponer a cuadros de ansiedad en los pacientes. Ellos se refieren a la ausencia parental, tanto física

como psicológica, de uno o de ambos padres. Ésta se produce cuando no se logran cubrir las necesidades básicas de afecto, de orientación, los límites y la supervisión en la crianza. Los autores también mencionan, en el mismo estudio, a las situaciones de abuso infantil. Finalmente, se encuentran las expectativas parentales que demanden del niño un comportamiento de adulto, más allá de sus posibilidades. (p. 24-25)

En resumen, se ubica como causa específica de la neurosis de angustia a la sobreadaptación y a la omnipotencia como rasgos de carácter. Se trata de una presentación que, en principio, no le presenta al paciente incomodidad ni sufrimiento, tampoco la necesidad de movilizarse para encontrar una solución, como en el caso del síntoma. Los rasgos de carácter se presentan de manera egosintónica con el yo, de manera que el sujeto los vive como “una forma de ser” y no registra un conflicto, pese a sufrir diversas dificultades en su vida. Esto los vuelve difíciles de conmover en la clínica. La omnipotencia y la sobreadaptación, en estos casos, se inscriben tempranamente en la historia del sujeto y están ligados a mandatos superyoicos aún no interrogados.

2.3. Causas concurrentes de la neurosis de angustia

Se trata del tema central de este trabajo. Las causas concurrentes (c) de la ecuación etiológica es definida por Freud (1895) como:

[...] aquellos factores que no siendo indispensables ni pudiendo producir por sí solos el efecto, cualquiera que sea su intensidad, colaboran con las condiciones y la causa específica en el cumplimiento de la ecuación etiológica. (p. 135)

Respecto a este punto existe bastante producción y dispersión teórica, en lo que refiere a las causas concurrentes de la neurosis de angustia, tanto en la obra freudiana como en posteriores autores.

Así, en el apartado II: “Producción y etiología de la neurosis de angustia” del texto *Sobre la necesidad de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de*

«*neurosis de angustia*» (1895), Freud ubicó un común denominador: la **insatisfacción sexual en hombres y mujeres**. Es notable que a esta altura de la obra freudiana hay un nexo entre libido y angustia, aunque en ese momento no logra dar cuenta cuál es. Además, hay que situar que aún no estaba formalizado el concepto de pulsión.

La etiología sexual en las neurosis de angustia tuvo sus disensos. Himiob de Marcano (1999) realizó, al final de su artículo, la siguiente pregunta:

¿no habría que reconsiderar algunas de las ideas propuestas por Freud como, por ejemplo, el hecho de que dicha afección tenga su origen en la sexualidad mal canalizada, y que su causa sea actual? Es pertinente subrayar el valor de la agresión reprimida como una de las causas de este desbordamiento de angustia (...) en las neurosis de angustia, la misma es el síntoma principal y la crisis representa su descarga directa (p 57).

Freud propuso otras causas concurrentes además de la sexualidad mal canalizada. En el punto β de *Las neuropsicosis de defensa* (Freud, 1894), Freud señala otra causa concurrente, relacionada con el **trabajo excesivo** (p. 103), aunque en el texto no especifica qué se entiende por dicha cualidad, entre otras problemáticas que posteriormente se situarán.

Por otra parte, en la Conferencia 24, Freud establece que en la neurosis de angustia no siempre apuntaba a la vida sexual, agregando a las causas concurrentes las **pérdidas y una agotadora enfermedad orgánica** (p. 352).

Manfredi y Linetzky (1996) recomiendan, para estos casos, “*profundizar la investigación sobre tempranas experiencias infantiles de muerte*” (p.90). Lutereau (2016) relacionó el pánico en referencia a los **duelos no realizados**, como “*Un saldo de lo agresivo hacia el padre que a través de la moralidad silenciosa del superyó se orienta contra el yo*” y concluyen el artículo preguntándose “*si el pánico, al menos en este caso, no constituye una manera de tener idea de su muerte y transitar el duelo*” (P. 50).

A su vez, el psicoanalista Víctor Iunger ha sostenido, desde el año 2007, en distintos espacios, otra causa concurrente: la **caída del padre** (y sus subrogados) **o del ideal**, basándose en los textos freudianos *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921) y *El fetichismo* (1927). La misma postura acerca del ideal tiene Baumgart, en su obra “Ataque de Pánico y subjetividad” (2003).

Finalmente, De Marcano (1999) propuso pensar para el ataque de pánico un **estado fusional con el otro** (p. 56). Hay aportes desde la terapia cognitivo conductual que también validan esta causa concurrente, como la postura de Cárdenas, Fera, Palacios y De la Peña (2010) quienes señalan como factores de riesgo para el ataque de pánico la presencia de padres sobre protectores. Todas estas coordenadas pueden leerse, en Psicoanálisis, en función de los textos “Lo siniestro” (1919) de Freud y el Seminario 10 de Lacan.

Evidentemente, resulta necesario investigar si esta variedad de causas concurrentes, propuestas para las neurosis de angustia, son verificables o no en la clínica, pues también existen distintos niveles de acuerdo a la pertinencia de las mismas.

2.4. La causa provocadora del ataque de pánico: su desencadenante

Lo que suele ocurrir con el paciente con ataque de pánico es que se presenta a la consulta asociando el ataque con la causa provocadora o desencadenante. En la clínica, este relato sobre lo actual resulta reiterativo y difícil de conmover, por las causas que Freud mencionó en “Análisis terminable e interminable” (1937):

“En estado de crisis aguda, el análisis es poco menos que inutilizable. En tal caso, todo interés del Yo será reclamado por la dolorosa realidad objetiva y se rehuirá al análisis que pretende penetrar esa superficie y poner en descubierto los influjos del pasado”. (p. 234)

En la ecuación etiológica, la causa provocadora (d), también conocida como factor desencadenante, según Freud (1895) consiste en *“aquella que se incorpore en último lugar a la ecuación, precediendo así inmediatamente a la emergencia del efecto”* (p. 135)

La causa provocadora es aquella que se manifiesta justo antes de que se desencadene el cuadro. Suele ser algo trivial o nimio; el paciente la conoce y la relata con mucho detalle, muchas veces adjudicándole a esa situación el desencadenamiento feroz.

“Este factor temporal es lo que constituye exclusivamente la esencia de la motivación. Cualquiera de las demás causas puede así desempeñar en su caso este papel”. (p. 135)

Como se detalló en el punto 1.3 del trabajo, tras el despliegue del pánico acontece, mediante una elaboración secundaria, una interpretación de que algo muy grave debe estar a punto de ocurrir. También se indicó que no se debe confundir el relato de las fobias de la neurosis de angustia con las de la neurosis fóbica, aunque para ambos casos Freud utilizara el término “fobia”.

2.5 Resumen.

Según todo lo expuesto, la ecuación etiológica podría ser utilizada para ubicar distintas conceptualizaciones referidas a la etiología de la neurosis de angustia, las cuales se ordenan en el cuadro de resumen que a continuación se detalla:

Ecuación etiológica	Neurosis de angustia
a) Condición: son factores que no pueden faltar para que surja el efecto, pero que son incapaces de producirlo por sí solos, cualquiera que sea su magnitud	Desestimación temprana de la angustia
b) Causa específica. Aquella que siempre se halla en los casos de emergencia del efecto, bastándole para producirlo alcanzar una cierta intensidad o cantidad, siempre que las condiciones se encuentren cumplidas.	Omnipotencia y la sobreadaptación como rasgos de carácter. Sentimiento inconsciente de culpa.
c) Causa concurrente. Aquellos factores que no siendo indispensables ni pudiendo producir por sí solos el efecto, cualquiera que sea su intensidad, colaboran con las condiciones y la causa específica en el cumplimiento de la ecuación etiológica.	¿Insatisfacción sexual en hombres y mujeres? ¿Trabajo excesivo? ¿Pérdidas no elaboradas? ¿agotadora enfermedad orgánica? ¿Caída del padre imaginario/ideal? ¿estado fusional con el otro? ¿otras?
d) Motivación inmediata o causa provocadora.	Algo trivial o nimio, conocido por el paciente, asociado por elaboración secundaria.

Cuadro de elaboración propia

Es fácil observar la variedad de aportes que existen respecto a las causas concurrentes en las crisis de angustia, que, en algunos casos, difieren en el nivel de acuerdo que hay respecto a los mismos.

3. Las causas concurrentes en el ataque de pánico: descripciones

Como se mencionó en el punto 2.3 del presente trabajo, existen diversos desarrollos que permiten dar cuenta de una variedad de eventos que funcionan como causas concurrentes en la ecuación etiológica de la neurosis de angustia. En el tratamiento de estos casos, los pacientes difícilmente las reconocen, pues al tratarse de personas donde la angustia no se encuentra como recurso, falla la posibilidad de señalar un peligro que permita la anticipación. Uno de los retos para el analista, que tampoco conoce la causa concurrente (o causas) del caso, es justamente ubicarlas

ante un paciente que por su sobreadaptación y omnipotencia presenta un marcado déficit para advertir cuándo algo de su vida marcha bien.

Ahora bien, al estudiar el tema de las causas concurrentes como variable, resulta necesario describir de qué se trata cada una, ya que su mera mención poco dice acerca de sus particularidades. Por ejemplo, ¿Qué se entiende por insatisfacción sexual? ¿Qué es “trabajo” y qué implican los calificativos “excesivo” y “agotador”? Lo mismo con cada una de las causas concurrentes previamente señaladas.

3.1. Insatisfacción sexual

En el apartado II. *“Producción y etiología de la neurosis de angustia”*, del texto *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»* (1895 [1894]), Freud ubicó que en *“las neurosis de angustia no se discierne etiología alguna”, pero que tras un examen cuidadoso, es posible hallar como factores de “eficiencia etiológica una serie de nocividades y de influjos que parten de la vida sexual”* (p.99). De esta manera, Freud procedió a detallar diversas situaciones donde el común denominador era la insatisfacción sexual, como es el caso de la angustia sexual de las adolescentes, la angustia de las mujeres recién casadas, las mujeres cuyos maridos son impotentes o padecen de eyaculación precoz o que tienen maridos que interrumpen el coito (como método anticonceptivo), la abstinencia de las viudas o el período climatérico.

Para el varón, Freud estableció la misma etiología basada en la anatomía genital masculina, mencionando la abstinencia sexual, la excitación frustrada, el coito interrumpido y la vejez (senescencia como equivalente del climaterio femenino).

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), habiendo Freud diferenciado la angustia señal de la angustia automática (que asocia a las neurosis actuales), vuelve sobre este asunto:

No es descartable que, en caso de abstinencia, de perturbación abusiva del curso de la excitación sexual, de desviación de ésta de su procesamiento

psíquico, se genere directamente angustia a partir de libido, vale decir, se establezca aquel estado de desvalimiento del yo frente a una tensión hipertrófica de la necesidad, estado que, como en el nacimiento, desemboque en un desarrollo de angustia; y en relación con esto, es de nuevo una posibilidad indiferente, pero que nos viene sugerida como naturalmente, que sea el exceso de libido no aplicada el que encuentre su descarga en el desarrollo de angustia. (p.133)

En *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933), Freud reformuló esta última afirmación, escribiendo “*Ya no afirmaremos que sea la libido misma la que se muda entonces en angustia*” (pág. 87) y propuso que en las neurosis de angustia el desarrollo de angustia ocurría como reacción ante una situación traumática.

Ahora bien, Freud no fue el primero ni el único en establecer esta conexión etiológica. Uno de los padres de la Iglesia, Juan Casiano (360/365) mencionó, en *De institutis coenobiorum et octo principalium vitiorum remedii*, acerca de un tipo de tristeza, calificada como la más detestable, pues la misma no llevaba al sujeto a la corrección del curso de su vida o a la enmendación de sus faltas y que, en todo caso, incitaba a una desesperación pernicioso del alma. El contexto de esta observación se dio ante la aparición de una enfermedad muy extraña que se empezó a ver en los desiertos de Alejandría, **la acedia**, que aquejaba a aquellos penitentes que se internaban para vivir en soledad, en un intento de encontrar a Dios alejándose de las cosas del mundo. En estos institutos, los penitentes hacían **una vida de renunciaciones** de aquellos estímulos que pudiesen mover la *libídine*.

Las manifestaciones, síntomas y estados de ánimos de la acedia son sumamente contradictorios, al punto que es imposible insertarla dentro de una sistematización como las que actualmente se disponen. Sin embargo, es posible tomar ciertos aspectos de los textos monásticos para dilucidar ciertas coordenadas.

En la acedia, el *tadium vitae* aparecía como un tumor del alma, pero también tenía un correlato en el cuerpo, donde la “ansiedad del corazón” (*auxietatem cordis*) era la manifestación más elocuente, acompañado por el enardecimiento (*ardentissimus*

aestus), descrito como una fiebre intensa o un acaloramiento, que define como una actitud pasiva, pero no era una acción de la voluntad manifiesta que tenía la acedia como padecimiento.

Piovano, en cuanto a la acedia, también hace mención a la impresión subjetiva de estar en un mundo que está destruyéndose, un sentimiento de los últimos tiempos, en términos que enuncia La Biblia, en Lucas 21, donde dice: “*Los hombres se quedarán sin aliento por el terror y la ansiedad ante las cosas que se abatirán sobre el mundo*” y en Deuteronomio 28, 64-67: “*No hallarás sosiego en aquellas naciones, ni habrá descanso para las plantas de tus pies, sino que Yahvé te dará allí corazón tembloroso, y languidez de ojos y ansiedad del alma. Tu vida estará ante ti como pendiente de un hilo, tendrás miedo de noche y de día, y no tendrás seguridad ni de tu vida (...)*” (p. 47) para concluir que en *la acedia* lo que está en juego es **la sensación de falta de salida de escape**.

Notablemente, *la acedia* es frecuentemente asociada en diversos estudios y artículos con la melancolía. Es interesante que en *El manuscrito E* (sin fecha) de los *Fragmentos de la correspondencia con Fliess* (1950 [1892-99]), Freud hace una comparación entre melancolía y neurosis de angustia desde el punto de vista económico: “*La acumulación de tensión sexual física será a las neurosis de angustia como la acumulación de tensión sexual psíquica será a la melancolía*”. (p. 231) **La acumulación de tensión sexual** suministra una base primera para pensar en una connotación económica compleja.

Freud nunca se desdijo acerca de la etiología sexual de las neurosis de angustia. En la Conferencia 24 (1916-17):

En las formas comunes de las llamadas neurosis actuales, el significado etiológico de la vida sexual es un hecho grueso que se presenta a la observación por sí solo. [...]

Si se lleva una normal vita sexualis, no hay neurosis —quería significar: neurosis actual—. Es verdad que esta tesis omite con demasiada ligereza las diferencias individuales entre los seres humanos, y también adolece de la

imprecisión que es inseparable del juicio sobre lo «normal»; pero todavía hoy conserva su valor como orientación global (p. 351)

El tema de la insatisfacción sexual como causa concurrente ha tenido diversas críticas, pues la misma carga con una tradición de la que conviene estar advertido: **el mito del enloquecimiento de la mujer por motivos de su anatomía sexual**. Un punto posible para ubicar esta manera de pensar puede encontrarse en *Las Bacantes* de Eurípides, donde puede leerse el miedo de los hombres a que las mujeres, sin la atadura del matrimonio, consagrarían su vida a la ninfomanía. En *Las Bacantes*, las mujeres seguidoras de Dionisio se abandonan a un frenesí de la bebida, saltan sobre el rey de Tebas Penteo (único hombre presente) y lo descuartizan.

Los atenienses temían de la condición salvaje de las mujeres vírgenes. Se creía que, si al empezar a menstruar una mujer no había mantenido relaciones sexuales con un hombre que le abriera el cuello del útero, el flujo menstrual se acumulaba, causando graves problemas. En “*Sobre las vírgenes*” de autor anónimo, se recomienda que las vírgenes sean casadas y embarazadas. Una vez que la mujer se casaba, se consideraba que su apetito sexual quedaba frenado. Varios médicos de la época recetaron el matrimonio y la relación sexual implicada en él como remedio a los problemas femeninos. Los hombres, de esta manera, se volvieron la respuesta a todos los problemas de las mujeres. Platón, por su parte, comparó al útero con un animal insaciable, que se mostraba tierno y doloroso a la vez.

Estas ideas se mantuvieron durante gran parte de la historia. Tan sólo se puede tomar a modo de ejemplo, algunos fragmentos de la tesis de José Lucena (1848) en “*Sobre el histerismo considerado como una enfermedad*” extraídos por Rosa Falcone (2011) donde dice:

Deben tomarse las mayores precauciones para alejar las impresiones morales, susceptibles por su naturaleza de simular la voluptuosidad del útero como son ciertas lecturas y espectáculos (...) El matrimonio es indicado como un remedio racional y soberano y muchos han visto después de él se

regularizan las funciones del útero y desaparecen los accidentes, sin embargo, no a todas las constituciones pueden convenir igualmente. (p. 201)

Lo interesante de la cita es que se abre a la cuestión de la explotación de la mujer en lo que al trabajo se refiere, tema que se abordará posteriormente.

Ciertamente, Freud no sólo habló de la insatisfacción sexual en las mujeres únicamente, sino también en los hombres.

Es necesario puntualizar que, para 1894, la teoría freudiana estaba muy apoyada en la fisiología y la misma distaba de las posiciones posteriores, formuladas a la luz de otras conceptualizaciones como el concepto de pulsión y el del narcisismo.

En *Introducción al narcisismo* (1914), Freud se refirió a la culminación del narcisismo primario y estableció el germen del argumento al planteo económico en las neurosis actuales: el de la estasis libidinal no articulada, que produce displacer.

¿En razón de qué se ve compelida la vida anímica a traspasar los límites del narcisismo y poner {setzen} la libido sobre objetos? " La respuesta que dimana de nuestra ilación de pensamiento diría, de nuevo, que esa necesidad sobreviene cuando la investidura {Besetzung} del yo con libido ha sobrepasado cierta medida. Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar. Algo parecido a la psicogénesis de la creación del mundo, según la imaginó H. Heine:

*«Enfermo estaba; y ese fue
de la creación el motivo:
creando convalecí,
y en ese esfuerzo sané». (p.84)*

En el mismo texto, anteriormente Freud también había hablado acerca de **la erogeneidad de los órganos:**

Podemos decidirnos a considerar la erogeneidad como una propiedad general de todos los órganos, y ello nos autorizaría a hablar de su aumento o su disminución en una determinada parte del cuerpo. A cada una de estas alteraciones de la erogeneidad en el interior de los órganos podría serle paralela una alteración de la investidura libidinal dentro del yo. (p.81)

Cuando Freud formalizó el concepto de pulsión en *Pulsiones y sus destinos* (1915), ubicó como fuente de la misma a “*aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado {repräsentiert} en la vida anímica por la pulsión*” (p. 118). Nuevamente, aquí se refirió a la erogeneidad de todo el cuerpo:

Con miras a una caracterización general de las pulsiones sexuales puede enunciarse lo siguiente: Son numerosas, brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia unas de otras y sólo después se reúnen en una síntesis más o menos acabada. (p. 121)

A la luz del concepto de pulsión, la sexualidad en el Psicoanálisis ya no se puede entender como la mera sexualidad genital, una fuerza biológica, sino en un sentido más complejo, que implica el placer, los goces, sus fuentes (todo el cuerpo) y sus modalidades de satisfacción.

Al hablar de “insatisfacción sexual”, se abre también al problema del objeto y a la efectiva posibilidad de satisfacción. Para 1905, Freud enseñó en *Tres ensayos de teoría sexual* que “*La satisfacción de la zona erógena (...) se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella*” (p. 165)

En *Más allá del principio del placer* (1920), Freud había dicho que “*La pulsión nunca cesa de aspirar a su satisfacción plena, que consistiría en la repetición de una vivencia primaria de satisfacción*” (p. 42)

En el mismo texto, Freud enseñó que para la meta de la pulsión (la satisfacción), siempre habrá una diferencia entre lo que se pretende y lo que efectivamente se halla, lo que genera el empuje:

La diferencia entre el placer de satisfacción hallado y el pretendido engendra el factor pulsionante, que no admite aferrarse a ninguna de las situaciones establecidas, sino que, “acicatea, indomeñado, siempre hacia adelante”. El camino hacia atrás, hacia la satisfacción plena, en general es obstruido por las resistencias en virtud de las cuales las represiones se mantienen en pie, y entonces no queda más que avanzar por la otra dirección del desarrollo [progresiente], todavía expedita, [aunque] en verdad sin perspectivas de clausurar la marcha ni de alcanzar la meta (p.42)

De esta manera, siempre en el mismo texto, **la meta específica de la pulsión será la de restablecer un estado anterior.** Las renunciaciones del sujeto a la satisfacción pulsional tienen que ver con la conciencia moral, según refirió Freud en *El malestar en la cultura* (1930), al establecer que “*la conciencia moral es la consecuencia de la renuncia de lo pulsional. Que es esa renuncia de lo pulsional (impuesta a nosotros desde afuera) la que crea la conciencia moral, que después reclama más y más renunciaciones*” (p.124).

En el texto *Los que fracasan cuando triunfan* (1916), Freud sostuvo que la persona enfermaba de neurosis como consecuencia de la frustración de la satisfacción de sus deseos, cuando el libido no tiene la posibilidad de una satisfacción ideal acorde con el Yo. La privación o frustración³ de una satisfacción real es la condición primera para la génesis de la neurosis.

De esta manera, los síntomas servirán a la satisfacción sexual en calidad de **sustitutos de esa satisfacción que falta** en la vida. En lo que a la satisfacción refiere, pareciera que no hay otra satisfacción que no sea sustitutiva, nunca plena sino más bien insuficiente, pues de lo que se trata es de la búsqueda de una satisfacción perdida.

³ En este texto Freud homologa ambos términos.

En el Seminario 11, Lacan se refiere a la pulsión como montaje. Allí la satisfacción sólo contornea su objeto-causa; sin jamás agotarlo o eliminarlo. Lacan hace referencia al circuito de la sexualidad que hace la pulsión alrededor del objeto, siendo que para él existe una sola pulsión: la de muerte. Dice Lacan, en la clase 14 del seminario 11 (1964):

“La discusión sobre las pulsiones sexuales resulta un embrollo porque no se repara en que la pulsión, aunque representa la curva de la realización de la sexualidad en el ser vivo, sólo la representa y, además, parcialmente. ¿Por qué asombrarse de que su término último sea la muerte cuando la presencia del sexo en el ser vivo está ligada a ella?” (p. 2046)

La tendencia del viviente es volver a lo inerte, pero gracias al desvío que realiza el deseo sobre el cuerpo es que aparece la vida. De esta manera, para Lacan todas las pulsiones son parciales. No hay una pulsión total que nos lleve a esa meta, que es la satisfacción. Continúa:

“(…) saber, en lo referente a la instancia de la sexualidad, la situación es la misma para todos los sujetos, así sean niños o adultos -todos se enfrentan sólo con la sexualidad que pasa por las redes de la constitución subjetiva, las redes del significante- la sexualidad sólo se realiza mediante la operación de las pulsiones en la medida en que son pulsiones parciales, parciales respecto de la finalidad biológica de la sexualidad” (p. 184)

Lacan utiliza un esquema confeccionado a partir de una frase, que Lacan la pone en griego, que es de Heráclito:

τὼ τοξῶ [βίως] ὄνμα βίως ἔργον
δέ θάνατος

La vida es como un arco, cuya realización es la muerte

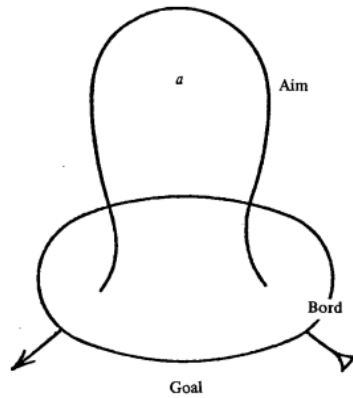


Imagen extraída de Lacan (1964) p. 185

Lacan, entonces dijo:

Hoy reproduje en la pizarra un fragmento de Heráclito, recogido en la obra monumental en la que Diels ha reunido lo que nos queda disperso de la época pre-socrática, Bíos, escribe -y esto nos emerge en sus lecciones de sabiduría de las que podemos decir que, antes de todo el circuito de la elaboración científica, van a la meta, y en línea recta- al arco ha dado el nombre de la vida -Bíos, el acento está sobre la primera sílaba- y su obra es la muerte. (p.184)

Heráclito había hecho un juego de palabras: Una implica dios, que quiere decir "Arco" y otra es "bios", que es vida. Aunque se trata de una traducción incorrecta, Lacan igualmente la tomó para explicar que, si todo fuera pulsión de muerte, se trataría de una línea recta. Es lo que se ve en los casos de marasmo: si un niño es entregado a un cuidador que no lo sostiene desde el amor, éste muere. Es el deseo del Otro de los primeros cuidados lo que erotiza al niño, lo que le da vida y sentido. Un sentido sostenido en el deseo del Otro.

La pulsión, de esta manera, se configura como una fuerza constante que recorre **un trayecto alrededor del objeto y en ese recorrido encuentra satisfacción**. En ese sentido, se trata de un concepto de pulsión similar al planteado por Freud.

¿Es la pulsión autoerótica? Freud, en el segundo capítulo de *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) habló de los labios que se besan a sí mismos. Hay que distinguir la satisfacción del puro y simple autoerotismo de la zona erógena:

En todo caso, lo que obliga a distinguir esta satisfacción del puro y simple autoerotismo de la zona erógena, es este objeto que demasiado a menudo confundimos con éste en el que la pulsión se cierra -este objeto, que no es de hecho más que la presencia de un hueco, de un vacío, ocupable nos dice Freud, por cualquier objeto y cuya instancia no conocemos sino bajo la forma del objeto perdido a minúscula. El objeto a minúscula no es el origen de la pulsión oral. No queda introducido a título de alimento primitivo, queda introducido por el hecho de que ningún alimento satisfará jamás a la pulsión oral, a no ser contorneando el objeto que eternamente falta. (p. 186-187)

De esta manera para Lacan, la pulsión realiza un contorneo alrededor de **un objeto que falta**.

El prójimo y el objeto de la satisfacción

En el Seminario 5, Lacan (1956-57) refiere a la disparidad del amor, el deseo y a la satisfacción entre las posiciones sexuadas (hombre y mujer), resaltando que “...estamos en el momento de una primera exploración de las tinieblas en lo que a los misterios del deseo se refiere” (Lacan, p. 336)

Freud realizó numerosas referencias al prójimo como objeto de satisfacción para construir diversas conceptualizaciones. Por ejemplo, en *El Malestar en la cultura* (1930), definió que:

(...) el prójimo no es solamente un posible auxiliar y objeto sexual, sino una tentación para satisfacer en él la agresión, explotar su fuerza de trabajo sin resarcirlo, usarlo sexualmente sin su consentimiento, desposeerlo de su patrimonio, humillarlo, infligirle dolores, martirizarlo y asesinarlo. (p. 108)

Si el prójimo aparece como objeto de las diferentes modalidades de satisfacción pulsional de un sujeto, necesariamente surgirá un aspecto diferencial a resaltar, pues en tanto lo que Freud llamó *fixierung* y Lacan fantasma, habrá que distinguir la fijación del objeto de la pulsión de lo que es la fijación al objeto del fantasma. El objeto del fantasma es singular y no tiene aspectos tan generalizables como el caso del objeto de la pulsión, que en la obra de Freud y Lacan suman cinco⁴. A continuación, se profundizará en estos aspectos.

El estatuto del objeto de satisfacción fue problematizado en el texto “La negación” (1925), donde se puede ubicar un planteo realizado por Freud en los siguientes términos:

La experiencia ha enseñado que no sólo es importante que una cosa del mundo (objeto de satisfacción) posea la propiedad «buena», y por tanto merezca ser acogida en el yo, sino también que se encuentre ahí, en el mundo exterior, de modo que uno pueda apoderarse de ella si lo necesita.
(p. 255)

En ese texto, Freud resalta la necesidad de separar la cosa de su atributo, utilizando el término “*Ding*”. En el seminario 7, *La ética del psicoanálisis* (1959-60) Lacan introducirá La Cosa a partir del *das Ding* freudiano.

Mientras que las teorías posfreudianas habían apostado a la conformación y genitalización de un objeto total, Lacan permanentemente acentúa un desacuerdo de goce, en el sentido de la ausencia de complementariedad entre los sexos en el encuentro de los cuerpos. No obstante, falta de complementariedad no significa necesariamente un desencuentro, pues también puede haber encuentro desde la disparidad.

Como se mencionó, en el Seminario 7 Lacan aborda La Cosa Freudiana. Lo esencial de “la Cosa” es que ésta se encuentra perdida como tal, puesto que para

⁴ El objeto del fantasma puede ser cualquier objeto. Por ejemplo, en el Hombre de las ratas, el objeto del fantasma es la rata, mientras que el objeto de la pulsión es el objeto anal. En el hombre de los lobos, el objeto del fantasma son los lobos que se aparecen cuando las puertas se abren. En este último caso, el objeto de la pulsión es la mirada y lo anal.

volver a encontrarla habría que volver a pasar exactamente por todas las condiciones contingentes de su aparición, hasta la punzadura de la primera vez. Aparece así como lo real más allá de todas las representaciones que de ella tiene el sujeto, o sea, de lo que vehiculiza la cadena significativa. Por eso, hacer uno con la Cosa sería salir del campo del significante y por ende de la subjetividad. (Chemama, 1996)

La Cosa freudiana da cuenta sobre un punto indecible, haciendo que el sujeto se encuentre dividido por la Ley del significante. El encuentro o el acceso a La Cosa está imposibilitado, pues ella está perdida, y de esto decanta la disparidad entre las posiciones sexuadas. La cosa se presenta siempre velada, se trata de un goce anterior a la introducción del sujeto en la cadena significativa. Lacan señala que el principio del placer es el que encadena al sujeto a la constante búsqueda del retorno de este objeto, que nunca existió. Es útil recordar que el principio del placer es aquel principio económico cuya finalidad es la evitación del displacer y la obtención inmediata de placer. (Rivas, 2019, p. 64- 66)

En el Seminario 8, Lacan aborda la metáfora del amor en términos del *erastés* y *eromenós*, quedando este último posicionado como objeto. Releyendo El Banquete de Platón, Lacan resalta **la función del agalma** (Rivas, 2019, p. 71). El agalma es una caja de madera con imágenes de silenos o sátiros, que en su interior ocultaban **algo precioso y desconocido**. En El Banquete, encontramos a Alcibíades irrumpiendo en estado de ebriedad, quien enamorado de Sócrates compara a este último con un sileno en los siguientes términos:

*“Digo en seguida que Sócrates se parece especialmente al Sátiro Marsyas.
En cuanto al exterior, no me negarás, Sócrates, el parecido (...)
Tiene todo el exterior que los estatuarios dan a Sileno, pero ¡abridle!, mis
queridos comensales, ¡qué tesoros no encontraréis en él! (p. 17)*

Lacan (1960/61) pone el acento en esta “indicación topológica”, de que se trata de algo en el interior. Y dice:

“Agalma bien puede querer decir decorado o adorno, pero aquí es, ante todo, joya, objeto precioso — algo que está en el interior. Es por ese lado que Alcibíades nos arranca de la dialéctica de lo bello que hasta entonces era la vía, la guía, el modo de captura, sobre el camino de lo deseable.” (p. 171)

Y agrega:

“Ese objeto privilegiado del deseo culmina para cada uno en esa frontera, en ese punto límite que les he enseñado a considerar como la metonimia del discurso inconsciente. Ese objeto desempeña allí un papel que he tratado de formalizar en el fantasma” (p.173)

Lo esencial del objeto agalmático es que se trata del **objeto parcial** en Psicoanálisis, objeto de deseo que tiene un estatuto diferente al de los demás objetos. El aspecto parcial del objeto es considerado por Lacan como eje y centro clave del deseo humano y según el autor, se trata de uno de los mayores descubrimientos de la investigación psicoanalítica.

Ese objeto que se desea siempre es presupuesto por el amante, tanto en su existencia como su alojamiento dentro del amado; Sócrates no corresponde a Alcibíades porque sabe que él no lo tiene. De esta manera, en el plano del amor, **si éste** se articula al deseo, no puede pensarse en una relación intersubjetiva recíproca sino más bien de la relación del sujeto con un objeto: *“De lo que se trata en el deseo es de un objeto, no de un sujeto”* (p. 198)

En el Seminario 10, Lacan formaliza el **objeto a** y desde ahí relea la metáfora del amor, tomando al objeto a como causa de deseo. También menciona un malentendido estructural entre hombres y mujeres, la cual será la única vía de pensar la posibilidad de un encuentro. Al formalizar la división subjetiva -y del Otro-, en donde lo que se pierde de esta operatoria es el objeto (a), Lacan enseña sobre la imposibilidad de un goce puro y pleno para el sujeto. El sujeto deseante está falto del objeto (a) y se lo exige al Otro, lo que produce su angustia. (Rivas, 2019, p. 79)

De esta manera, el objeto a será un acceso al Otro (caído), pero no al goce. El Otro se “aíza” para representar la causa del deseo movilizado por la posibilidad de un encuentro, que es viable pese a la inaccesibilidad de La Cosa y al desencuentro estructural que antes se mencionó. En el Seminario 11, esta caída del Otro aparece mencionada por Lacan (1964) como “*Te amo porque, inexplicablemente, amo en tí algo más que tú -el objeto a minúscula, te mutilo*” (Rivas, p. 79)

Finalmente, en el seminario 20, Lacan aborda el tema del goce fálico y goce del no-todo, como forma de fallar que no hay relación sexual. El neurótico falla que no hay relación sexual suponiendo que puede encontrar algo que lo complete: el falo. La otra manera es con el goce del no-todo, que no existe porque La mujer no existe y el Otro tampoco. Sobre la satisfacción, en la clase 5 del martes 13 de febrero de 1973, Lacan dice:

Todas las necesidades del ser que habla están contaminadas por el hecho de estar implicadas en otra satisfacción —subráyese estas palabras— a la cual pueden faltar.

(...) esta primera frase implica la oposición de otra satisfacción y de las necesidades —si es que este término, cuyo recurso es común, puede captarse así no más, ya que, después de todo, sólo se capta al faltar en esa otra satisfacción.

La otra satisfacción, entiéndase, es lo que se satisface a nivel del inconsciente, y en tanto ahí algo se dice y no se dice, si es verdad que está estructurado como un lenguaje.

Retomo aquí aquello a lo que me he estado refiriendo desde hace rato, a saber, el goce del que depende esa otra satisfacción cuyo soporte es el lenguaje. (p. 65)

En este seminario, Lacan trabaja las dos formas de hacer fallar la relación sexual: por el lado macho; por el otro, la manera hembra.

Regreso a las objeciones que hace un rato me hacía a mí mismo, yo solito, a saber, que había una manera de fallar la relación sexual macha, y luego, que

había otra. Esta falla es la única forma de realización de esta relación, si, como lo postulo, no hay relación sexual. (p. 73)

Interesantemente, la falla de la relación sexual se vuelve objeto para el psicoanálisis:

(...) No se trata de analizar cómo se logra, sino de repetir hasta la saciedad por qué falla. Falla. Es algo objetivo.

Ya he insistido en ello. Tan salta a la vista que es objetivo que hay que centrar en torno a eso, en el discurso analítico, lo que atañe al objeto. El fallar es el objeto. (ibid)

Lo interesante es que al final pareciera que hubiera otro que el goce fálico, uno que pese a sentirse en el cuerpo, no puede ser dicho, porque está oculto para la mujer misma. Este goce Otro, que aparece como suplementario, se escapa necesariamente a la palabra y esta referencia aparece en el seminario bajo diversas afirmaciones, como “*No hay La mujer, artículo definido para designar el universal*”. (p. 89) Posteriormente, dice “*Sólo hay mujer excluida de la naturaleza de las cosas que es la de las palabras,*” (ibid) . En el Seminario 18, Lacan (1971-72) dijo algo parecido sobre la posición femenina, definiéndola “Entre centro y ausencia, entre saber y goce, hay litoral que no vira a lo literal” (p. 113)

En cuanto al goce femenino, no encuentra su complemento en el goce fálico, en tanto ambos goces difieren el uno del otro. El goce Otro aparece como un goce suplementario que la mujer puede sentir, pero que le resulta desconocido, excepto por el hecho de que lo siente (p. 90) y que no obedece al significante, a la norma ni al falo.

En síntesis, Lacan (1973) dice:

(...) lo que la experiencia analítica nos permite discernir, al menos de un lado de la identificación sexual, del lado macho, como el objeto, objeto que se pone en el lugar de lo que del Otro, no es posible percibir. (p. 78)

Hay un objeto en el lugar de lo que no podemos saber del Otro. Ese objeto es el objeto a.

En la medida en que el objeto a desempeña en alguna parte —y desde una partida, de una sola, la del macho— el papel de lo que ocupa el lugar de la pareja que falta, se constituye lo que solemos ver surgir también en lugar de lo real, a saber, el fantasma. (p. 78)

La respuesta por la vía del goce fálico al problema de que no hay relación sexual es suponer un objeto allí donde falta el partenaire. Lo que no puede ser percibido en el Otro, se sustituye por el objeto (a) y que es lo que forma un elemento fundamental del fantasma, cuya fórmula conviene recordar: $\$ \diamond a$

Un caso clínico

En esta viñeta, la propuesta es ilustrar con un caso clínico la información expuesta, para ver en qué medida un psicoanalista puede intervenir, dejando atrás las “posturas higiénicas” como las expresadas por la tesis de Lucena.

Una paciente, a la que se nombrará ficticiamente Helena, consulta por lo que su psiquiatra y psicóloga anterior han diagnosticado como trastorno de pánico. El cambio de profesional se debió a que ella sentía que su psicóloga **no la escuchaba** y que en el transcurso de las sesiones Helena terminaba diciendo lo mismo.

En su primera entrevista con el nuevo profesional, la paciente refiere que su vida “es normal”: trabaja, vive con su marido y su hija, tiene amigos. Nada en su vida le resulta incómodo y no encuentra explicación alguna a sus ataques de pánico, que suelen darse en situaciones donde ella siente que no puede salir: embotellamientos de tránsito, muchedumbres, ascensores.

En una indagación más precisa, el analista pregunta por los duelos. Ella relata que la única pérdida que tuvo fue su perro Bobi, que ella había mencionado el tema con su psicóloga anterior, pero la profesional desestimó el hecho. Lo mismo su marido, quien le dijo que no exagerara, que “se comprara *otro perro y listo*”. Al preguntarle

sobre qué sentía ella sobre esa pérdida, la paciente estalla en llanto. Rescata una escena repetida con su mascota: ella llegando del trabajo y, mientras preparaba la cena, le contaba al perro lo que había hecho durante el día. No sin cierto pudor, ella refiere que le resulta raro contarle, pero “Él me escuchaba”.

Investigando por la vía del objeto invocante, empieza a surgir una queja respecto de su vida “normal”: el marido no solo no la escuchaba, sino que tampoco mantenían relaciones desde hacía meses. Él prefería pasar el tiempo en el hogar recostado en su sillón, viendo la televisión. Su hija, como podría esperarse de una adolescente, pasaba muy poco tiempo con ella. La historización de “no ser escuchada” se remonta a su vida infantil, donde su madre soltera estaba siempre muy cansada como para escucharla. La paciente, en su infancia, no disponía de otros familiares además de su madre. No obstante, ella rescata que siempre encontró la solución “afuera”, con sus amigos que le hacían compañía.

La historización pone fin a los ataques de pánico, pero en su lugar surge la angustia en tanto señal. Este afecto, en particular, comienza a tornarse más marcado cuando Helena detecta la posibilidad de que uno de sus compañeros de trabajo tenía intenciones amorosas para con ella. Él retrasa su horario de salida para hablar con ella, la acompaña a la parada del colectivo y comienzan a pasar largas horas charlando, sentados en los bancos de las plazas. Eventualmente, pactan una salida y ocurre un encuentro sexual, que luego dará lugar a la pregunta de cómo continuar su vida matrimonial.

Este recorrido ha intentado complejizar la cuestión de la insatisfacción sexual como causa concurrente atribuida a las neurosis de angustia, muchas veces leída en una clave biologicista y sin tener en cuenta los posteriores desarrollos que tuvieron los conceptos de pulsión, las vicisitudes de su satisfacción y el objeto.

En ese sentido, la dirección de la cura en psicoanálisis está dada por la posibilidad de historizar aquello que se presenta como actual (el pánico) e intentando, vía el síntoma, construir el fantasma, es decir, aquella fórmula lógica que intenta dar cuenta de la pluralidad de fantasías del neurótico y que articulan una posición inconsciente (sujeto) con una modalidad de sufrimiento.

Evidentemente, una de las intervenciones en los casos de neurosis de angustia será la de sintomatizar aquello que estos pacientes traen como “normal”, pues muchas veces ellos se limitan a referirse a la causa desencadenante, es decir, la que precipitó el ataque de pánico. Es mediante la introducción de la angustia (que no es el pánico) y la rectificación del sujeto en relación con su realidad, que algo de la sobreadaptación que traen estos pacientes se logra conmover. En el caso, la ocasión se dio al investigar un duelo congelado, que abrió a una serie de asociaciones y a la sintomatización de lo que ocurría entre Helena y su marido.

Mediante el síntoma se llegará a la construcción del fantasma para que, eventualmente, se reduzca el sufrimiento implicado en esa posición del sujeto con el objeto.

3.2. Trabajo excesivo o agotador

En el punto β de *Las neuropsicosis de defensa*, Freud (1895) señaló otra causa concurrente, relacionada con el trabajo excesivo:

La última de las condiciones etiológicas que debo señalar no parece a primera vista de naturaleza sexual. Y es que también la neurosis de angustia se genera, y ciertamente en ambos sexos, por el factor del trabajo excesivo, del empeño agotador —p. ej., tras vigiliias nocturnas, el cuidado de enfermos y aun luego de enfermedades graves⁵—. (p. 103)

Freud incluye, en esta serie, el caso “del estudiante que es perturbado por la neurosis de angustia en la preparación de su examen final”, pero concluye que el estudiante hacía tres años mantenía una relación amorosa con una muchacha “a quien tiene prohibido preñar” (p. 106). No obstante, más allá de esta postura de Freud, la decisión para incluir e investigar esta causa concurrente en el presente trabajo se debió a la proliferación de estudios que aparecieron a partir del año 1970,

⁵ Ver punto 3.4 donde se aborda el tema de las enfermedades orgánicas.

cuando los psicólogos comenzaron a investigar las consecuencias del desgaste por causas laborales.

Por otra parte, en *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1905), Freud notó que algunas mujeres de su época contraían una neurosis o se enfermaban a causa de tener que soportar un matrimonio infeliz, haciendo referencia al carácter explotador del marido. De esta manera, se refirió al refugio de la enfermedad:

Cuando la niña se ha hecho mujer y, en total contradicción con los reclamos de su infancia, se ha casado con un hombre desconsiderado, que sofoca su voluntad, explota sin contemplaciones su capacidad de trabajo y no le brinda ternura ni le da dinero, la única arma que le queda para afirmarse en la vida es la enfermedad (p. 40)

El psicólogo Herbert J. Freudenberger publicó su libro *The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it* en 1980, donde apareció por primera vez el término “burn-out”, tomado de una metáfora realizada por H. B. Bradley en 1960. Burn-out es el nombre de lo que en español se conoce como síndrome de desgaste profesional, que en la bibliografía aparece bajo diversas denominaciones. C. Maslach y Jackson también hicieron sus aportes al respecto, habiendo la primera creado un inventario para medir el desgaste profesional. El síndrome de desgaste profesional tiene diversos síntomas, entre los que están los trastornos de ansiedad, pero éste no es homologable en sí mismo a la neurosis de angustia.

Por otra parte, la anterior mención al rasgo de carácter de sobreadaptación (en este caso, como causa específica de la neurosis de angustia) tiene un interesante correlato en lo que al trabajo se refiere. Liberman D. (1986) señala, siguiendo a Fenichel, que las personas sobreadaptadas, muchas veces, resultan “adictos al trabajo”. Se trata de personas que destacan en su área laboral y cumplen funciones que los vuelven necesarios o imprescindibles para los demás. Para ellos, el trabajo es considerado indispensable y se relacionan con él en una trama rígida que les procura una actividad casi ininterrumpida. No conciben el ocio, ni mucho menos pueden disfrutarlo. No expresan sufrimiento, tienen perturbaciones en el dormir y otros trastornos sin conciencia de lo que ello representa.

Si se decide incluir al trabajo excesivo y agotador como causa concurrente en la etiología de la neurosis de angustia, será necesario delimitar, en primera instancia, qué se entiende por trabajo; en segunda, qué implica que el mismo sea calificado con los adjetivos mencionados.

Una definición posible de “Trabajo” desde el campo de la Psicología Laboral, es la que brindó Peiro y Trieto (1996):

(...) el conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de técnicas, instrumentos o información disponible, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. La persona trabajadora aporta energía, habilidades, conocimientos u otros recursos, obteniendo algún tipo de compensación (ya sea material, psicológica o social) (Peiro y otro, 1996, p. 87)

Leplat, J. (1980) agregó, en concordancia con autores como Friedman, Ombredane, Faverge y Wallon, que una de las características esenciales del trabajo es su carácter restrictivo, en tanto que *“El único criterio común en las actividades denominadas de este modo (trabajo) es un elemento de compulsión (restricción, obligación, disciplina, etc.) que puede ser de origen interno o externo”*. (p. 61)

El trabajo puede tener un carácter compulsivo y llevar a una condición conocida como "adicción al trabajo" o "*workaholism*" en inglés. Se refiere a una situación en la cual una persona se siente constantemente impulsada a trabajar y encuentra difícil desconectarse o tomar tiempo libre.

La compulsión implica la repetición de una acción de forma idéntica e insistente. Clínicamente, según enseñó Freud (1914) para estos casos, *“...el enfermo atribuye condición presente y realidad objetiva a los resultados del despertar de sus mociónes inconcientes; quiere actuar {agieren} sus pasiones sin atender a la situación objetiva”* (p. 105). La compulsión se presenta como irrefrenable, en oposición al principio de placer (Freud, 1920, p.35), a la vez que resultan incomprensibles, con poca o nula ligadura al campo de la palabra. En ellas se

encuentra la preponderancia del elemento pulsional conocido como *drang* (empuje), que arrasa con las resistencias que inhiben el camino directo a su satisfacción, en términos de Freud (1920) describió como “una ganancia de placer de otra índole, pero directa” (p. 16).

Las compulsiones producen, eventualmente, un desgaste y un deterioro en diversos aspectos de la vida de quien la padece. Los individuos que desarrollan esta relación con el trabajo tienden a dedicar la mayoría de su tiempo y energía a sus responsabilidades laborales, incluso a expensas de su salud física y mental, relaciones personales y otros aspectos importantes de la vida.

Además del aspecto pulsional (propio del ello) en las compulsiones, también es fundamental considerar el eje de la significación de las mismas, a nivel de su enlace al Otro y su demanda. Freud (1909) utilizó para las compulsiones el término *Zwang* (obsesión, compulsión, pero también obligación) al descomponer el término alemán que designa a las neurosis obsesivas, *Zwangsneurose*. (p. 123) En la Conferencia 17, *El sentido de los síntomas*, Freud descubrió que hay una significación en juego para estas conductas repetitivas. Lacan (1958), en El Seminario 5, estableció el matema $\$ \diamond D$ para la pulsión, es decir, la manera en que el sujeto lee esta demanda y a partir de la cual organiza su goce (p. 448).

Más allá de las cuestiones singulares que pudieran llevar a hacer del trabajo una conducta compulsiva, interesa indagar en los factores epocales que pueden fomentar este fenómeno. Uno de ellos se refiere al problema de la distribución del trabajo doméstico, un tipo de trabajo que suele quedar oculto a los ojos de la sociedad por su carácter esencialmente privado.

Actualmente, las mujeres acceden al trabajo productivo (asalariado), pero sin una redistribución de las labores reproductivas y domésticas, existe un verdadero riesgo de sobrecarga de trabajo en la mujer, en tanto deben sostener el trabajo asalariado además de las diversas labores reproductivas del hogar y la comunidad. Por trabajo doméstico se entiende la participación y el tiempo destinado por las personas a los quehaceres domésticos (limpieza de casa, aseo y arreglo de ropa, preparar y cocinar alimentos, realizar compras para el hogar, reparación y mantenimiento del

hogar), el apoyo en tareas escolares a miembros del hogar y el cuidado de niños, enfermos y/o personas mayores, miembros del hogar. (DNElyG, 2020)

En Argentina, durante el año 2020, la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género elaboró un informe en el cual estimó que:

“[...] las mujeres realizan más del 75% de las tareas domésticas no remuneradas. El 88,9% de las mujeres participan de estas tareas y les dedican en promedio 6,4 horas diarias. Mientras tanto, sólo el 57,9% de los varones participa en estos trabajos, a los que les dedican un promedio de 3,4 horas diarias.” (DNElyG, 2020)

Según ese estudio, la diferencia de distribución de tareas es mayor en las mujeres de 18 a 29 años, siendo que *“la presencia de niños y niñas en el hogar amplía la brecha en la distribución del trabajo no remunerado”*. Además, el informe refiere que:

“Las mujeres dedican más horas al trabajo doméstico incluso cuando se compara una que trabaja (fuera del hogar y de manera paga) en una jornada completa con un varón que se encuentra desempleado (5,9 horas y 3,2 horas diarias respectivamente). En todos los casos y en todas sus dimensiones, la distribución del TDCNR es marcadamente desigual en términos de género.”
(Ibid)

El agotamiento, en sí mismo, es un fenómeno cuyo abordaje puede ser catalogado como problemático. Por un lado, está codificado en la CIE-10 bajo el título “Problemas relacionados con la enfermedad consuntiva” (z73.0) que implica una dificultad para gestionar aspectos de la vida, catalogado por el manual como “agotamiento vital”, cuyos signos incluyen dos semanas de experiencias diarias de baja energía, con dificultades de concentración, irritabilidad, inestabilidad emocional, mareos y dificultades para dormir. Según este manual, los síntomas deben interferir con la capacidad de los pacientes para realizar sus responsabilidades laborales.

En ese sentido, Maslach (2016) definió al agotamiento por causas laborales teniendo en cuenta una sobrecarga crónica causada por las demandas de un trabajo, que genera pocas oportunidades para descansar, recuperarse y restablecer el equilibrio. Según ella, se trata de un fenómeno complejo donde “la mala salud contribuye al agotamiento y el agotamiento contribuye a la mala salud”. Entre los efectos físicos del agotamiento, la autora mencionó síntomas de estrés tales como dolores de cabeza, fatiga crónica, trastornos gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de resfriado/gripe y trastornos del sueño.

Maslach denunció que los norteamericanos tienden a rechazar al agotamiento como un diagnóstico clínico, según ella, para prevenir una posible avalancha de solicitudes de cobertura por discapacidad, aunque estas alternativamente sean solicitadas bajo los diagnósticos de depresión, neurastenia o fatiga crónica. No obstante, *“La falta de un diagnóstico oficial de agotamiento limita el acceso al tratamiento, la cobertura por discapacidad y las adaptaciones en el lugar de trabajo”*. (Maslach y otro, 2016) Por otra parte, los diagnósticos inexactos pueden obstaculizar las posibilidades de recuperación exitosa del paciente.

En cuanto al agotamiento, resulta posible y útil diferenciarlo del mero cansancio, en los términos que Deleuze lo hizo en su ensayo *El agotado (1996)*, a partir de advertir cómo Beckett marcaba la acción de los actores hasta agotar los movimientos posibles en un espacio:

“El agotamiento es mucho más que el cansancio. [...] El cansado ya no dispone de ninguna posibilidad (subjetiva): no puede por lo tanto llevar a cabo la menor posibilidad (objetiva). Pero ésta permanece, porque nunca se lleva a cabo todo lo posible, se lo hace a medida que se lo realiza. El cansado agotó solamente la realización, mientras el agotado agota lo posible. El cansado no puede llevar a cabo nada más, pero el agotado no puede ya posibilitar. «Que me pidan lo imposible, no tengo inconveniente, ¿qué otra cosa podrían pedirme?»” (p. 57).

Byung-Chul Han (2012) realizó una lectura de la época actual que, entre otras cosas, sitúa al cansancio que satura; concretamente, se refirió a la sociedad del

burnout (extenuación), en la que la persona llega cansada y sale cansada de todo. Hizo referencia a las demandas de la industria, a una sociedad competitiva y la pérdida de los ambientes laborales gratos, entre otras coordenadas. Dedicó un capítulo a la “violencia neuronal”, en referencia a la agresión permanente que reciben los sistemas neuronales, en relación al estrés, al agotamiento mental y a las sustancias químicas o biológicas. En este capítulo, Dice Chul Han:

“El comienzo del siglo XXI, desde un punto de vista patológico, no sería ni bacterial ni viral, sino neuronal. Las enfermedades neuronales como la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdaH), el trastorno límite de la personalidad (tIP) o el síndrome de desgaste ocupacional (Sdo) definen el panorama patológico de comienzos de este siglo”. (Violencia Neuronal, p. 11)

No sólo se trata de la fatiga, el hartazgo o el agotamiento, sino también del hecho de vivir habituados a estos estados.

Byung-Chul Han propone extender la disciplina del control de los cuerpos por medio de prácticas y discursos de los dispositivos de poder. Para el autor, no se puede hablar de un grupo que disciplina a los demás, sino de un sistema donde todos se autodisciplinan. En el texto sobre la sociedad disciplinaria, dice:

La sociedad disciplinaria de Foucault, que consta de hospitales, psiquiátricos, cárceles, cuarteles y fábricas, ya no se corresponde con la sociedad de hoy en día. En su lugar, se ha establecido desde hace tiempo otra completamente diferente, a saber: una sociedad de gimnasios, torres de oficinas, bancos, aviones, grandes centros comerciales y laboratorios genéricos. [Soc. Disciplinaria, 25]

Finalmente, en un recorte sumamente sintético de su obra, Han habló de la sociedad del rendimiento, en donde el individuo quiere más poder, poder “poder más”, lo que impulsa la productividad. En ese sentido, ya no se trata de las sociedades disciplinarias que obligaban a los individuos a hacer en base a castigos. La lectura del autor es la de un sujeto que ya fue preparado, adoctrinado y

disciplinado, que actúa en base a deberes introyectados, en donde el sujeto es amo y esclavo de sí mismo.

De esta manera, una de las claves al investigar esta causa concurrente en un caso, será la de no perder de vista los aspectos que suelen socialmente invisibilizarse (como el trabajo doméstico), pero tampoco los que suelen idealizarse. La filósofa y psicoanalista Dufourmantelle reflexionó sobre la idealización del trabajo:

“Trabajar se ha vuelto un undécimo mandamiento un poco descabellado, como los que caracterizan al superyó.

[...]

“El trabajo libera” son palabras de siniestra memoria. En nuestras sociedades democráticas llamadas liberales, el trabajo es aquello sobre lo que reposa todo el sistema económico-político de la deuda. ¿Qué libertad permite esta sociedad a los individuos que preferirían no hacerlo? El imperativo, repetido desde el jardín de infancia hasta la vejez, que dicta que el trabajo es aquello que nos hará libres, ¿nos deja aún la opción de aceptarlo o de rechazarlo? De ahí se deriva —y de esto soy testigo como psicoanalista— una falta afectiva que mina a los seres hasta conducirlos, en ocasiones, a querer salir del juego” (Dufourmantelle, 2015)

En resumen, el abordaje de esta causa concurrente deberá hacerse en base a considerar:

- La dimensión del agotamiento, diferente a la del cansancio.
- Que el trabajo excesivo puede adoptar la modalidad de un mandato superyoico no interrogado por el sujeto, de manera que adopta un carácter compulsivo y difícil de frenar.
- Que ciertos tipos de trabajo, como el trabajo doméstico (mayoritariamente aún a cargo de las mujeres) están socialmente naturalizados y hasta invisibilizados.
- Las características epocales que adquiere el trabajo excesivo, en tanto idealización, pero también en el diagnóstico de sus consecuencias, en

especial al tratamiento del fenómeno del agotamiento por parte de los dispositivos de salud.

3.3. Pérdidas ante las que no se respondió con un duelo normal

*“[...] no conozco el duelo. La comida de los funerales se sirve al día siguiente en las bodas. ¡Economía, economía!”
(Lacan, S VI, p. 317)*

Duelo es el estado de pérdida de “*una persona amada o de una abstracción que haga sus veces*” (Freud, 1917, p. 241), acompañado de desamparo y dolor moral, que puede acarrear una verdadera reacción depresiva, y que requiere un trabajo intrapsíquico, llamado por Freud «trabajo del duelo» (Trauerarbeit) para poder ser superado. De esta manera, cuando alguien reconoce la desaparición de un objeto, debe cumplir con el trabajo del duelo, en donde la libido debe desprenderse de los recuerdos y las esperanzas que la ligaban con el objeto desaparecido, tras lo cual el yo vuelve a disponer de esa libido para catectizar nuevos objetos.

Existen en Freud ciertos aportes que permiten relacionar al duelo y sus vicisitudes como una causa concurrente de la neurosis de angustia. La idea aparece tempranamente en *Las neuropsicosis de defensa* (1894), donde Freud dijo, en referencia a la neurosis de angustia:

Corresponde apreciar en parecidos términos el caso de una señora cuya neurosis estalla tras la pérdida de un hijo [...] una madre sana suele reaccionar a la pérdida de un hijo sólo con un duelo normal. (p. 105)

No obstante, a esta altura de su obra Freud insistió en que, en este caso, el cuadro se debía a que la mujer vivía hacía ocho años practicando el *coito interruptus*. A continuación, Freud mencionó el caso de un hombre cuya neurosis de angustia se desencadenó a partir de la muerte de su padre, pero nuevamente hizo hincapié nuevamente en el *coito interruptus*:

[...]un hombre le da un ataque cardíaco cuando recibe la noticia de la muerte de su padre, y desde entonces lo aqueja la neurosis de angustia. El caso no se comprende, pues ese hombre no era neurótico hasta ese momento; la muerte del padre venerado en modo alguno sobrevino bajo circunstancias particulares, y se admitirá que el fallecimiento normal y esperado de un padre anciano no se incluye entre las vivencias que pudieran enfermar a un adulto sano. Quizás el análisis etiológico cobre más transparencia si agrego que ese hombre practica desde hace once años el coitus interruptus con miramiento por la satisfacción de su mujer. (p, 105)

Varios años después, en la Conferencia 24, Freud admitió que no toda causa concurrente de la neurosis de angustia era atribuible al coito interrumpido e incluyó también al agotamiento y la relación con una pérdida. Dijo:

*Tampoco pudo escapárseme que la causación de la enfermedad no siempre apuntaba a la vida sexual. Sin duda, algunos enfermaban directamente a raíz de un régimen sexual nocivo, pero otros lo hacían **porque habían perdido su fortuna o sufrido una agotadora enfermedad orgánica**. La explicación de esta diversidad se obtuvo más tarde, cuando empezamos a inteligir las conjeturadas relaciones recíprocas entre el yo y la libido. Y se hacía más satisfactoria a medida que esa intelección se iba profundizando. Una persona se enferma de neurosis únicamente si su yo ha perdido la capacidad para colocar (unterbringen) de algún modo su libido. (p.352)*

Aparte de la mención del duelo que no es el normal, existen dos grandes posibilidades de duelo patológico mencionadas en la obra de Freud:

- **La melancolía.** Ante una pérdida, ésta aparece en el lugar del duelo. Freud (1917) señaló que la diferencia entre duelo normal y melancolía es que esta última presentaba “una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico {Ichgefühl}, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo” (p. 243). Los autorreproches y autocríticas forman parte del “delirio de insignificancia”

del cuadro, en donde desfallece la pulsión que aferra al melancólico a la vida. (p. 244)

- **La amencia de Meynert.** En 1894, Freud describió la modalidad de defensa de la psicosis alucinatoria de deseo y explicó que *“el yo desestima {verwerfen} la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido.”* (p. 59). Como ejemplos, mencionó a la madre que enfermó a raíz de la pérdida de su hijo y mece un leño en sus brazos, o de la novia desairada por su prometido que alucina su presencia (p.60).

En *Duelo y melancolía*, Freud señaló una resistencia a aceptar una pérdida significativa, en tanto que *“universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma”* (p.242). A este vínculo libidinal se le agrega, secundariamente, otro de orden intelectual.

Muchas veces, el duelo puede transcurrir de manera esperable, es decir, *“pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura”* (p. 243). No obstante, el proceso puede detenerse, dando lugar a los llamados duelos congelados. El paciente que consulta puede estar anoticiado o no de esta detención, aunque seguramente estará afectado por sus perturbadores efectos.

Dobón J. (2015) situó, respecto de los duelos congelados, un saldo de goce puede recaer sobre el cuerpo y el nombre, causando un derrumbe de la subjetividad. Con este duelo congelado, el autor se refiere a:

“[...] duelos no tramitados, “congelados” en su elaboración y con efectos subjetivos devastadores. [...] determina un estado y posición del sujeto que recusa lo que ya sabe sin que por ello pueda evitar lo que esa pérdida horada y “goza” en su existencia. No por tal cualidad y naturaleza paradójica cesa de escribir y afectar el cuerpo de la misma víctima, aunque conscientemente sepa de lo irracional de sentirse culpable ante tal situación.

No se trata de un hecho de desconocimiento, la víctima está advertida de aquellas cuestiones, pero no puede torcer ni la voluntad axiomática del goce culpabilizante del superyó, ni el excedente pulsional en juego.

[...]

En esa encrucijada trágica de un duelo, en ocasiones asintóticamente detenido, el sujeto se abisma, al haber descendido por la vía del terror a aquella dimensión de lo trágico puro[...] (Dobon, 2015)

En 2015, la analista Eisenberg tomó los desarrollos de Lacan del Seminario 6, El deseo y su interpretación (1958-1959) y el Seminario 10, La angustia (1962-1963) para situar tres tiempos lógicos respecto del duelo. Además, la autora señaló tres modos en que el mismo puede presentarse: Impedido (de realización), Patológico (presente en algunas neurosis graves) o Imposible (melancolía). (p. 223)

Primer tiempo: la renegación fálica

La autora señala que puede ser resumido en el enunciado “*No puedo creer que esté muerto*”. (p. 223) Sobre este tiempo, la autora indicó:

“En el texto del fetichismo Freud homologa el caso del varón que reniega de la falta de pene en la mujer, con dos niños que no reconocían la muerte del padre. De manera tal que tenemos dos aristas del duelo que están en relación, el duelo por el falo y también ese lugar central en Freud que es el duelo por el padre, dejemos mencionado que al abordar los textos que se refieren al duelo, Freud ya cuenta con Tótem y Tabú (Freud, 1913).” (ibid)

Pese a que el texto no lo menciona, la referencia al *Fetichismo* (1927) realizada por la autora es uno de los dos lugares en la obra de Freud donde él habló de pánico.

Allí, Freud situó:

*“He aquí, pues, el proceso: el varoncito rehusó darse por enterado de un hecho de su percepción, a saber, que la mujer no posee pene. No, eso no puede ser cierto, pues si la mujer está castrada, su propia posesión de pene corre peligro, y en contra de ello se revuelve la porción de narcisismo con que la naturaleza, providente, ha dotado justamente a ese órgano. **Acaso el adulto vivenciará luego un pánico semejante si se proclama que el trono y el altar peligran, y lo llevará a parecidas consecuencias**”* (p. 148)

Eisenberg indicó que en el Seminario 6 Lacan retomó la tesis freudiana del duelo por tener el falo, haciendo de este el modelo de todo duelo. De este tiempo, señaló que *“la posición del sujeto es renegatoria de la falta, dimensión que se juega en el campo de lo imaginario, Lacan recorta de Freud que el duelo por el falo es una exigencia narcisista del sujeto”*. (p. 224)

Segundo el tiempo: elaboración, los ritos, el Logos

Según Eisenberg, se trata de:

“la elaboración, que es el trabajo efectivo, trabajo de rememoración, el desasimiento de la libido pieza por pieza del objeto perdido, Ideal por Ideal. Coincide en esto Lacan con Freud, aunque para Freud implican desasimientos, Lacan se pregunta si no son formas de mantener un lazo con el que ya no está. Aparecen los efectos de devaluación del duelo, es el tiempo en que se evidencia el recogimiento, el empobrecimiento libidinal” (p. 224)

Tercer tiempo: sustitución, el suplemento

Se trata de *“la culminación del duelo como desasimiento libidinal y la posibilidad de encontrar un sustituto incluso mejor que el objeto perdido”* (Ibid)

¿Hay sustitución del objeto en el duelo? Allouch (2006), en su extensa crítica a “Duelo melancolía” y escritos afines como “Lo perecedero”, cuestiona tanto la idea de la continuidad del objeto perdido en lo psíquico, como así también que el mismo sea reemplazable (p. 125). Aparte de considerar a la sustitución del objeto como fetiche, Allouch cita una carta de Freud escrita a Binswanger de 1929 que desdice esta posibilidad:

Se sabe que el duelo agudo que causa una pérdida semejante hallará un final, pero que uno permanecerá inconsolable, sin hallar jamás un sustituto. Todo lo que tome su lugar, aún ocupándolo enteramente, seguirá siendo siempre algo distinto. (p. 159-160)

En su lugar, Allouch propone la pérdida definitiva de un objeto que es único, insustituible y que *"El duelo no es solamente perder a alguien (un `objeto' dice un tanto intempestivamente el psicoanálisis) es perder a alguien perdiendo un trozo de sí"*. (p. 167)

Ahora bien, no resulta tan claro de qué manera una pérdida y las vicisitudes del duelo puedan ser la causa concurrente en el ataque de pánico. El mismo está en el lugar de la angustia, que falta a la cita en las neurosis de angustia.

En principio, es fácil pensar que ciertas pérdidas puedan implicar, para el sujeto, un estado de desamparo que desencadena la angustia automática, angustia situada anteriormente como aquella que no tiene representación y que, en el mejor de los casos, encuentra su tope mediante la angustia señal, que antecede la aplicación de las defensas psíquicas, como la represión. En este sentido, estado originario del sujeto de desamparo (*Hilflosigkeit*, denomina Freud), pero también de desvalimiento, abandono, o simplemente la falta de recursos o de asistencia ajena remiten a las indelebles marcas que deja el desamparo originario al nacer y se hacen presentes en cada situación traumática.

El tema de la angustia ante la pérdida del objeto trae un cuestionamiento interesante, según puede leerse en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), en el apartado C del apéndice, con el título "Angustia, dolor y duelo". Allí Freud invitó a realizar una diferenciación de la angustia por la pérdida del objeto y el duelo, indicando que la pérdida del objeto lleva al duelo, a la angustia o simplemente puede estar en juego el dolor. Puede decirse que mientras el primero es un proceso de trabajo psíquico, los otros dos son afectos. La psicoanalista Estela Eisenberg (2021) profundizó sobre estas diferencias, que en el texto freudiano quedan inconclusas, en el sentido que Freud mismo dijo allí que no podía dar respuesta a estas interrogaciones.

Eisenberg (2015) resalta que mientras que la angustia es un afecto que prepara para la huida, el duelo implica un desgarramiento para el yo: una parte de sí que se ha

perdido según el lugar que se ocupó. El dolor psíquico, en cambio, implica una dimensión libidinal del dolor que se adjunta al duelo. Señala que mientras la angustia evita el encuentro con el objeto, el dolor le impone al yo el deseo del reencuentro, aunque sea al modo de una promesa en el más allá celestial (p. 285). La autora, evidentemente, se apoya en la concepción lacaniana de la angustia, más emparentada con lo siniestro. En Freud, los conceptos de angustia y lo siniestro aparecen separados.

En el artículo de Freud *Lo siniestro* de 1919 están los lineamientos para discernir y establecer la diferencia entre lo angustiante y lo siniestro. Para Freud, siniestro sería todo lo que debía haber quedado oculto, secreto, pero que se ha manifestado. Lo siniestro⁶ (*unheimlich*) se refiere a lo que es familiar, íntimo, apacible, abrigado, confortable, hogareño, pero que en algún punto puede tornarse extraño, inquietante, u horroroso (p. 224).

En lo siniestro está la clave indispensable del concepto de la angustia lacaniana cincuenta años más tarde, en el Seminario 10. Para Lacan (1962), según expresa en la clase 5 de dicho seminario, *“El campo de la angustia está enmarcado”*, agregando que:

“Hay angustia cuando en ese marco aparece aquello que ya estaba, mucho más cerca, en la casa. [...] El fenómeno de la angustia consiste en el surgimiento de lo heimlich en el marco.” (pp. 86-87)

No es correcto afirmar que la angustia sea lo siniestro, sino que lo siniestro es la angustia más el horror. Siguiendo los lineamientos de Lacan, la vigencia del marco del campo de la angustia será la que garantice una protección frente a lo real. Si los límites con lo real son franqueados y éste irrumpe, surge el riesgo del encuentro con aquello que no se puede sino evitar. Esta desintegración de lo imaginario afecta al

⁶ No parece haber una palabra de las lenguas romances que tenga el sentido de *unheimlich*. “Heim” hace referencia al hogar; “Heimat” es patria. Otra traducción de “Lo siniestro” fue “Lo ominoso” hace referencia a “Omen”, en latín una potencia natural oculta (presagio) que no tiene nombre. La frase *Nomen omen*, es decir “un nombre un destino”, proviene de la creencia de los romanos de que en el nombre de la persona se indicaba su destino, como se lee en la comedia “El persa” de Plauto. Actualmente, según la RAE, ominoso significa “despreciable, abominable”.

sujeto con una singular sensación de extrañeza y sacude su convicción de un cuerpo propio.

Eisenberg (2015) señala, siguiendo la teorización lacaniana, que la angustia es lo que permite segregar un objeto para que éste no quede adherido al yo, al *i* (*a*). Es decir, la angustia permite constituir un exterior ajeno al yo, normativizando una separación entre el yo y el objeto devenido hostil. La consecuencia más extrema de la inoperancia de esta función de la angustia se aprecia en las melancolías, cuadros donde la separación y la distancia con el objeto (*a*) y aquello que hace a su investidura aparece dificultado en el campo de lo imaginario, de manera que lejos de retroceder aterrado como en la angustia, el yo busca una reunión imposible.

Ante la emergencia de la angustia, es imposible que en la misma escena del mundo ocurra el encuentro del yo con el objeto que, adquiriendo el carácter de hostil, es rechazado de las redes del pensamiento. No obstante, si el estado de angustia flotante (que no es la del ataque de pánico, pero que tampoco moviliza a la defensa para producir un síntoma), termina siendo un afecto familiar al yo (no por eso es comprensible para el yo), éste no tendrá el recurso que lo anime a ocupar un lugar diferente, como en el caso del síntoma fóbico en la histeria de angustia.

Hacerse uno con el objeto se presenta como contrapuesto a la angustia que, ante la posibilidad de la aparición o el acercamiento de lo ajeno, hace que el yo retroceda aterrado frente a lo que no es más que su íntima exterioridad. Si de todas maneras eso irreductible al yo hace su aparición inminente, se le presenta al yo como una total alteridad, frente a la que retrocede con terror. Etimológicamente, Lacan dice que aterrado viene de caer por tierra (Lacan, 1958, p. 35). La caída de la escena frente a esa inminencia del objeto produce el afecto del terror.

Silvia Amigo (1999) indica, siguiendo el planteo lacaniano del Seminario 6, que en el rito funerario lo que está en juego es la conexión del objeto amado y perdido con el hueco de la falta en la estructura, el *-phi*. De faltar el rito, dice la autora, el objeto *“revoloteará sobre la escena como un alma en pena sin poder caer por el hueco-fosa”* (p.67), que además de otorgarle su brillo agalmático y dignidad, permite anotarlo como perdido.

Si se acepta la idea de la desestima de la angustia como condición en la etiología de la neurosis de angustia, el pánico podría ser una manera de “anoticiarse” sobre una pérdida y transitar el duelo, que hasta entonces había quedado impedido o congelado, según los términos desarrollados.

En ese sentido, interesa determinar la presencia de factores de la época actual que puedan dificultar la realización de los tiempos del duelo por parte del sujeto.

Ariès P. menciona que la tercera parte de su estudio "La Historia de la Muerte en Occidente" bien podría haberse llamado “la crisis contemporánea de la muerte”, si fuera que Edgar Morin no lo hubiera utilizado en uno de los capítulos de su libro. Ariès acuerda con este autor en que se está actualmente, respecto a la muerte, en una verdadera crisis de identidad (p. 223).

En la primera parte de su obra, Ariès describe cómo la muerte fue vista en la antigüedad, desde la Grecia clásica hasta la época romana. En este período, la muerte se consideraba un evento natural y esperado, y la preocupación principal era asegurar un entierro adecuado para el difunto. En la segunda parte del libro, Ariès examina la Edad Media y la forma en que la muerte se convirtió en un tema central de la vida cotidiana. En esta época, la muerte era vista como un momento crucial de transición hacia la vida eterna, y la preocupación principal era prepararse para la muerte y asegurarse de que el alma del difunto alcanzara el paraíso.

En la tercera parte, Ariès se centra en la Edad Moderna y la forma en que la muerte se convirtió progresivamente en un tabú en la sociedad occidental. En este período, la muerte se consideraba un tema desagradable y se ocultaba de la vista del público. Ariès habla de la costumbre actual del deber de la familia y del médico de ocultarle al propio paciente moribundo la gravedad de su estado (p. 231). La medicina moderna y el surgimiento de los hospitales también cambiaron la forma en que se trataba la muerte, y se comenzó a enfatizar la prolongación de la vida en lugar de la preparación para la muerte.

Ariès refiere que *“Así pues, se muere casi a escondidas, en mayor soledad de lo que Pascal creía. Esa clandestinidad es el efecto de un rechazo a admitir la muerte de aquellos a los que se ama [...]”* (p. 235)

En el apartado *“El rechazo del duelo”*, Ariès puntualiza que además de privarle al hombre de su muerte, paralelamente se *“[...] prohíbe a los vivos mostrarse conmovidos por la muerte de los otros y no les permite llorar a los difuntos ni dar a entender que los echan de menos”* (p. 240), en comparación con todos los rituales, las demostraciones y costumbres del pasado referidos a la muerte.

Ariès hace alusión a la costumbre actual de incinerar al cadáver como *“un medio seguro de escapar al culto a los muertos”* (p. 251). Incluso a los niños se les priva su presencia en los funerales de sus abuelos, por considerarlos, hoy en día, como *“traumáticos”* (p. 252). El autor señala una inversión de los tabúes respecto a la sexualidad y la muerte, señalando que a los niños antiguos *“los traía la cigüeña”* y asistían a funerales; en cambio, los niños contemporáneos saben de la fisiología del nacimiento, pero creen que su abuelo fallecido se fue a vivir muy lejos. (p. 254)

En cuanto a la sociedad *por entero*, Ariès refirió que:

“La sociedad por entero se comporta como el equipo médico [...] el desdichado superviviente tiene que ocultar su pena, renunciar a retirarse en una soledad que lo traicionaría y continuar sin interrupción su vida social, laboral y de ocio. De lo contrario sería excluido, y dicha exclusión acarrearía consecuencias muy distintas a las de la reclusión del luto tradicional” (ibid)

Viñeta clínica

El joven A, escritor de 25 años, consulta por sus repetidos ataques de pánico. Del relato pormenorizado, actual e inmovible de los diversos ataques que acontecían a lo largo de las sesiones, el analista resalta una observación del paciente: los ataques aumentaban hacia finales del mes de julio y eran particularmente intensos en agosto. Esta información le es devuelta al paciente como enigma.

Debe ser porque *julio los prepara y agosto se los lleva*— bromea el paciente, citando el refrán⁷.

—¿A quién se llevó agosto?

El paciente comienza a relatar lo que puede considerarse como un duelo congelado, referido a una muerte acontecida a sus nueve años de edad. Acto seguido, le muestra al analista dos fotos de un hombre, que según dice el paciente, lleva siempre con él. Se trata de un tío muy querido, quien falleció a los 35 años de edad por causas indeterminadas, pero rápidamente silenciadas por su entorno. El estilo de vida de este tío era incompatible con las normas religiosas de su familia y ésta había retomado su vida cotidiana rápidamente tras su muerte, como si nada hubiera sucedido. A sus 14 años, el paciente había intentado saber un poco más y fue al cementerio del pueblo, donde descubrió que la tumba de su tío no era más que el respaldo de un pupitre clavado en la tierra, con el nombre escrito con fibrón.

¿Cómo es que nadie se acuerda de él? —se pregunta —En ese momento, me enojó que él no tuviera una lápida decente.

Vos sos la lápida, entonces — interpreta el analista.

Desde ese momento, el paciente empieza a construir la historia de este tío, en base a preguntas que efectivamente incomodan a la familia, pero que finalmente obtienen respuesta. Valiéndose del recurso de la escritura, el paciente desarrolla una novela con los detalles de la historia. El trabajo vía lo simbólico y el cambio de superficie escritural (del cuerpo al papel) terminan con los ataques de pánico.

En resumen, el duelo se entiende como el dolor psíquico frente a una pérdida. El duelo implica un trabajo del yo, que a veces puede detenerse de manera que la tristeza resulta ignorada. Si bien los duelos pueden “congelarse” por coordinadas subjetivas, los autores citados señalan una decadencia de los ritos donde la pérdida pueda ser transitada en comunidad. Se trata de un fracaso en el Otro como sostén del sujeto, de manera que algunas personas pueden no encontrar un apoyo necesario para anclar su dolor, sofocando la tristeza y deteniendo el proceso de

⁷ Se trata de una frase más o menos extendida en Argentina, surgida de los pueblos originarios. Está relacionada con la tradición del 1 de agosto en la cual se toma caña con ruda para alejar los “males del invierno”, ya que en esos meses se producían la mayor cantidad de pérdidas de cosechas y de muertes, ya sean personas o animales, a causa del frío y las lluvias.

“dejar ir para poder recordar”. Si bien un duelo puede realizarse en soledad, el pasaje por un Otro aporta algo inédito, de ahí la importancia de la función del analista.

La clave para estos casos será que el analista pueda detectar, en el relato de su paciente, la presencia de un duelo detenido. Las preguntas del analista introducen la dimensión temporal. Mediante tal indagación, se propicia el “descongelamiento” de la situación actual, fomentando un movimiento de la misma, es decir, una narración histórica del duelo que se ha estancado. El analista podrá acompañar al paciente mediante sus palabras, su silencio y también su presencia. El pasaje de un duelo detenido a uno normal ocurrirá cuando el sujeto logre localizar aquello que aún retiene, como así también la causa y el motivo de tal resistencia.

3.4. Enfermedad Orgánica

Como se mencionó en ciertas citas de los puntos 3.2 y 3.3. del presente trabajo, las enfermedades orgánicas fueron propuestas por Freud como una posibilidad en la etiología de las neurosis de angustia, tanto en *Las neuropsicosis de defensa* como en la *Conferencia 24*. En este último texto, según se detalló, hay también una mención metapsicológica respecto a la pérdida de la capacidad del yo para colocar su libido como causa de la neurosis.

La incidencia de las enfermedades orgánicas, en un sentido económico, son descritas por Freud en la Conferencia 26 (1917) en los siguientes términos:

Una enfermedad orgánica, una estimulación dolorosa, la inflamación de un órgano, crean un estado que tiene a todas luces por consecuencia un desasimiento de la libido respecto de sus objetos. La libido recogida se reencuentra en el interior del yo como una investidura reforzada de la parte enferma del cuerpo. (p. 381)

3.5. Caída -o degradación- del líder o el ideal

En las diversas formas que pueden tomar las pérdidas desarrolladas en el punto 3.3., se destaca una que tiene que ver con la caída del líder o del ideal. Una primera mención a este tema lo encontramos en *Las neuropsicosis de defensa*, en la cita anteriormente detallada, donde Freud ubicó el caso del hombre con neurosis de angustia a partir de la muerte de su padre.

Entre los desarrollos actuales que permiten sostener esta causa concurrente, está la obra de Baumgart A (2003) y el psicoanalista Iunger V, quien ha sostenido desde el año 2007, en distintos espacios, que la cuestión del pánico debía ubicarse en relación con el padre. Ambos autores toman, como modelo del pánico, la ruptura del lazo libidinal con el jefe de la masa o el ideal.

Ciertamente, es lo que propone Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921) respecto del pánico:

“El miedo del individuo puede ser provocado por la magnitud del peligro o por la ruptura de lazos afectivos (localizaciones de la libido). Este último caso es el de la angustia neurótica. Del mismo modo, se produce el pánico por la intensificación del peligro que a todos amenaza o por la ruptura de los lazos afectivos que garantizaban la cohesión de la masa, y en este último caso, la angustia colectiva presenta múltiples analogías con la angustia neurótica.” (p. 92-93)

Freud propuso que el pánico surge ante la descomposición de la masa, al cesar “los miramientos recíprocos” que mantienen a los individuos de la masa. Allí Freud da una interesante analogía:

“La causa típica de la explosión de un pánico es muy análoga a la que nos ofrece Nestroy en su parodia del drama «Judith y Holofernes» de Hebbel. En esta parodia, grita un guerrero: «El jefe ha perdido la cabeza», y todos los

asirios emprenden la fuga. Sin que el peligro aumente, basta la pérdida del jefe -en cualquier sentido- para que surja el pánico.” (p. 93)

lunger también se apoyó en el texto *El Fetichismo*, que es el otro lugar en donde Freud habló concretamente de pánico (panik) y lo estableció en términos que ya se desarrollaron en este trabajo, pero que vale la pena recordar: el pánico cuando el “trono y el altar” están en peligro, en referencia a la castración de la mujer, que según Freud es sentida por el niño como el peligro de perder su propio pene.

La propuesta de lunger consiste, pensando en el líder de la masa o el ideal, tomar en cuenta a aquellas figuras que organizan la experiencia humana a la manera de un “*padre de la realidad, el padre concreto*” (no el padre en el registro real) como soporte del Nombre del Padre, explicándolo en los siguientes términos:

“El trabajo analítico muestra la íntima conexión del ataque con lo que parece ser el verdadero peligro o, mejor aún, la verdadera situación catastrófica y traumática: el colapso de la función del nombre-del-Padre. No se trata de lo que se ha llamado verwerfung o forclusión de su inscripción. Es más bien el caso de una función que se suspende pero que en algún momento, trabajosamente quizá, puede volver. Esta suspensión se refiere, no a toda, sino a una zona de la experiencia fantasmática, y eventualmente puede resolverse, en la medida en que se reestablezcan los parámetros simbólicos que ordenan la experiencia.” (lunger, 2007)

La propuesta del autor implica revisar al padre en los tres registros: padre simbólico, padre imaginario y padre real.

El padre a nivel simbólico no es un ser real, sino una función, una posición, que puede realizar un sujeto que ejerza la función paterna, aunque nadie puede ocuparla por completo. Incluso, la función puede aparecer de manera velada, al ser mediada por el discurso de la madre. (Evans, p. 145). El padre simbólico **es un significativo**, una operación simbólica tiene que ver con la ley, con el Edipo, con la prohibición del incesto. Sin la categoría de significativo, no podríamos pensar al

padre simbólico. La posición del padre como simbólico no depende del hecho de que haya habido un coito y un nacimiento.

El padre simbólico, en tanto **metáfora**, es un significante que sustituye al primer significante introducido en la simbolización, el deseo de la madre. **En la neurosis**, la posibilidad de la metáfora paterna es fundamental: la palabra del padre sustituye el deseo materno y de esta forma, el niño no queda tomado, aprisionado o tragado por ese deseo materno que lo invade. Poner al padre en lugar de la madre, entonces, es lo fundamental del progreso en la relación al Edipo.

En la psicosis, la ausencia de padre simbólico es lo que determina a esta estructura: aquí el Nombre del Padre se encuentra *forcluído*. (Evans, p. 146)

Afirmar que **el padre simbólico no está en ninguna parte** o que se trata del padre muerto, quiere decir que **se trata de un nombre**, de un significante, un significante que viene al lugar de otro significante (metáfora). Esto es lo esencial de su posición en el complejo de Edipo: padre como procreador de lo simbólico. Lacan (1954), en el Seminario 4, dijo:

El único que podría responder absolutamente de la función del padre como simbólico, sería alguien que pudiera decir como el Dios del monoteísmo: 'yo soy el que soy'. Pero esta frase que encontramos en el texto sagrado no puede pronunciarla nadie literalmente. (p.212)

La función del padre simbólico es intervenir; en primer lugar, el nombre del padre como único significante del padre. En segundo lugar, la palabra articulada del padre y en tercer lugar, la ley, en tanto que el padre está en una relación más o menos íntima con ella. Lo esencial de estos tres momentos es que la madre se advenga al lugar del padre como mediador de lo que está más allá de su propia ley (la ley de su capricho, según Lacan) y que de esta manera el niño no debe quedar aplastado por el capricho materno. El nombre del padre unido a la ley significa que el nombre del padre quede vinculado a la enunciación de la ley.

El padre simbólico es también el padre muerto de "Tótem y Tabú". *Totem y Tabú* es el gran mito freudiano, porque del padre de la horda no hay ningún indicio, aunque Freud sostuvo que era real (Evans, 145). Se trata de un mito, es decir, un relato atemporal que tiene carácter de ficción. El padre simbólico no está representado en ninguna parte. Aparece como un mito estructural.

El padre imaginario se ubica, justamente, en la relación imaginaria: es el padre **a nivel del semejante**. Se trata del padre que el paciente refiere a partir de los constructos imaginarios que ha erigido en su fantasma. Las identificaciones, la idealización y la dialéctica de la agresividad se ubican en este registro del padre, incluso lo terrorífico, que es el que se imagina y que no necesariamente tiene que tener relación alguna con ése que es el padre del niño. (Evans, 146)

Lo interesante es que el padre imaginario puede estar construido como uno ideal, siendo el "*prototipo de las figuras religiosas, un protector omnipotente*" (Evans 146)

El padre imaginario es una imago. (Ibid) Es una construcción imaginaria subjetiva, de manera que puede tratarse de un padre ideal o "un padre que ha jodido al chico". A la forma de las religiones, puede ser un protector omnipotente o el terrorífico padre de la horda primitiva que impone el tabú a sus hijos. El padre imaginario es agente de la privación, pues, al considerarlo la hija como omnipotente, lo culpa por haberla privado del falo simbólico o su equivalente: un niño.

En la psicosis y en la perversión se ubica una reducción del padre simbólico al padre imaginario. (Evans, 146)

En cuanto al **padre real**, las definiciones de Lacan son tan claras en comparación a las dadas sobre el padre imaginario y el padre simbólico. Una de sus formulaciones inequívocas es que **se trata del padre agente de la castración simbólica en el sujeto**. Interviene en el tercer tiempo del Edipo, como aquel que produce la castración en el niño. (Ibid)

El padre real no es el espermatozoide (como dijo Lacan en 1970) ni tampoco el padre biológico del niño, pues no tiene que ver con lo real de la biología. El padre real es un efecto del lenguaje y no puede ser captado por el niño, debido a los fantasmas y a la necesidad de la relación simbólica. La castración del sujeto siempre está vinculada con la intervención del padre real.

Según lunger, lo que en el pánico está en juego es *“la degradación progresiva de las figuras que sostienen el “nombre del padre” en la realidad, por lo general del padre mismo”* (lunger, 2013). Se trata de una caída del soporte del nombre del padre, que determinan las coordenadas del espacio subjetivo de la experiencia. En el mismo texto, lunger brinda algunos ejemplos de su clínica:

- Muerte material del padre.
- Degradaciones del mismo, tales como haber padecido una larga enfermedad deteriorante, o por una quiebra económica.
- Degradación progresiva de la figura del padre como consecuencia de la trama discursiva familiar o de la ambivalencia del sujeto.

De esta manera, siguiendo los aportes de Freud y de lunger, de lo que se trata es de ubicar en la historia del paciente a figuras que él ha enaltecido en el “trono o el altar”, que pueden ser personas (ej. Padre o quien cumpla esa función, jefe, líderes, políticos, incluso parejas), o ideales que posteriormente sufrieron su muerte y/o su degradación.

Baumgart A (2015) mencionó que en el ataque de pánico están implicados ciertos avatares sufridos en el ideal del yo en la historia de ese sujeto. Es decir, se debe al cuestionamiento del lugar desde donde el yo era visto como amable (posible de ser amado), lugar donde se localizaba el yo respecto del ideal del yo. La autora llega a tales conclusiones a partir del texto freudiano *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), en donde el pánico presupone un relajamiento de la estructura libidinosa de la masa, a partir de la desaparición de aquello que funciona como soporte del “ideal”. Lo que ocurre en el pánico, es una desconexión de una representación especificada como “Ideal” (p. 60-61)

Baumgart avanza sobre aportes lacanianos resaltando la estructura significativa donde el sujeto se hace un lugar I(A), punto del ideal del yo donde el sujeto se ve visto y reconocido por el Otro. La encrucijada del pánico está situada cuando caduca el signo de esa mirada, actualizando al yo “*en una etapa de descomposición de su estructura*” (p. 63). Para Baumgart, quien sigue los aportes de J. Caxotte, el quiebre del lazo social regulado por el ideal, evoca al Che Vouï? y “*se trasunta en el miedo a volverse loco, a morirse o a perder el control que caracteriza a la angustia pánica*” (ibid).

3.6. Goce del Otro

Para ajustarse a los criterios metodológicos en la investigación de casos que se presentará posteriormente, este apartado será presentado como “*En lo vincular, la dificultad para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones*”. Estrictamente, la propuesta para pensar este punto desde el Psicoanálisis se relaciona con los desarrollos de Lacan acerca de la angustia ante el goce del Otro.

Autores de la terapia cognitivo conductual, como Cárdenas y otros (2010) señalan como factores de riesgo para el ataque de pánico la presencia de padres sobre protectores (con un estilo de crianza que tiende a reforzar la creencia de que todo afuera es peligroso y que conviene evitar salir del círculo familiar), expectativas parentales que demandan del niño un comportamiento de adulto, más allá de sus posibilidades, como así también reglas familiares rígidas.

En Psicoanálisis, Himiob De Marcano (1999) propuso pensar, en el ataque de pánico, un estado fusional con el otro (p. 56), pensado en los términos de la no castración umbilical del niño que planteara Françoise Dolto.

Grimau A., (2003) describió una serie de fenómenos clínicos pasibles de ser adscriptos a la incidencia del goce del Otro, entre las que se encuentra el goce inherente a las neurosis actuales: se trata de casos donde la presentación clínica se

sostiene en un discurso coagulado a nivel de la significación, con demandas informúladas (p. 45).

¿Pero qué es el Otro? Desde el seminario 2, Lacan distinguió al otro del Otro o “Gran Otro”:

“Hay que distinguir, por lo menos, dos otros: uno con una A mayúscula, y otro con una a minúscula que es el yo. En la función de la palabra de quien se trata es del Otro” (p. 355)

En ese seminario, presenta el esquema Z, que opone el vector de la relación imaginaria que tiene el yo (a) con el otro especular (a’), con otro vector, compuesto por la relación entre Otro (A) y el sujeto (S). En este último vector, Lacan ubicó al inconsciente (p. 365). El pequeño otro aparece como el semejante, pero no es realmente el otro, sino un reflejo o proyección del yo.

En el trabajo con el paciente, justamente, de lo que se trata es de:

“(...) hacerle tomar conciencia de sus relaciones, no con el yo del analista, sino con todos esos Otros que son sus verdaderos garantes, y que no ha reconocido. Se trata de que el sujeto descubra de una manera progresiva a qué Otro se dirige verdaderamente aún sin saberlo, y de que asuma progresivamente las relaciones de transferencia en el lugar en que está, y donde en un principio no sabía que estaba.” (p. 370)

Lacan, en el seminario III, define al Otro como un lugar donde está constituida la palabra y enseñó que *“la alteridad del Otro es lo que caracteriza esencialmente la relación de palabra en el nivel en que es hablada al otro”* (p. 59). Más adelante, señaló que la relación del sujeto con el Otro se da, por decirlo en un término freudiano al que Lacan (1955) apela, en “otra escena”:

“(...)cuando el Otro con mayúscula habla, no es pura y simplemente la realidad ante la cual están, a saber, el individuo que articula. El Otro está más

allá de esa realidad. En la verdadera palabra, el Otro, es aquello ante lo cual se hacen reconocer” (p. 78)

Más adelante, Lacan (1955) se refiere al registro para pensar al Otro, como “*el Otro que es de la índole de lo simbólico, el Otro al que nos dirigimos más allá de lo que vemos*” (p. 86). Fundamentalmente, se trata del Otro al nivel del “*significante, de la significación y del discurso*” (p. 109).

De esta manera, en la teoría lacaniana, la palabra no surge del yo ni tampoco del sujeto, sino del Otro, escapando a lo consciente.

Ahora bien, al hablar del goce del Otro es necesaria la pregunta acerca de qué Otro se trata. La noción de Otro en Lacan no tuvo la misma conceptualización que la que se describió en los seminarios 2 y 3, o en el seminario 10, o en el 16 o en el 20. De esta manera, resulta prudente, al hablar del goce del Otro, considerar cómo se lo está teorizando a cada altura de la enseñanza. No es éste el lugar para trabajar todas estas variaciones, de manera que se hará una mera mención al tema según la puntuación que hace Miller (1999):

"se describe progresivamente un Otro cada vez más inflado, más enorme. Al comienzo, en El seminario 2, es el Otro sujeto. En El seminario 5 es el lugar del código, que se torna abstracto, un lugar simbólico, supraindividual, inmortal, casi anónimo. Finalmente se vuelve sinónimo del campo mismo de la cultura, del saber; es el lugar de las estructuras del parentesco, de la metáfora paterna, del orden del discurso, de la norma social. Puede confundirse tanto con el dios de los filósofos como con el dios de Abraham, y al mismo tiempo incluye su ausencia de garantía. El Otro entonces es siempre en Lacan una suerte de englobante completamente inflado, enorme, que implica casi todo -casi porque queda exceptuado el sujeto. Al mismo tiempo, lo utilizamos de tal manera que puede encarnarse en un ser (el padre, la madre, etc.), y estar lógicamente reducido a la articulación mínima de un significante con otro significante. Miller, 1999)

Miller resalta que, en la obra lacaniana, el sujeto está siempre ligado al Otro, pero en la teorización el sujeto se va reduciendo progresivamente a su mínima expresión hasta vaciarlo, mientras que todas sus determinaciones se le son transferidas al Otro.

La operación lacaniana, la operación conceptual consiste en separar, con el nombre del sujeto y del Otro, al sujeto de todas sus determinaciones, que son transferidas al Otro [...] Correlativamente, cuanto más se infla el Otro, más se vacía el sujeto hasta confundirse con un agujero, con diferentes modos del agujero. Y esto condujo a Lacan a su símbolo \$, a utilizar la teoría de los conjuntos y a identificar al sujeto con el conjunto vacío." (ibid)

En “*Subversión del sujeto...*” aproximadamente a la altura del seminario 10, aparece uno de los ejes para pensar el goce del Otro, al Lacan (1960) proponerlo como un goce fantasmático, un goce atribuido al Otro. “*Solo nuestra fórmula de la fantasía permite hacer aparecer que el sujeto aquí se hace instrumento del goce del Otro. Interesa más a los filósofos captar la pertinencia de esta fórmula en el neurótico, justamente porque él la falsea*”. (p. 793) Las distintas lecturas sobre ese goce fantasmático es lo que posiciona al sujeto de manera diferente en la neurosis que en la perversión.

Rabinovich N. (2007) utiliza la escritura J(A) para dar cuenta del goce del Otro, diciendo que:

“El goce del Otro fantasmático es un goce mental donde el sujeto imagina ser gozado por el Otro, ser usado como instrumento para el goce [...] Por ello, [...] el fantasma en su esencia es masoquista” (p. 92)

Para Rabinovich, lo que “airea” al neurótico de su sumisión al Otro es el Otro goce, formalizado por la escritura J(\bar{A}), donde el Otro se encuentra barrado. El autor presentará a este goce, incluso, como la contracara del goce del Otro, en tanto implica “*el fracaso de mantener la constancia, la estabilidad y fijeza imaginaria que aporta el acoplamiento fantasmático*” (p. 93

Ahora bien, ¿Puede admitirse que el goce del Otro sea puramente una construcción? En "*Subversión del sujeto...*", Lacan (1960) dijo que no hay goce del Otro; él diferenció lo que en gramática se conoce como genitivo objetivo y el genitivo subjetivo. Cuando Lacan señaló que no hay goce del Otro, aclaró que no lo hay en sentido genitivo objetivo, es decir, que el sujeto no puede gozar del Otro, porque el Otro como tal no existe. Por otro lado, sí dice que hay goce del Otro en el sentido de genitivo subjetivo, "*a saber la de que es en cuanto Otro como desea (lo cual da el verdadero alcance de la pasión humana)*" (p. 794); en el sentido de que, en tanto Otros, gozamos. Este punto es central, porque en el Seminario 14, Lacan dirá que el Otro, además de lugar del inconsciente, es el cuerpo.

La complejidad del goce del Otro es que no atañe únicamente a lo que alguien supone, sino que, en el encuentro del viviente con el Otro de los primeros cuidados, ése que no es un Otro simbólico pero que, aún así habla y deja marcas, y se van leyendo indicios de goce, porque cada vez que hay cuerpo, hay goce en juego.

En el punto 2.2 se desarrolló el tema de la angustia, situándose en términos lacanianos como aquella señal que surge "cuando falta la falta" o la no castración del Otro, en los términos del Seminario X. Angustia que, en el caso de los pacientes con ataque de pánico, no se encuentra en su faz operativa. Por otro lado, la maniobra neurótica habitual es ubicarse como objeto para completar al Otro, ahí donde le supone una falta. Si se acepta al pánico como equivalente de la angustia en los términos de la Conferencia 25, estos síntomas solidarios del ataque de angustia se acercan más a lo siniestro que a la angustia en tanto interrogación por el deseo del Otro. El ataque de pánico da cuenta de un sujeto que no dispone de la posibilidad de un corte con el Otro, y ese es el horror de lo siniestro.

Es notable que en la obra de Lacan, a partir de la década del sesenta, la referencia al superyó casi desaparece, y que la misma reaparece bajo la noción de Otro, en especial con las conceptualizaciones del fantasma primordial (Rivadero, año). En el seminario 20, Lacan (1972) mencionó que "*Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyó. El superyó es el imperativo de goce: ¡Goza!*" (p. 11) En *El problema económico del masoquismo* (1924) Freud enseñó acerca del masoquismo moral, es decir, la satisfacción que obtiene el yo ante los castigos del superyó.

¿Pero por qué el neurótico se resiste a perder al superyó? En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud mencionó que abandonar al superyó sería perder “su seguro para todos los peligros” (p. 123), siendo que la posición del superyó ocurre “cuando el yo todavía es endeble” (Freud, 1923, p. 31). De esta manera:

“La verdad de la angustia no se pone en evidencia ante el temor al castigo del Superyó, sino, más allá, ante la posibilidad de quedarse sin el déspota. La presentificación de un vacío en el lugar del Otro releva el término último de la angustia de castración. La angustia “ante la pérdida del Superyó”, descrita por Freud, es traducida por Lacan como angustia ante “la castración en el Otro”. Constituye la roca viva de todo análisis” (Rivadero, 2019)

En la clínica, será importante leer al Otro de cada sujeto, advirtiendo de que este último no soporta fácilmente la castración o la falta del primero, en el punto de que un Otro absoluto y sin fallas le funciona al sujeto como una garantía. En ese sentido, es posible ubicar un plus de satisfacción pese al sufrimiento que relata el paciente. La maniobra de “inscribir la falta en el Otro” requiere, progresivamente en un análisis, ubicarlo como producto de una historia que también lo ha determinado. Por ejemplo, esto ocurre al intervenir sobre la historia de los padres, el contexto temporal y territorial de la misma, para dilucidar en qué medida su propio superyó complicó su función materna o paterna.

4. Las causas concurrentes en el ataque de pánico: estudios de casos

Además de identificar y analizar las causas concurrentes de la ecuación etiológica de la neurosis de angustia según la bibliografía, resulta interesante aplicar estos hallazgos a una muestra de pacientes adultos para verificar -o no- su presencia y de qué manera se presentan.

4.1. Aspectos metodológicos

a) Tipo de trabajo: El diseño de esta investigación es exploratorio y descriptivo. Es no experimental (no se manipulan las variables) y transversal (se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único).

b) Unidades de análisis: Grupo de pacientes cuya patología es diagnosticada como trastorno de pánico, o que ha sufrido un ataque de pánico sin haberse éste cronificado.

c) Variables: Indicadores de causas concurrentes.

d) Muestra: no probabilística. La muestra fue elegida por conveniencia, es decir, los componentes de la misma fueron seleccionados de acuerdo a su disponibilidad y objetivos de la investigación.

e) Criterio de inclusión y exclusión de la muestra: El criterio de inclusión de la muestra fue por características específicas:

- 1) Sujetos cuya patología es diagnosticada como trastorno de pánico.
- 2) Hombres y mujeres, mayores de 18 años.
- 3) Residentes de la ciudad de Buenos Aires.
- 4) En tratamiento terapéutico y farmacológico.
- 5) Las crisis de pánico han remitido.
- 6) Que hayan firmado un consentimiento informado.

Los criterios de exclusión de la muestra son:

- 1) Sujetos cuya patología no sea diagnosticada como trastorno de pánico.
- 2) Hombres y mujeres, menores de 18 años.
- 3) Que no sean residentes de la ciudad de Buenos Aires.
- 4) Que no hayan sido sometidos a tratamiento terapéutico y farmacológico.
- 5) Pacientes cuyas crisis de pánico no han remitido.
- 6) Que no hayan firmado un consentimiento informado.

f) Técnicas e instrumentos: Como instrumento de recolección de datos se empleó un check-list, el cual se detalla a continuación:

Protocolo n° ____

Sexo del paciente: masculino femenino otro.

Edad del paciente: _____

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Marcar del siguiente listado cuál(es) de las siguientes situaciones se verifica en el caso:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiesta en el paciente _____

Mediante este *check list*, se marcaron las causas concurrentes halladas en cada caso, haciendo una breve descripción de cómo se dieron, así como su edad, sexo, tipo de consulta (derivación, consulta espontánea), indicaciones de medicación previas o posteriores a la consulta (derivación a médico psiquiatra).

4.2. Análisis y resultados

4.2.1. Análisis general de la muestra

La muestra para este estudio se compone de 60 casos de pacientes diagnosticados con ataque de pánico: 22 hombres, de los cuales uno es un varón transgénero y 38 mujeres. Todos son mayores de 18 años. Accedieron al consultorio espontáneamente y, también, por tercerización del dispositivo brindado por Asistencia Psicoterapéutica Integral en la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 2020 y 2023.

El 61,7% de los pacientes han sido derivados a tratamiento psicológico tras haber iniciado la consulta en alguna especialidad médica: guardias de urgencias en

hospitales, médicos particulares y cardiólogos. Un caso, incluso, fue derivado por un urólogo. El resto, hicieron una consulta espontánea al psicólogo.

El 45% de la muestra hizo uso de un tratamiento psicofarmacológico, antes o durante el tratamiento psicológico. De quienes fueron derivados por dispositivos médicos, al 67,5% le fue indicado tratamiento psicofarmacológico. De quienes hicieron la consulta espontánea, un 8,6% fue derivado como interconsulta a médicos psiquiatras para que indicaran tratamiento psicofarmacológico.

En tres casos, los pacientes manifestaron el uso de marihuana para atenuar sus síntomas; no obstante, en dos casos el desencadenante del ataque de pánico ocurrió utilizando dicha sustancia.

4.2.2. Hallazgos

El 53,3% de los pacientes presentaban más de un indicador de las causas concurrentes enumeradas en este trabajo, dándose algunas de ellas de manera combinada.

En cuanto a la evaluación individual de las causas concurrentes, se las presentará por orden de mayor a menor frecuencia.

Las dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones se constataron en un 61,6% de los casos de la muestra, siendo ésta la causa concurrente más prevalente. En lo singular de los casos en la muestra, la encarnación de estos "Otros" se manifiestan de manera variada. Se trata de padres/madres autoritarios, con pautas de crianza rígida, incluso casos de abuso sexual; parejas violentas (todos ellos varones), jefes crueles y/o explotadores. Se incluye también dentro de esta dimensión a organizaciones como empresas, grupos religiosos con discursos opresivos que los sujetos no logran interrogar, incluso amenazas como "La pandemia de COVID", "El SIDA" (vih).

Los **duelos no elaborados** aparecieron en un 55% de los casos. Las situaciones singulares que aparecieron fueron la muerte de seres queridos (incluyendo

mascotas), embarazos que por diversas razones no llegaron a término, la pérdida de algún aspecto de sí mismo como la fertilidad, la patria (pacientes extranjeros), el fin de una relación amorosa o de una amistad.

El trabajo excesivo y agotador se halló en un 25% de los casos que componían la muestra. Sólo se consideró esta variable en la medida que los pacientes la manifestaron. En todas las mujeres de la muestra en donde se detectó esta variable, se identificó también que además de su trabajo remunerado, todas tenían a su cargo la mayor parte del trabajo doméstico de su familia.

De los casos en donde el trabajo agotador fue detectado, un 67% padecía además algún tipo de acoso laboral por parte de sus jefes, que implicaba que trabajaran más horas de las debidas, que hicieran más tareas que las pactadas, e incluso maltratos de diversa índole.

En cuanto a lo que se ubicó como **“Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente”** esta situación se encontró en un 30% de los casos. En los casos, se trata del padre, pero también de figuras que hagan sus veces: jefes, la madre, familiares, políticos, todos ellos enaltecidos y estimados por los pacientes. La caída o degradación puede ser muy variada: una enfermedad, quiebras económicas, degradación en términos del honor y su valoración o la muerte misma. En uno de los casos, una enfermera sufre el ataque de pánico durante los primeros momentos de la pandemia por COVID-19. Posteriormente ella sitúa en su análisis la caída de la ciencia (idealizada por ella) que “daba todas las respuestas”. También aparece “la patria” como ideal, que en este caso se dio en personas de la diáspora venezolana que inmigró hacia Argentina.

La insatisfacción sexual se halló en un 18,3% de los casos que componían la muestra. Tal resultado se midió con el dato objetivo de que el paciente tuviera una prolongada abstinencia del acto sexual con la pareja, con otras personas o de la masturbación. Las causas de esta abstinencia fueron desde impedimentos externos (negativa de la pareja, falta de espacio íntimo, parejas distanciadas físicamente,

relacionadas desde la virtualidad) hasta otros personales, como inhibiciones y miedos relacionados con aspectos sexuales y vinculares.

La insatisfacción sexual causa concurrente apareció en el 18% de los hombres y en el 18,4% de las mujeres englobados en este aspecto de la muestra, de manera que **no se encontraron diferencias significativas respecto al género.**

Finalmente, en dos de los casos (3%) se detectó que el paciente había tenido el ataque de pánico tras haber padecido **una larga enfermedad.** Concretamente, se trata de pacientes operados y que luego tuvieron un largo postoperatorio.

Al menos, en lo que a la muestra se refiere, no se han hallado otras causas concurrentes que las mencionadas.

4.3 Balance

En este punto se presentarán algunas consideraciones acerca de los resultados obtenidos.

Notablemente, todos los aportes de los autores acerca de las causas concurrentes se verifican en la muestra, aunque no todas aparecen en todos los casos. La idea de este trabajo estuvo motivada, entre otras cuestiones, en reunir esta pluralidad de aportes y contrastarlos con una muestra, con la limitación metodológica de que estos resultados no son plausibles de ser universalizados, al tratarse de una muestra no representativa. No obstante, deja al menos un precedente y quizá un punto de partida para seguir investigando el tema en otros lugares, con otras muestras y en distintos momentos.

Los datos obtenidos acerca de la “larga enfermedad” como causa concurrente, son difíciles de verificar, sobre todo porque en ambos casos se apreció la presencia de otras causas concurrentes.

El hecho de que se lograra ubicar más de una causa concurrente en el 51,67% de los casos de la muestra da cuenta de la necesidad de pensar en una pluralidad de

ellos en un mismo caso y no limitarse a factores únicos. Por otro lado, a veces dos o más causas pueden aparecer combinadas entre ellas, como el caso del trabajo excesivo que se mezcla con acoso laboral. O la larga enfermedad que llevó a una abstinencia sexual.

4.3. Un caso clínico

En este apartado, se presentará un caso clínico para puntualizar algunos aspectos prácticos.

El paciente a quien se lo llamará Pedro, de 26 años, concurre a análisis por lo que él refiere como “miedo al sol”: tras una serie de ataques de pánico que le dieron caminando de día por la calle, él concluyó que el sol se lo había provocado. Teme sufrir nuevas crisis.

Pedro vive con su familia, es un estudiante avanzado en ingeniería electrónica. Por las noches trabaja entregando pedidos en bicicleta mediante una aplicación del celular. Refiere que hace tiempo tiene la habilidad de desarmar y arreglar cualquier dispositivo electrónico. También sabe utilizar diversas herramientas y sabe programar.

A la pregunta de qué cree Pedro que no funciona en su vida, él refiere “Mi mamá dice que tengo que buscar otro trabajo, pero no hice el CV”, “El psiquiatra me dijo que los ataques los tengo porque soy mi propio Juez y soy autodestructivo” y “Mi corazón se acelera por cualquier cosa”.

En la presentación, como es habitual en estos casos, el paciente se refiere a la **causa provocadora o desencadenante**, hecho sorprendente que él secundariamente enlazó al sol y a los sentidos aportados por la madre y el psiquiatra. Como se detalló, de nada serviría pedir asociaciones con el sol o con el corazón, porque no se trata de un síntoma analítico, sino de un fenómeno actual.

Mediante una investigación más minuciosa y dirigida, que exige una actitud más activa por parte del analista, se descubre que Pedro nunca ha tenido relaciones

sexuales ni tiene pareja. La casa donde vive tiene dos ambientes y es descrita como un ámbito donde frecuentemente ocurren peleas entre los padres. La madre, permanentemente controla los gastos de Pedro, criticando lo que compró con su propio dinero. Para el padre, Pedro nunca será como los primos, a quienes considera como modelos de éxito en lo laboral. Pedro duerme en la misma habitación junto a dos hermanos menores, resaltando que no hay posibilidad de privacidad alguna y hasta estudiar cuesta. En el momento de los ataques, trabajaba en un puesto de diario durante muchas horas más de lo que le pagaban.

En este nivel, se indaga en los indicadores de **las causas concurrentes**. En el caso hay varios de ellos: insatisfacción sexual, trabajo excesivo/agotador y la opresión de unos padres cuyos mandatos el paciente no logra interrogar.

Todos estos datos se encuentran normalizados por el paciente, sin preguntarse el paciente nada acerca de esto, **causa específica** que antes se ubicó como sobreadaptación. En cuanto a las condiciones, es evidente que la angustia no se encuentra disponible como recurso subjetivo.

El analista introduce el afecto que falta, la angustia, y le dice, ante el panorama que relata el paciente *“Esto que contás es un montón, ¿Por qué te quedás ahí?”*. Pedro confiesa que a veces piensa en irse de la casa, que quiere encontrar trabajo, pero teme que en las entrevistas **lo rechacen**, por lo que da vueltas, no envía currículums ni actualiza LinkedIn. Y agrega *“Temo no cumplir con las expectativas, siento que molesto a los demás”*. Sobre esto, recuerda que desde que era niño bajaba la cabeza y evitaba las miradas de las personas en la calle, porque su presencia molestaba.

A esta altura el paciente ya no tiene ataques de pánico y la presentación toma más la forma de una neurosis obsesiva, donde la pregunta empieza a girar alrededor de los rodeos que él daba para no conseguir trabajo.

Tras un episodio de pelea entre el padre y su familia de origen que aconteció en una reunión, el paciente trae el episodio a su espacio de tratamiento. Refiere que el padre toma alcohol desde que tiene uso de razón, por lo que Pedro dice que es el

“chofer designado”, ya que muchas veces el padre no está en condiciones de conducir. A continuación, lo asocia con un recuerdo. La madre había mandado a Pedro, cuando tenía 9 años, a “controlar” a su padre en las reuniones familiares en provincia. Su tarea, repetida en varias ocasiones, consistía en evitar que el padre, en su estado de ebriedad, se peleara con otras personas por la calle y conducirlo hasta la casa en Capital Federal a las 2 o 3 de la mañana. Recuerda que una de esas noches lo ayudó a subir a un colectivo y el señor vomitó, lo que llamó la atención del chofer y los demás pasajeros y le hizo sentir vergüenza. “*Me miraban*”, dijo.

¿Te miraban a vos o más bien a tu padre, un señor que estaba alcoholizado y vomitando junto a su hijo de nueve años a las 2 de la mañana? - interviene el analista, cortando la sesión.

En este punto, ya se está trabajando a nivel del síntoma, sostenido por el fantasma, que en este caso posiciona al sujeto como objeto de las miradas reprobatorias del Otro. La interpretación conmueve algo de la gramática pulsional, en tanto “Mi padre es mirado”. El trabajo posterior, ya desde esta nueva versión, consistió en historizar las faltas del padre, situándolo como sujeto de la historia con sus propios padres: su dura crianza marcada por la violencia, el abandono y la pretensión de darle a su hijo aquello a lo que él no pudo acceder. Algo de lo que el paciente da cuenta con términos muy simples “*Lo bajé a la humanidad*”.

El paciente comenzó a ir a las entrevistas y finalmente logró conseguir trabajo como programador en un mercado que demanda mucho su actividad y se fue a vivir con un amigo en otra casa que alquilaron ambos.

5. Conclusiones

En lo que respecta al diagnóstico de neurosis de angustia, según la información expuesta en el primer apartado, el analista puede lograr la diferenciación de estructura escuchando a la letra el fenómeno discursivo en cuestión, en este caso, aquél que presuntamente aparece como ataque de pánico. Además del concepto de

transferencia, en términos de un diagnóstico diferencial y al menos en lo que respecta a la incidencia de ella en el tratamiento, la noción de **defensa** será sumamente importante. Lejos de etiquetar al paciente, el diagnóstico pretende dar cuenta de la lógica detrás del fenómeno, aquello que se muestra, para guiar el lugar y las intervenciones del analista.

Más allá de estas distinciones, considerando la recomendación de los manuales diagnósticos y, a su vez, la observación de que muchos pacientes de la muestra realizaron la consulta espontánea al psicólogo *suponiendo* que padecían de ataques de pánico, nunca está de más resaltar que el médico deberá realizar un diagnóstico diferencial con otro tipo de enfermedades orgánicas y/o consumo de sustancias.

En lo que refiere a la causa provocadora del ataque, ésa inmediata a la crisis, y que el paciente conoce muy bien, será habitualmente el motivo de consulta. Se trata de una situación de urgencia, donde la intervención del analista no tiende a restituir el sujeto a un estado anterior, sino más bien a su emergencia. Se vuelve imprescindible introducir la dimensión del sentido allí donde ésta quedó abolida como condición indispensable en la lógica de un posible tratamiento. Desde el punto de vista del autor de este trabajo, el paciente debería salir de la consulta sabiendo que su sufrimiento tiene una causa o serie de causas, aunque por el momento no se pueda determinar cuáles son. Se trata de subjetivar la urgencia, brindando un sentido, aunque sea provisorio, que propicie el restablecimiento o construcción de una posible trama significativa. ¿De qué manera? Ubicando el punto de ruptura y el marco del fenómeno que aparece como actual.

En cuanto a la angustia, se la historizó en su desarrollo, subrayando su característica fundamental de ser aquel afecto que señala una posición subjetiva: la de estar a merced, como objeto, del Otro, que se encarna en cualquier figura. Pese a ser un afecto displacentero, la misma aparece ante la oportunidad de producir un corte (una separación) entre el sujeto y el Otro. Ésta, como condición en la etiología de la neurosis de angustia, se encuentra desestimada. La angustia, en estos casos, como recurso y afecto que no engaña, simplemente faltó a la cita; en su lugar, aparece el ataque. La intervención posible en este punto, según los casos expuestos, es que el analista haga entrar allí el afecto que falta: la angustia. La

reproducción del objeto de la angustia, en estos casos, puede considerarse como el paso previo a la construcción del objeto del fantasma. Se trata de una intervención donde el analista, como condición previa de la posibilidad del tratamiento psicoanalítico, intenta rectificar la relación del sujeto con la realidad.

Como causa específica de la neurosis de angustia, se ubicó a la sobreadaptación y a la omnipotencia como rasgos de carácter. Esto deriva en la cuestión clínica de que los rasgos de carácter, al ser sentidos como algo propio del yo, no suelen ser reconocidos por el sujeto como conflictivos. En este caso, la sobreadaptación y la omnipotencia se inscriben desde temprana edad y están ligadas a mandatos superyoicos que no pudieron ser interrogados por el sujeto. Se genera así "un modo de ser" rígido y, por ende, problemático. Se espera, entonces, un obstáculo extra en el desarrollo de un tratamiento, presentándole al analista un verdadero desafío, si se las compara con otros tipos de presentaciones clínicas en las que no se presenta.

De esta manera, en cuanto a la resistencia de estos pacientes, será fácil encontrarse con:

- Una posición refractaria a reconocer que están frente a una problemática psíquica.
- Dificultades para ubicar por qué han caído desde la omnipotencia hacia la impotencia.
- Carencia o mínimo registro acerca de lo que les afecta.
- Dificultades para reconocer la opresión a la que están sometidos.
- El relato naturalizado y desafectivizado de situaciones fuertemente traumáticas de la infancia.

Se entiende que la sobreadaptación es una medida defensiva en sí misma, y al menos desde el psicoanálisis, se dispone de la advertencia freudiana acerca del "furor curandis", que recomienda no atacar nunca el mecanismo defensivo sin haber previamente relevado la función que desempeña para ese sujeto.

En la descripción de la causa concurrente ubicada como "insatisfacción sexual", se intentó separarla del "coito interruptus" primeramente señalado por Freud en 1895, para complejizarla a la luz de sus aportes posteriores, lo mismo que con los aportes tomados de la obra de Lacan.

La investigación de la causa concurrente ubicada como “duelos no elaborados” llevó a tener en cuenta aquellas alternativas que no tienen que ver tanto con las melancolizaciones o la psicosis alucinatoria de deseo, sino con posteriores teorizaciones acerca de los duelos congelados o impedidos. Interesa, para estos casos, ubicar que la no operatividad de la angustia obstaculiza los tiempos del corte con el objeto perdido, que debería impulsar al trabajo de duelo.

Las coordenadas situadas en términos de “trabajo excesivo y agotador”, más allá de su referencia en este trabajo, requieren de un tratamiento más exhaustivo que supera los alcances pretendidos en este desarrollo. Es evidente que en su conceptualización y diagnóstico hay intereses políticos (como mencionó Maslach), pero también factores sociales y epocales. Se ubicó un aspecto invisibilizado, como el caso de la sobrecarga de las mujeres respecto al trabajo doméstico, pero eso no quiere decir que no existan otros. Una de las preguntas que surgen de la exposición sobre este tema es en qué medida el analista pueda estar determinado por la idealización del trabajo o pasar por alto los aspectos que aparecen invisibilizados, consistiendo éste último en un obstáculo al tratamiento. Las referencias de autores que se tomaron no fueron aleatorias, se trata de autores de Argentina, Francia, Estados Unidos y Corea del Sur. Todos ellos dan cuenta de un punto problemático sumamente actual y global respecto al agotamiento, que es su normalización, invisibilización e incluso sobreadaptación. En ese sentido, se detecta la necesidad de tener en cuenta y cuestionar este aspecto que aparece como el “horizonte de nuestra época” para los tratamientos ya que, incluso el mismo analista, como muchos otros profesionales de la salud, pueden también estar afectados por este fenómeno.

En cuanto a las causas concurrentes, los tres casos clínicos pretendieron ejemplificar la importancia de investigarlas activamente en el tratamiento de los ataques de pánico, resultando un buen punto de comienzo para poder trabajar a nivel de los síntomas.

En lo referido al estudio de casos, se logró reunir la pluralidad de aportes y evaluarlos en una muestra de 60 pacientes. En primera instancia, el análisis general

de la muestra indica una elevada incidencia del uso de la psicofarmacología, por lo que el abordaje de estos casos seguramente requiera la interconsulta con el médico psiquiatra. Si bien el psicólogo no interviene desde la psicofarmacología, debería disponer de algunas nociones básicas acerca de estos medicamentos, en especial las benzodiacepinas y los antidepresivos que suelen recetarse para estos casos. También deberá estar alertado acerca de los peligros de la automedicación para, eventualmente, realizar la derivación correspondiente.

Aunque todos los ítems de las causas concurrentes pudieron ser verificados, no en todos los casos se hallaron los mismos, de manera que se ha avanzado en disponer de una visión más global sobre este aspecto del cuadro, al lograr agrupar las posturas que contemplaban una u otra situación de manera individual.

Se observa que la pretensión de obtener una clara delimitación de cada causa concurrente detallada en este trabajo, a nivel general, es muy difícil, hasta se podría decir prácticamente imposible, ya que las mismas pueden darse de manera combinada y con combinatorias muy diversas unas de otras. Por ejemplo, en los casos de acoso laboral presentes en la muestra, la causa concurrente del trabajo excesivo y agotador se daba en muchos casos simultáneamente con la presencia de una figura acosadora de la que el paciente no lograba sustraerse. O también cuando un duelo patológico por la pareja acarrea insatisfacción sexual. De esta manera, **es prudente considerar que en toda clasificación hay un aspecto burlable**, incluso ridículo, como bien lo ilustra Borges en *Emporio celestial de conocimientos benévolos*, donde divide a los animales en:

“a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d)lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas.”

De esta manera, según la opinión del autor, esta información no debería utilizarse de manera rígida, a la manera de las encuestas que utilizan ciertas líneas de tratamiento con ideales de estandarización, sino, más bien, señalar cierto tipo de

situaciones donde el psicólogo podría buscar intencionadamente, mediante preguntas, ante un paciente que, por el momento, no logra descubrir las causas por sí mismo. Lo que en cada caso se descubrirá será necesariamente único.

Se advierte que, al investigar las causas concurrentes en la etiología de la neurosis de angustia (sean las presentadas en este trabajo u otras), se las puede clasificar según los términos freudianos *Hilflosigkeit* (desamparo, desvalimiento) y *unheimlich* (lo siniestro, lo ominoso, lo aterrador). Algunas causas concurrentes están directamente relacionadas con la indefensión y la carencia de un otro protector, como se propuso para el caso de la insatisfacción sexual, caída o degradación del padre o el ideal o los duelos detenidos. Se trata de situaciones donde al sujeto no le es posible prescindir de la asistencia de ese Otro. Otras, ubicadas como trabajo extenuante, incluso en algunos casos de duelos detenidos, y la pluralidad de casos singulares localizables bajo el apartado “goce del Otro”, someten y oprimen al sujeto por un exceso de presencia.

De esta manera, lo que el analista, junto a su paciente, debe ubicar es: ¿Qué situación (o situaciones) son las que colocan al sujeto en ese desamparo o sometimiento y que la angustia no ha logrado señalar, por no encontrarse operativa? Tal dilucidación nos conduce a la dimensión del síntoma, pero no se trata de una tarea sencilla. El estudio realizado demuestra la imposibilidad de generalizar las singularidades de estas situaciones, que siempre tendrán aspectos únicos en el caso por caso. Por otra parte, a veces, ocurren situaciones paradójales. En el último caso, al construir y trabajar sobre la frase fantasmática de rechazo, se develó que el abandono era la condición de existencia subjetiva del paciente en el deseo del Otro, en tanto él se posicionaba como un objeto de rechazo. De esta manera, opresión y desvalimiento pueden no siempre darse de manera disyuntiva.

La idea de abordar los casos de ataques de pánico bajo una ecuación etiológica y *suponer* una causa concurrente (a dilucidar luego en la singularidad) es algo que ordena y guía el tratamiento de estos casos, en tanto le brinda una lógica que echa luz sobre los aspectos posibles a tener en cuenta en las diversas intervenciones del analista.

6. Bibliografía:

- **Allouch, J.** (2006) "Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca" - Ediciones Literales
- **Amigo, S.** (1999) "Clínica de los fracasos del fantasma" - Ed. Homo Sapiens.
- **Amigo, S.** (2021), Conferencia: "El ataque de pánico: diferencias con la angustia seña" - Institución Fernando Ulloa.
- **Ariès, P.** (2000) "La Historia de la Muerte en Occidente" Ed. Barcelona
- **Asociación Americana de Psiquiatría – APA** (2015). DSM 5 Manual de Diagnóstico Diferencial. Editorial Panamericana.
- **Byung-Chul Han** (2012), "La sociedad del cansancio", Ed. Herder.
- **Camerini, O.** (2003), "Las Terapias Cognitivas". Madrid: Pirámide
- **Camaly, G.** (2017). De las relaciones entre el fantasma y el síntoma. Texto de orientación de las XXVI Jornadas de la E.O.L. Recuperado el día 13 de mayo de 2019 de <http://www.jornadaseol.com/026/index.php?file=lecturas/textos-de-orientacion/de-las-relacionesentre-el-fantasma-y-el-sintoma.html>
- **Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L. y De la Peña, F.** (2010). "Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (México).
- **Chemama R.**, (1996) "Diccionario del psicoanálisis" - Amorrortu Editores
- **Deleuze, G.**, (1996) "El agotado", Revista Confines, n°3, año 2, septiembre, Buenos Aires.)
- **Dobón, J.** (2015) "Duelos congelados" - Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-276212-2015-07-02.html>
- **Dufourmantelle, A-** (2015) "Travail: le onzième commandement" - Revista Libération
- **Eisenberg, E.**, (2015) "Clínica del duelo: impedido-patológico- imposible". VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- **Eisenberg E.**, (2015) "El Dolor Psíquico. Angustia neurótica- Dolor masoquista Masoquismo perverso." Revista Universitaria de Psicoanálisis, 2015
- **Evans, Dylan** (2007) "Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano" - Ed. Paidós.
- **Falcone, Rosa** (2011) "Genealogía de la locura. Discursos y prácticas de la alienación mental en el positivismo argentino (1880-1930) Ed. Letra Viva"
- **Freud, S.** [1892-99]) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Manuscrito E. - tomo 1 - Amorrortu Editores.
- **Freud, S.** [1896]) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 52. - tomo 1 - Amorrortu Editores.
- **Freud, S.** (1894-96) "*Las neuropsicosis de defensa*" Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1895) "*Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»*". Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1895) "*Crítica de la neurosis de angustia*". Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.

- **Freud, S.** (1905) “*Tres ensayos de teoría sexual*” Obras Completas, Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1905) “*Fragmento de análisis de un caso de histeria*”, Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1908) “*Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*” . Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1909) “Apreciaciones generales sobre el ataque histérico”. Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1909) “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” - Obras Completas, Tomo X. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1911 [1910]) “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente”. Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1912) “Contribuciones para un debate sobre el onanismo”. Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1914) “Introducción al narcisismo” - Obras Completas, Tomo XIV - Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1914) “Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)” Tomo XIV - Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1915) “De guerra y muerte. Temas de actualidad”. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1915) “Pulsiones y destinos de pulsión” - Obras Completas, tomo XIV - Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.** (1916) “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico”, Punto II: “Los que fracasan cuando triunfan”. Obras Completas, Tomo XIV - Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1917 [1915]) “Duelo y melancolía”, Obras Completas, tomo XIV. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1916-17) “Conferencias de introducción al psicoanálisis. 24ª conferencia. *El estado neurótico común*”, Obras Completas, Tomo XVI. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1916-17) “Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 25: “La angustia”, Obras Completas, Tomo XVI Amorrortu. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1916-17) “Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 16: La teoría de la libido y el narcisismo”. Obras Completas, Tomo XVI. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1919) “Lo ominoso”. Obras Completas, Tomo XVII. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1921) “*Psicología de las masas y análisis del yo*”. Obras Completas, Tomo XVIII. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1923) “El yo y el ello”. Obras Completas, Tomo XIX. Amorrortu Ediciones.
- **Freud, S.**, (1925) “La negación”. Tomo XIX. Amorrortu Editores.
- **Freud, S.**, (1926) *Inhibición, Síntoma y Angustia* tomo XX. Amorrortu Editores.
- **Freud, S.** (1927) “Fetichismo” tomo XXI. Amorrortu Editores.
- **Freud, S.** (1929) “Más allá del principio de placer”, tomo XVIII - Amorrortu Editores.
- **Freud, S.** (1930) “El malestar en la cultura”, tomo XXI - Amorrortu Editores.
- **Freud, S.**, (1937) “Análisis terminable e interminable”” Obras Completas, Tomo 23. Amorrortu Ediciones.

- **Galiñanes**, María Dolores (2014) “*Subjetividad y familia en el trastorno de pánico. Un análisis desde la concepción de Enrique Pichón Riviere*” - Laborde Editor
- **Grimau**, G (2003)., “Los goces y sus vicisitudes”, Letra Viva, Buenos Aires.
- **Himiob de Marcano, M.** (1999) “El ataque de pánico. Una visión Psicoanalítica” en TOPICOS. Revista de Psicoanálisis. Año VII, vol. 1. Buenos Aires.
- **Hosseini**, Khaled (2003) “Cometas en el cielo” - Ed. Salamandra.
- **Indart**, J.C. (2017). Vacilación-Realización del fantasma. Texto de orientación de las XXVI Jornadas de la E.O.L. Recuperado el día 13 de marzo de 2019 de <http://www.jornadaseol.com/026/index.php?file=lecturas/textos-de-orientacion/vacilacion-realizacion-del-fantasma.html>
- **lunger**, V., (2007) “El verdadero peligro” - Página 12. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-78919-2007-01-11.html>
- **lunger**, V. (2013) “Pánico” - El Sigma. Disponible en <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/panico/12545>
- **Joyce**, James (1916, 1976) Retrato del Artista Adolescente. Editorial Lumen. Barcelona, España
- **Lacan**, J. (1953). “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”. En Escritos 1 (pp. 231-309). Buenos Aires: Siglo XXI. 2012.
- **Lacan**, J., (1954-1955) El Seminario, Libro 3: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica
- **Lacan**, J., (1955-1956), El Seminario, Libro 3: Las psicosis.
- **Lacan**, J., (1956-57), El seminario, Libro 5: Las formaciones del inconsciente - Ed. Paidós
- **Lacan**, J., (1959-60) El seminario, Libro 7, La ética del psicoanálisis - Ed. Paidós
- **Lacan**, J., (1960-61) El Seminario, Libro 8: La transferencia. - Ed. Paidós
- **Lacan**, J., (1960) “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”, *Escritos 2*, Ed. Siglo XX
- **Lacan**, J. (1962-63). El Seminario, Libro 10: La angustia. - Ed. Paidós
- **Lacan**, J., (1964) El Seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. - Ed. Paidós
- **Lacan**, J., (1972-73) El Seminario, Libro 20: Aún - Ed. Paidós
- **Leplat**, J. (1980). “La psychologie du travail du travail en ergonomie”. Bulletin de Psychologie. Tomo XXXIII, nº 344.
- **Leibson**, L. (2019) “Fenómenos Psicosomáticos”. Revista Imago Agenda de la Editorial Letra Viva Nº 205 - Otoño 2019. Buenos Aires. Argentina.
- **Lieberman**, D. (1982) “Del cuerpo al símbolo” Ed. Kargieman, Buenos Aires. Argentina.
- **Lieberman**, D., (1986) “Observaciones Psicoanalíticas y Consideraciones Metapsicológicas acerca del Paciente Sobreadaptado que Somatiza” en “Del cuerpo al símbolo” Editorial Tres, Buenos Aires.
- **Lutereau**, Luciano (2016) “Ya no hay hombres: Ensayos sobre la destitución masculina” . Capítulo “El malestar contemporáneo” Ed. Galerna Ensayo
- **Manfredi**, Clelia; Lintzky Leonardo, “Trastorno por pánico. Una aproximación psicoanalítica”, en Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. VII., Buenos Aires, 1996.
- **Maslach C.** y Leiter (2016) “Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry” - World Psychiatry. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911781/>

- **Miller**, J. A. (1999) El establecimiento del seminario de Jacques Lacan. Ed. Tres Haches, Buenos Aires.
- **Ministerio de Economía de la Rep. Arg.**, (2020) "Horas de trabajo no pago y brechas de tiempo" En <https://www.argentina.gob.ar/economia/igualdadygenero>
- **Organización Mundial de la Salud - OMS** (1994). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor.
- **Peiro**, J.M. y Trieto, F. (1996). "Tratado de Psicología del trabajo. Volumen II: aspectos psicosociales del trabajo". Madrid: Editorial Síntesis.
- **Piovano**, A., (2016), "Acedia" - Ed. San Pablo
- **Platón**: "El Banquete", Bureau Editor, Buenos Aires, 2000
- **Quesada**, S. y otros (2018). "Ataque de pánico, ¿una posible presentación actual del malestar?". X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- **Rabinovich**, N (2007)., Lágrimas de lo real. Un estudio sobre el goce, Homo Sapiens, Rosario.
- **Restrepo**, Juliana María Bueno; Muñoz López Agustín (2020) "El cuerpo a cielo abierto en la psicosis" - Trivium vol.12 no.1 Rio de Janeiro jan./un. 2020
- **Rivadero**, S.M. (2019) "La crueldad del Superyó: obstáculo para el avancede una cura" Revista Fort-da n° 13
- **Rivas**, D. (2019) "Goce femenino: un nombre de lo indecible" - Ed. Letra Viva.
- **Urbaj**, Eduardo (2020), Conferencia "Saber-hacer frente a los ataques de pánico" - Centro Dos
- **Velcoff**, M. y Verduci, J.C. (1995) "Consideraciones terapéuticas de las personalidades sobreadaptadas"- Tercer Simposio Internacional de la Sociedad Wernicke-Kleist-Leonhard.

7. Anexo

Protocolo n° 01

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 27

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por su psiquiatra, medicada con Alprazolam.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Consulta por diversos AP que ocurren dos semanas después de una fuerte pelea con su pareja, estando ella en la casa de un amigo. Varios hechos de violencia por parte de su novio, donde la paciente reacciona con sumisión ante lo que define como una relación "autodestructiva".

Protocolo n° 02

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 27 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea.

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El AP ocurre cuando la paciente cursaba tratamiento psicológico. Tiene un AP justo antes de morir su padre, quien padeció una larga enfermedad que lo deterioró corporalmente hasta su fallecimiento. Hace dos años tiene una relación de pareja en donde ella resulta extremadamente degradada (violencia psicológica)

Protocolo n° 3

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 18

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El AP se desencadena luego de ver una película sobre el Holocausto. En la historia aparecen mandatos y dogmas estrictos, pues la paciente pertenece a una religión en donde salir y relacionarse con personas ajenas a ese ámbito implica su expulsión y perder a toda su familia.

Protocolo n° 4

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 26

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Al momento de la consulta, murió su suegro (que la paciente define como "patriarca") y la suegra tuvo que ser internada. El marido rompe sociedad con su hermano, motivo por el que ella tiene que salir a trabajar. El padre de la paciente era muy autoritario y falleció a los 11 años de la paciente. En ella impera un mandato de este padre, que le prohibía salir a jugar o pasear, pretendiendo que ella se dedicara a los quehaceres domésticos.

Protocolo n° 5

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 25 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por la guardia de urgencias. Sin medicación.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Extranjera. Su AP ocurre al perder un trabajo donde estaba en período de prueba, con un jefe que le marcaba todos sus errores y la vigilaba constantemente. El rubro de este trabajo era el mismo al que se dedicaba su padre, un hombre alcohólico que amenazó a ella y a su madre con un arma en estado de ebriedad, y que les hizo abandonar su país.

Protocolo n° 6

Sexo del paciente: (x)masculino ()femenino.

Edad del paciente: 27 años

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(x) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Pasó por diversas especialidades médicas antes de ser derivado a tratamiento psicológico. Sin medicación.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Su AP ocurrió en su casa, mientras fumaba. Su padre murió hace un año de cáncer de pulmón por fumar. Su padre era alcohólico, irresponsable, al que "no le guardo rencor". Dice que vivenció la muerte de su padre, pero aún así no pudo llorarlo.

Protocolo n° 7

Sexo del paciente: (x)masculino ()femenino.

Edad del paciente: 30 años

¿Cómo llegó a la consulta?

(x) Consulta espontánea

() Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El hombre trabaja junto a su familia de empresarios, en una actividad que él realiza, aunque le cuesta reconocer que no le gusta. Se destaca una limitada capacidad asociativa. Con el tiempo, el hombre sitúa que los AP aparecían cuando él tenía que hablar de su propio trabajo. En el transcurso del análisis, aparece la angustia por hacer algo propio (ausente en los primeros tiempos) y una producción asociativa del lugar “inferior y débil” que él ocupaba respecto de sus hermanos.

Protocolo n° 8

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 18 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por la guardia, donde recetaron Clonazepam (0,5 g)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Los AP comienzan dos semanas después de perder un embarazo avanzado, donde le anuncian que no podrá tener hijos, hecho que la paciente cuenta de manera desafectivizada. En su historia hay un abuso sexual por parte de un abuelo a sus 16 años y una muerte violenta de su tío que ella presencié, quien recibió un balazo.

Protocolo n° 9

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 27 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por la Fundación Favaloro. Medicado con Alprazolam sublingual.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Los AP aparecen ante el deterioro de salud de los abuelos, que lo han criado. Los padres lo han abandonado desde niño. Sufrió un abuso sexual por parte de un tío en su infancia, sin clarificar. La analista resalta las dificultades del paciente para sustraerse a la demanda de los demás en diversos ámbitos.

Protocolo n° 10

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 45 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por su médico de cabecera. Sin medicación.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Empresario exitoso, padre de 7 hijos con dos ex parejas a las que mantiene. Con una tercera mujer, cursan un embarazo y el bebé nace y muere a las pocas horas, hecho al que el paciente no le dio mayor importancia. Posteriormente, descubren que ambos son portadores de un gen recesivo que les impide tener hijos viables. Cuando la pareja se rompe por este motivo, comienzan los AP.

Protocolo n° 11

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 19

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Tuvo su primer AP en la segunda clase al iniciar el CBC. Ocultó los síntomas a su familia para "no incomodar y joder al otro". En su historia hay tres embarazos perdidos que ella ocultó a todo el mundo por la misma razón.

Protocolo n° 12

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 30 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por la guardia, donde lo medican con alprazolam.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Sufre un AP tras serle infiel a su esposa con otra mujer. En su historia se aprecian estrictos mandatos de una madre catalogada como "santa", que sufrió el abandono de su esposo,

padre del paciente.

Protocolo n° 13

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 19

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por la guardia. Medicada con Clonazepam 0,5 g

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Sufre un AP viajando en el subterráneo, al ver allí que habían tres hombres tomando alcohol. Tiene una madre diagnosticada con esquizofrenia, a la que cuida "desde siempre". Su padre alcohólico falleció hace dos años; cuenta que pasó su entierro sin llorar porque había que contener a la madre y ocuparse de los quehaceres de la casa.

Protocolo n° 14

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 26

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

(X) En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

() Ninguna de las anteriores.

() Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Todos los AP han ocurrido al viajar lejos de su casa. Su AP ocurrió hace 5 años, pero reguló los síntomas con marihuana.

Fue obligada a hacerse un aborto por sus padres, tema que despliega por primera vez en su análisis. En la historia se ubica un padre que se masturbaba sin pudor viendo pornografía “desde que mis hermanos y yo tenemos conciencia” en el living de la casa. La madre siempre ha mirado hacia otro lado, intentando “manejar todo y a todos”.

Protocolo n° 15

Sexo del paciente: ()masculino (X)femenino.

Edad del paciente: 35

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por un cardiólogo, que la medicó con Clonazepam (0,5g)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

(X) Insatisfacción sexual genital.

() Padecimiento de una larga enfermedad.

(X) Trabajo excesivo o agotador.

(X) Proceso de duelo no elaborado.

() Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

() En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

() Ninguna de las anteriores.

() Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Tuvo AP mirando la televisión en su hogar y otro al subir en un avión. En su historia hay una dedicación excesiva al trabajo, con jornadas laborales extensas que ella no cuestiona, porque “Nadie lo hace mejor que yo”. Semanas antes del primer ataque, murió su mascota, muy querida por la paciente, que trató rápidamente de superar porque a su marido le parecía que llorar por eso era “algo estúpido”. Con el marido no mantiene relaciones sexuales, cosa que ella normaliza hasta que en su análisis empieza a reconocer este deseo.

Protocolo n° 16

Sexo del paciente: (x)masculino ()femenino.

Edad del paciente: 18 años

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(x) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por su urólogo. Sin medicación.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- (x) Insatisfacción sexual genital.
- () Padecimiento de una larga enfermedad.
- () Trabajo excesivo o agotador.
- () Proceso de duelo no elaborado.
- () Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- (x) En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- () Ninguna de las anteriores.
- () Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

AP la noche anterior a jugar un partido de fútbol. Al paciente no le llama la atención que su padre le grite y lo insulte desde el público. Además refiere un malestar inespecífico en sus testículos, que lo motiva a hacer consultas reiteradas al urólogo, quien descarta problemas orgánicos y nota una ausencia total de actividad sexual.

Protocolo n° 17

Sexo del paciente: ()masculino (x)femenino.

Edad del paciente: 33 años

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): En la guardia médica, le otorgan dos semanas de licencia y derivan a tratamiento psicológico sin medicarla.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- (x) Insatisfacción sexual genital.
- () Padecimiento de una larga enfermedad.
- (x) Trabajo excesivo o agotador.
- () Proceso de duelo no elaborado.
- () Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- (x) En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- () Ninguna de las anteriores.
- () Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Extranjera. Sufre AP en un restaurante. En el caso se destaca que la paciente trabaja largas jornadas laborales junto a una jefa que la maltrata. En su país de origen está su novio, que le promete venir a Argentina desde hace dos años, manteniendo una relación virtual que a ella no la satisface y que le hace rechazar a otros pretendientes locales que la invitan a salir.

Protocolo n° 18

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 28

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

En el caso se verifica una relación violenta de pareja, donde han ocurrido graves hechos contra ella durante seis años, cosa que ella naturaliza y que debe ser señalado por su analista. La paciente consume diariamente marihuana, lo que según ella le da calma.

Protocolo n° 19

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 33 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada de la guardia. La medican con clonazepam (0,25g)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Le ocurre un AP luego de jugar al fútbol y otro en la Facultad, donde llaman a emergencias. En su historia infantil hay episodios de violencia por parte de su madre, que se han extendido durante años. En la actualidad la paciente tiene peleas permanentes con su novia celosa, la cual le exige exclusividad al punto que la paciente ha perdido a sus amigos. La analista destaca la dificultad de la paciente para plantear qué quería ella de la relación.

Protocolo n° 20

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 26

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación) :Derivado por la guardia. Medicado con clonazepam (0,5) y escitalopram.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Tuvo un AP viajando en colectivo. El paciente tiene un padre exigente y empresario, que lo emplea todos los días de la semana, incluso sábados y domingos. Éste no tiene problemas en denigrarlo frente a todos los empleados. "Para mí, sos un empleado más". En su terapia, los ataques cesan cuando él encuentra la forma de tomar distancia de este padre.

Protocolo n° 21

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 25

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): La paciente fue derivada por la psiquiatra, que la medicó con escitalopram (0,3 g), alprazolam y risperidona (1 mg). El psicólogo, a su vez, hizo interconsulta con otro

psiquiatra, quien le hizo dejar la medicación progresivamente mientras avanzaba el tratamiento psicológico.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El AP le sucede al volver de sus vacaciones con su pareja. Se trata de una mujer que se encarga de sus tres hijos, su hermano (14) y su madre. La madre tiene comportamientos sexuales desinhibidos frente a la familia y no se hace cargo de las necesidades básicas suyas ni ajenas. La pareja, con quien la paciente tenía una relación satisfactoria, en los últimos meses está cursando un duelo y no mantienen relaciones sexuales, pese a las insistencias de ella.

Protocolo n° 22

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 38 años

¿Cómo llegó a la consulta?

- Consulta espontánea
- Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por el psiquiatra, quien medicó con sertralina y clonazepam.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Sufre un AP en su oficina. Semanas atrás, había habido una crisis bancaria mundial que obligó a todos a trabajar más y un cambio de autoridades del banco donde trabajaba. El

nuevo jefe le pide al paciente que “desgaste a sus empleados” para forzarlos a renunciar.

Protocolo n° 23

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 20 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por el psiquiatra. No tomó la medicación prescripta.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Sufre un primer AP en la calle, mientras trabajaba de agente de tránsito. Viene de una separación reciente, por parte de un hombre que la deja, pero ella se sobrepone rápidamente porque tenía que ocuparse de su hija (diagnosticada con TGD) y sus hermanos. Vive con una madre a la que describe como “amorosa, pero intensa, está en todos lados”.

Protocolo n° 24

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 24

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Tiene el AP en su trabajo, realizando tareas que aprendió de su padre, aunque no reconoce "estar a la altura". Éste falleció poco tiempo antes del ataque, que según el paciente: "Era Dios". El analista ubica que se trata de un hombre que no ha podido salir del lugar de hijo.

Protocolo n° 25

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 41 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por el psiquiatra. Medicada con paroxetina.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El AP aparece después de fallecer una tía, quien la crió y era el único familiar que le quedaba de esa generación.

Protocolo n° 26

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 38 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Se trata de un paciente con jornada laboral extensa, que no logra poner coto a su “entrega incondicional” a su trabajo y a su jefe.

Protocolo n° 27

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 57

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Psiquiatra deriva a tratamiento psicológico. Medicada con Olanzapina (10 mg)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Jefa de enfermeras, sometida a largas y extenuantes jornadas laborales asistiendo a pacientes infectados con COVID-19. AP en el hospital donde trabajaba.

Protocolo n° 28

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 30

¿Cómo llegó a la consulta?

(x) Consulta espontánea. Reconoció el AP, es médico. Consultó directamente a psicología, sin medicación.

() Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Médico, pasó largas y extenuantes jornadas laborales atendiendo pacientes infectados con COVID-19.

Protocolo n° 29

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 48

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por el psiquiatra a tratamiento psicológico. Medicada con Sertralina (0,25 mg) y clonazepam (0,5 mg)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Jefa de enfermería en tiempos de COVID-19. El AP se da al comienzo de la pandemia,

tiempo en el que había poca información. La paciente, en su tratamiento, habla de una “amenaza invisible” y, por otro lado, de la “falta de respuestas de la medicina”.

Protocolo n° 30

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 39

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por psiquiatra, quien recetó Clonazepam 0,5 mg

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Le da AP en su casa, tiempo desde el cual comienza a sentirse encerrada. Cuando comenzó la pandemia de COVID-19, su trabajo “cayó”, cosa que, al principio, no le dio importancia porque pensaba que la cuarentena era algo pasajero (la cuarentena duró más de un año).

Protocolo n° 31

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 64

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por el psiquiatra, quien medica con lorazepam.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Se trata de una mujer con muchos prejuicios sobre la sexualidad en la vejez, "capítulo" que ella da "por cerrado". Recientemente, un compañero de una actividad de baile en común pretende salir con ella. Ella tarda en captar esta intención, aunque el señor la invita repetidas veces hasta que ella accede a tener una relación amorosa con él.

Protocolo n° 32

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 29

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El AP ocurre en su trabajo. En su casa hay un ámbito de peleas normalizado por la paciente, donde se evidencian serios problemas familiares.

Protocolo n° 33

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 42 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Se trata de una mujer con una relación de idas y vueltas, de larga data, con un hombre que siempre toma la iniciativa y la busca cuando "él quiere". Tras un mes sin que él la llamara para mantener relaciones sexuales, aparece el AP sin ninguna causa aparente. En el curso del análisis, la paciente cae en la cuenta de que él se ha ido con otra mujer.

Protocolo n° 34

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 41 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

AP mientras volvía a su casa, desde su trabajo. En el caso hay graves problemas de violencia conyugal por parte de un marido alcohólico, que la paciente normaliza. En la historia infantil de la paciente también hay episodios de violencia por parte de su padre.

Protocolo n° 35

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 41 años

¿Cómo llegó a la consulta?

(X) Consulta espontánea

() Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

En el caso hay acoso laboral al que la paciente no responde "para no perder el trabajo". También hay situaciones crónicas de violencia y maltrato conyugal contra ella.

Protocolo n° 36

Sexo del paciente: () masculino (X) femenino.

Edad del paciente: 28 años

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Deriva el psiquiatra. Medicada con clonazepam (0,5 mg)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Extranjera. La analista detecta desarraigo con su patria, pues vino a Argentina hace 4 años. Se ha hecho cargo de sus hermanos desde los 14 años. El AP ocurre un fin de semana en el que la paciente quedó sola en su casa. En el tratamiento, la analista la convoca en relación con lo que quiere ella, teniendo en cuenta que los hermanos ya han crecido, dando lugar a la pregunta por los estudios, tener pareja y otros temas.

Protocolo n° 37

Sexo del paciente: (X)masculino ()femenino.

Edad del paciente: 26 años

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por el psiquiatra a tratamiento psicológico. Medicado con clonazepam y escitalopram

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

(X) Insatisfacción sexual genital.

() Padecimiento de una larga enfermedad.

(X) Trabajo excesivo o agotador.

() Proceso de duelo no elaborado.

() Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

(X) En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

() Ninguna de las anteriores.

() Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

AP en la calle, mientras paseaba. Se trata de un joven criado con muchas exigencias y limitaciones impuestas por los padres con quienes vive, que lo tratan de "vago, inútil, que no le da la cabeza". Sin pareja, duerme con otros dos hermanos menores y esto en el análisis se revela como un problema por la falta de intimidad. Además, el paciente trabajaba por largos períodos de tiempo. Al momento de la consulta, el paciente ya no trabajaba, pero la analista detecta que tiene muchos recursos para arreglar artefactos electrónicos, además de que estudia ingeniería.

Protocolo n° 38

Sexo del paciente: (X)masculino ()femenino.

Edad del paciente: 31 años

¿Cómo llegó a la consulta?

() Consulta espontánea

(X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): El psiquiatra lo diagnostica y lo envía a tratamiento psicológico sin medicar

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

() Insatisfacción sexual genital.

() Padecimiento de una larga enfermedad.

() Trabajo excesivo o agotador.

(X) Proceso de duelo no elaborado.

- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Extranjero. Su primer AP ocurre antes de un examen de la facultad y tiene otro en su trabajo. En la historia infantil hay problemas en la filiación: no sabe realmente quiénes son sus padres y se ha criado con vecinos y otras figuras que lo han alojado, hechos que relata sin angustia. En Argentina, su único contacto es su ex pareja, con quien vive hasta que ella forma una nueva relación y él queda en la calle (durmiendo en su auto y bañándose en el club), lo cual relata de manera desafectada.

Protocolo n° 39

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 29 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Su AP ocurre semanas después de la pandemia de COVID-19. Fue abandonada por su madre cuando era niña, creció con su padre. Se trata de una persona “que puede con todo”. Madre, desde los 26 años, de un hijo del cual le cuesta separarse. La pediatra dice que ella “ahoga” a su hijo. En el tratamiento se trabaja sobre el duelo no elaborado de su madre.

Protocolo n° 40

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 27 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

(X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por su médico clínico.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El paciente tiene una esposa y dos hijas. A la vez, mantiene frecuentes relaciones con diferentes prostitutas, de las que dice: "La llamo, tenemos sexo, pago y no pasa nada; me voy a casa con mi familia". El AP aparece luego de que una prostituta con la que mantuvo relaciones sexuales le comunicara que ella se infectó con VIH. De esto, el paciente dice: "Es un castigo del destino", y en su discurso aparece "El SIDA" como entidad que lo acecha. Tiene una mala relación con su padre, al que califica de ausente, nefasto y como "un muerto vivo", que también frecuenta prostitutas y ha abandonado a su madre.

Protocolo n° 41

Sexo del paciente: (X)masculino ()femenino.

Edad del paciente: 29 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por el psiquiatra, quien lo ha medicado con escitalopram (20 mg), Valcote (200 mg) y clonazepam (2 mg)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El AP ocurre posteriormente a la muerte de su abuela materna, quien lo ha cuidado. El paciente perdió a su padre a los 8 años y su madre se casó rápidamente con un amigo de éste, formando una nueva familia. Actualmente, el paciente no ha formado pareja porque siente que tiene que cuidar a su madre, la cual ha terminado con su relación amorosa y volvió a vivir con él.

Protocolo n° 42

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 37 años.

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivada por la psiquiatra, medicada con Clonazepam 2 mg

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

El AP ocurre ante el diagnóstico de un tumor cancerígeno en las cuerdas vocales, subestimado por su médico por 12 años y que antes no había recibido diagnóstico. Ella deberá someterse a una operación que le hará perder la voz parcialmente. Un tiempo antes había fallecido su padre sorpresivamente, de un infarto. Ella, que estaba trabajando, no pudo “volver a verlo” ni despedirse, pues en su religión el velatorio es a cajón cerrado.

Protocolo n° 43

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 38 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por el psiquiatra, medicada con Clonazepam 2 mg y sertralina 50 mg.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.

- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Tiene 4 hijos y una esposa que no trabaja. Trabaja de encargado mayordomo y en el tiempo de descanso, limpiando oficinas. Jornada laboral de 8 a 20 hs. sin descanso, interrupciones en el sueño por llamados de los vecinos. Su AP ocurre cuando despiden a sus dos empleados subordinados, producto del vaciamiento de las oficinas en la cuarentena por la pandemia de COVID-19. El paciente no ha dueloado a su padre fallecido hace dos años, quien trabajaba allí como encargado también y lo ha entrenado en su trabajo.

Protocolo n° 44

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 28 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado por la guardia de un hospital. Sin medicación.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Consulta por miedo a salir a la calle y a subirse al transporte público. Ha sufrido diversos AP desde la adolescencia, a partir de que su padre falleció luego de una enfermedad y que él tuvo que cuidar. El padre era muy cruel y lo criticaba estrictamente. Este aspecto fue notado en su análisis, pues al paciente no le llamaba la atención. Por otra parte, su madre durmió con él hasta la adolescencia. El cuadro viró hacia una neurosis obsesiva.

Protocolo n° 45

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 35

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea.

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Médica, consulta a la psicóloga al conocer el cuadro que la aqueja. La paciente asistió intensamente a su padre, quien padecía una enfermedad grave que peligraba su vida. En ese momento, inicia una relación amorosa con un colega que asistía al padre, situación que termina con un casamiento con su pareja oficial, que ella ubica como "forzado", pues la relación no tenía mucho tiempo.

La paciente abortó pese a desear el embarazo, pero recién resignificó el dolor cuando su hermana tuvo un hijo.

Protocolo n° 46

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 20

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Fue necesario derivar a psiquiatría, donde medicaron con Clonazepam (2,5) y sertralina

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

(X) En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

() Ninguna de las anteriores.

() Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Paciente extranjero, vivió en otro país y padece AP hace tres años. El primero, desencadenado a partir de fumar marihuana en su país de origen. Homosexual, refiere tener miedo a las relaciones sexuales, por lo que no mantiene relaciones sexuales pese a que lo desea. Problemas con su cuerpo y la mirada del Otro. Ha sufrido dos abusos sexuales, ambos cuando era adolescente, que no ha podido contarle a nadie. En el tratamiento, el cuadro vira hacia una histeria.

Protocolo n° 47

Sexo del paciente: ()masculino (X)femenino.

Edad del paciente: 24

¿Cómo llegó a la consulta?

(X) Consulta espontánea

() Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

(X) Insatisfacción sexual genital.

() Padecimiento de una larga enfermedad.

() Trabajo excesivo o agotador.

(X) Proceso de duelo no elaborado.

() Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

() En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

() Ninguna de las anteriores.

() Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Paciente extranjera, estudiante de medicina. No aceptó medicación por conocer el cuadro. El AP se da en contexto de un embarazo riesgoso de su hermana, donde ella lo asiste y ante la noticia que su hermano tendrá un hijo, motivo por el cual ella suspende temporalmente los estudios.

Tiene un novio a distancia desde hace 6 meses, con la instalación de la transferencia ella relata que no ha tenido relación sexual alguna y eso le molesta.

En su historia, a sus 5 años, la madre sufre un aborto a los 7 meses de embarazo, hermano que ella esperaba. Recuerda un episodio en el que solamente le dijeron: "El bebé no nacerá".

Protocolo n° 48

Sexo del paciente: (X)masculino ()femenino.

Edad del paciente: 30

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones..

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Sufre un AP al mes y medio de comenzar terapia, en el contexto de un trabajo agotador, pero que no cambia para no "comenzar de nuevo". Su pareja, él reconoce, tiene varios rasgos autoritarios parecidos al padre y le cuesta enfrentarlo. Ambos están prontos a emigrar del país, con fecha incierta, pues el paciente se encuentra esperando los papeles de una ciudadanía extranjera.

A sus 14 años, su padre se suicidó y, poco tiempo después, muere su madre, motivo por el cual fue a un hogar de menores y luego a vivir con otros familiares junto a su hermano. Esta situación se encontraba desafectivizada.

Protocolo n° 49

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 50

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Psiquiatría, clonazepam (0,25g)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Sufre un AP al salir de un largo reposo de operación de columna. El paciente padece una compulsión a las relaciones sexuales con prostitutas, actividad que debió suspender durante su reposo. Seis meses antes había fallecido su suegra, mujer muy importante en su vida “casi una madre”. En ese tiempo, comienza a sufrir una extorsión: una amante le pidió dinero a cambio de que ella no contara una relación con la que el paciente le fue infiel a su esposa.

Protocolo n° 50

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 28

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Derivado de la guardia, no aceptó la medicación.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Extranjero, estudiante avanzado de medicina. Durante la pandemia de COVID-19 le toca asistir a su madre, que contrajo esa enfermedad. La hospitalización de ella es una decisión que el padre le delega. Al volver, sufre en la facultad otro AP, en el momento que un docente le dice en una clase, ante una equivocación: “Mataste al paciente”. Relata conflictos con su compañero de cuarto, negándose a aceptar que esa amistad terminó.

Protocolo n° 51

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 42

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

() Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- () Insatisfacción sexual genital.
- () Padecimiento de una larga enfermedad.
- () Trabajo excesivo o agotador.
- (X) Proceso de duelo no elaborado.
- (X) Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- (X) En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- () Ninguna de las anteriores.
- () Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Paciente extranjera. Los AP aparecen al año de que muriera inesperadamente una mujer que para la paciente “era como mi madre”, en el sentido que le daba afecto. Tuvo un aborto hace dos años del primer AP, de su pareja que la obligó porque no quería tener hijos. Ella aceptó pasivamente dicha intervención, aunque actualmente sufre de culpa “por haberle hecho daño a mi bebé”. Padece las imposiciones de su pareja, que ella acata sin cuestionar.

Protocolo n° 52

Sexo del paciente: () masculino (X) femenino.

Edad del paciente: 53

¿Cómo llegó a la consulta?

- () Consulta espontánea
- (X) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Clonazepam (0,25 mg) y Escitalopram (10 mg)

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- () Insatisfacción sexual genital.
- () Padecimiento de una larga enfermedad.
- (X) Trabajo excesivo o agotador.
- (X) Proceso de duelo no elaborado.
- () Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- () En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- () Ninguna de las anteriores.
- () Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Sufre su primer AP en el 2020, yendo a comprar el pan el día de su cumpleaños. Un año antes había fallecido su pareja repentinamente. La paciente tomó la decisión de “seguir

adelante, poner una sonrisa en el trabajo, pues no se puede vivir del pasado”. Además, producto de la cuarentena por el COVID-19, la paciente asistía a su madre, a sus hijos, además de seguir trabajando de manera remota.

Protocolo n° 53

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 21

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): sertralina y clonazepam

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Se trata de un varón trans, escritor, con recurrentes AP que comenzaron hace años y no han cedido pese a la intervención psiquiátrica. En su historia se halla un duelo no resuelto: un tío, que fallece cuando él tiene 9 años. No asiste al velorio ni al entierro y al visitarlo al cementerio cinco años después, descubre que su lápida era “un pedazo de madera escrita con fibrón”. Relata que la familia no recuerda la fecha del fallecimiento hasta que lo ven a él con sus ataques, que se intensifican en la fecha de aniversario de la muerte. Los ataques comienzan a ceder cuando el analista le señala al paciente que su lugar es el de la lápida faltante del tío. Comienza un trabajo de duelo ayudado por la escritura.

Otros. Indicar cuáles: _____

Protocolo n° 54

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 62

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

La paciente tuvo un ataque de pánico a los 15 años; también a los 26 años después de casarse y recientemente otro. Se trata de una mujer a la que le cuesta ponerle límites a los demás y todo su tratamiento giró alrededor de esto. En su historia aparece el lugar de ser “el comodín” desde su historia infantil, la que se acomoda al otro.

Protocolo n° 55

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 18

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Se trata de una paciente cuyo primer AP fue a los 15 años, fenómeno que se daba con atracos de comida y autolesiones. Consulta a sus 18 años por otro episodio de pánico. Vive con sus padres, dentro de la casa de sus abuelos, donde también vive su primo y tíos. En la casa hay un mandato: “No irse de la casa” y “Se hace lo que mis abuelos quieren”, lo que genera un clima opresivo para ella. Sus ataques cesan por completo cuando, en el curso de su terapia, ella se va a vivir a lo de otra abuela y consigue su primer trabajo.

Protocolo n° 56

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 27

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

Ninguna de las anteriores.

Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Tuvo su 1° AP el mismo año que falleció su padre, a partir de consumir marihuana. Su madre, según la paciente, es una mujer que toda la vida ha sido cruel con ella. Ella tiene un hijo de 7 años. Su pareja actual, que no es el padre del niño, quiere tener un hijo con ella y ella no desea pasar por la experiencia de la maternidad. Ella vive ésa y otras demandas familiares como órdenes de las que le cuesta sustraerse. Los AP ceden cuando ella comienza a actuar en la medida de su responsabilidad y no guiada por la culpa.

Protocolo n° 57

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 22 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): Deriva el psiquiatra, quien la medica con clonazepam.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

Insatisfacción sexual genital.

Padecimiento de una larga enfermedad.

Trabajo excesivo o agotador.

Proceso de duelo no elaborado.

Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.

En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.

- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

La paciente sufre su primer AP mientras viajaba con su novio en avión, la primera vez que viajaban juntos. El padre animó a que la pareja viajara, pues ella venía trabajando mucho y estaba agotada. Ella no estaba convencida, pues no dejaba de pensar en las críticas que su madre y su abuela hacían acerca de “*esas chicas que llevan el novio a la casa a dormir o que duermen en la casa de él...yo me estaba yendo a dormir con un hombre y por primera vez no iba a dormir en mi casa*”. Se trata de una madre descrita como “especial, que no escucha”.

Protocolo n° 58

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 29 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Su primer AP ocurre durante la cuarentena por COVID-19, “la casa se me hacía chica”. Se trata de una mujer que trabajaba todos los días, incluyendo sábados y domingos, para unos jefes que la explotaban. En particular, hay uno que la acosaba sexualmente.

En su historia infantil hay un padre ausente, una madre abusiva. La nueva pareja de la madre era violento y ambos tenían relaciones sexuales a la vista de la paciente. También registra un abuso sexual de otra pareja de la madre cuando la paciente tenía 12 años.

Protocolo n° 59

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 31 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

(x) Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación): tuvo que ser derivada a psiquiatría, donde fue medicada por valcote, sertralina, alplax.

Del siguiente listado, indicar con una X cuál(es) de las siguientes situaciones ud. verifica en el caso que atendió:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Paciente extranjera, vive en un barrio popular. Empleada doméstica, su AP ocurre en su trabajo. Un tiempo antes de su ataque de pánico, ella padeció una larga enfermedad. Maltratos por parte de su jefa. A la vez, aparece un duelo no resuelto por un abuelo al que ella estimaba mucho. Estando dormida, su pareja abusa sexualmente de ella.

Durante su niñez y adolescencia, ella y su familia sufrieron diversos maltratos por parte de un padre alcohólico y violento, por lo que se vinieron a vivir a Argentina.

Protocolo n° 60

Sexo del paciente: masculino femenino.

Edad del paciente: 45 años

¿Cómo llegó a la consulta?

Consulta espontánea

Derivación externa. Indicar datos de derivación (especialidad médica, indicación de medicación):

Marcar del siguiente listado cuál(es) de las siguientes situaciones se verifica en el caso:

- Insatisfacción sexual genital.
- Padecimiento de una larga enfermedad.
- Trabajo excesivo o agotador.
- Proceso de duelo no elaborado.
- Pérdida de un ideal o pérdida o degradación (económica, social, salud) de personas idealizadas por el paciente.
- En lo vincular, presenta dificultades para poner límites a las demandas continuas de personas y/u organizaciones.
- Ninguna de las anteriores.
- Otros. Indicar cuáles: _____

En el caso de haber seleccionado alguna(s) de las situaciones de la pregunta anterior, describir brevemente cómo se manifiestan en el caso.

Se trata de una paciente cuyo AP ocurre en su trabajo. Durante la pandemia de COVID-19 intervienen quirúrgicamente al padre por un problema cardiovascular. Producto de eso, él se va a vivir junto a su pareja y sus hijos, lo que luego reconoce como molesto, al “romper la rutina con mi pareja”, en referencia a lo sexual. Ante todas estas situaciones, sorprende que ella dice “Siempre tuve que poder con todo”. Perdió a su madre cuando la paciente tenía 19 años y ella 48 por ACV. A sus 45, ella teme que le pase lo mismo.