

**La falta de sostén: una aproximación casuística al abordaje de
la fobia desde la mirada analítico-existencial de Alfred Längle**

Trabajo final para optar a la especialidad de
Psicoterapeuta en Análisis Existencial

Por

Gabriela Valenzuela González

Profesora responsable: Michéle Croquevielle

Instituto Chileno de Análisis Existencial – ICAE

Enero, 2024

ÍNDICE

Contenido

Resumen	3
Introducción	4
Breve recorrido histórico del Análisis Existencial	6
Análisis Existencial Contemporáneo	8
Las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia	9
Método de búsqueda de Posicionamiento Personal	15
Descripción del caso	16
Comprensión existencial de la angustia: Confrontación y aceptación de la madre	22
Resultados	25
Conclusiones	25
Bibliografía	27

Resumen: En este artículo se presenta un caso clínico de paciente de 27 años de edad, de sexo femenino, quien hace más de 6 meses experimenta miedo intenso e irracional hacia las polillas de luz. Esto ha afectado negativamente su vida, interfiriendo en su desempeño laboral, social y personal. Lo anterior, se explica por la preocupación excesiva hacia la posibilidad de encontrarse con el objeto fóbico y que se percaten de su miedo y su reacción. El tratamiento psicoterapéutico se abordó desde el enfoque Análisis Existencial, se utilizó Test de las Motivaciones Existenciales y se aplicó Método de Posicionamiento Personal (MPP) para confrontar la actitud de miedo ante el objeto fóbico. Se logra la remisión completa de los síntomas angustiosos.

Palabras claves: Fobia, angustia, polillas, Análisis Existencial, psicoterapia.

Abstract: This article presents a clinical case of a 27-year-old female patient, who for more than 6 months has been experiencing intense and irrational fear of light moths. This has negatively affected her life, interfering with her work, social and personal performance. The above is explained by excessive concern about the possibility of encountering the phobic object and realizing their fear and her reaction. The psychotherapeutic treatment was approached from the Existential Analysis approach, the Existential Motivations Test was used and the Personal Positioning Method (MPP) was applied to confront the attitude of fear towards the phobic object. Complete remission of distressing symptoms is achieved.

Keywords: Phobia, anxiety, moths, Existential Analysis, psychotherapy.

Introducción:

La raíz lingüística del concepto fobia deriva del griego antiguo φοβία (phóbos - phobia) alude directamente al miedo y el horror, en tanto que, como concepto, designa la respuesta de miedo de un sujeto ante un objeto. Quizás por ello es que, de acuerdo con el Manual diagnóstico estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta Edición (DSM-V, 2014) agrupa a las fobias específicas dentro del marco de los trastornos de ansiedad, debido a que el sujeto experimenta miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, provocando, con alta frecuencia, una reacción inmediata de miedo o ansiedad. El objeto fóbico se evita o se resiste activamente con miedo o ansiedad intensa, siendo una reacción desproporcionada en relación al peligro real. Para el efecto diagnóstico, el miedo, la ansiedad o la evitación duran 6 meses o más y deben generar un malestar clínicamente significativo. De acuerdo a este manual distingue algunos tipos de fobia en relación al estímulo fóbico:

- Animal (por ejemplo, insectos, o animales mamíferos)
- Entorno natural (ejemplo, alturas, agua).
- Sangre-inyección-herida
- Situacional (ej, avión, ascensor, espacios cerrados)
- Otra (ejemplo, sonidos ruidosos o personajes disfrazados)

Alfried Längle, fundador de la perspectiva clínica denominada Análisis Existencial¹ Contemporáneo, refiere que: “la fobia, que no es más que una fijación de la angustia de expectativa” (Längle, 2005, p.60), el sentimiento predominante se traduce en:

”no soporto esto²’ [...] Lo que está afectado aquí es el ánimo de la persona a que le falta el valor para no desplomarse en la situación angustiante. La causa que produce la angustia expectante no es pues la conmoción del sostén que ofrece de suyo siempre el mundo, sino “la pérdida del sostén en uno mismo” (Ibid.).

El planteamiento del autor radica sobre una comprensión de la disposición del sujeto ante el mundo, y los objetos de éste, en el sentido que, ante la presencia angustiante del objeto fóbico el sujeto no tendría el coraje o la fortaleza para *ser*. Frente a tal situación el paciente intenta superar los sentimientos de angustia mediante automatismos conductuales. Es

¹ en adelante AE

² Cursivas incluidas por el autor.

decir, no se quiere esa realidad que se experimenta ante la exposición del objeto fóbico puesto que amenaza su existencia.

Las situaciones fóbicas generalmente son evitadas por el individuo, o logran ser soportadas, pero se acompañan de un malestar intenso. Interfiere en la vida cotidiana del sujeto, debido a que dificulta el desarrollo regular de sus actividades laborales, sociales, académicas o personales. Uno de los criterios que permiten diferenciar las fobias de los miedos delirantes es que el sujeto identifique su miedo como irracional y desproporcionado (Bados en Obregón, 2021).

En Chile las fobias ocupan un lugar importante respecto a los índices de prevalencia en los diagnósticos de salud mental en la población³ que, según las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Ansiosos*, deben ser abordados fundamentalmente con psicoterapia, posiblemente complementada con farmacoterapia⁴ (MINSAL, 2020). Ahora bien, existen diversos enfoques terapéuticos que abordan esta patología, distinguiéndose en fundamentos epistemológicos y metodologías, desde modelos centrados en la conducta y el entrenamiento, hasta aquellos basados en la interpretación. Sin embargo, nuestra intención es dilucidar qué caracteriza al Análisis Existencial al momento de tratar con el sufrimiento específico de la fobia. En esto revisaremos qué estrategias metodológicas propone y cómo comprende la angustia. Para esto utilizaremos la metodología cualitativa de exposición de caso único con un formato eminentemente descriptivo/narrativo puesto que tiene por objeto presentar la “[...] visión e interpretación del trabajo terapéutico con sus participantes, incluyendo información verbal (contenido literal) del participante o participantes que es instructiva respecto a la intervención aplicada, el problema o el perfil del participante” (Vicente-Colomina, et al., 2020), que en este caso remite al trastorno de ansiedad. Esta metodología cualitativa destaca las características particulares de una práctica clínica particular sin tener la pretensión cuantitativa de exponer cuantificar resultados representativos (Edwards, et al., 2004)

³ Actualmente en Chile, la prevalencia de vida de los trastornos ansiosos en población mayor de 15 años llegó a un 16,2% para cualquier trastorno ansioso (8,7% en hombres y 23,1% en mujeres). Dentro de esto, los trastornos ansiosos más prevalentes durante los 12 meses previos fueron las fobias simples (8%), seguidas de las fobias sociales (6,4%) y las agorafobias (6,3%); el trastorno de estrés posttraumático llega a un 4,4%.

⁴ La Guía Clínica incluye una recomendación alta, con evidencia fundamentada, para el uso de Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina (ISRS) como complemento a la psicoterapia.

El objetivo de este artículo es exponer el tratamiento psicoterapéutico de un caso de Fobia Específica (DSM-V, 2014) a las polillas de luz. El curso del tratamiento, basado en la comprensión de la angustia desde la mirada analítico-existencial de Alfred Längle, fue considerado exitoso en relación con la remisión completa de los síntomas angustiosos ante el objeto fóbico. Este enfoque es un método psicoterapéutico que se caracteriza por ser una psicoterapia fenomenológica personal. Se distingue por su visión de los seres humanos como de naturaleza *dialógica*, lo que significa que la existencia humana es de relación, de un diálogo e intercambio continuo entre el mundo subjetivo interno y el mundo objetivo externo (Längle, 2007; Croquevielle & Traverso, 2011). La primera parte del tratamiento estuvo centrada en la aplicación del método de Posicionamiento Personal (MPP) desarrollado por Alfred Längle (Längle, 2009a; Croquevielle & Traverso, 2011). La segunda parte del tratamiento se enfocó en la comprensión del contenido angustioso y su relación con la delimitación y aceptación hacia la figura materna.

Para una adecuada comprensión del lector, el presente artículo iniciará con un breve recorrido histórico relativo al AE, luego se presentará una síntesis del fundamento teórico de esta corriente, para finalizar con la exposición del caso de Fobia Específica a las polillas dentro del marco diagnóstico de los Trastornos Ansiosos.

Breve recorrido histórico del Análisis Existencial:

Viktor Frankl funda y desarrolla la Logoterapia en 1926 e introduce el concepto de Análisis Existencial en 1933 para referirse a una antropología del ser humano. La Logoterapia de Frankl, surgió como una respuesta al predominio del psicologismo de aquella época (Frankl, 2018). Este autor, un psiquiatra y neurólogo Vienés, es reconocido como el fundador de la Logoterapia y quien introduce el concepto de Análisis Existencial, su trabajo se centró en desafiar la visión reduccionista del ser humano, enfatizando la importancia de la dimensión espiritual. En palabras de Frankl:

[...] la logoterapia [...] tiende a tornar consciente lo espiritual, pues bien, concebida específicamente como análisis de la existencia, se esfuerza, especialmente, por hacer que el hombre cobre conciencia de la responsabilidad, viendo en ella el fundamento esencial de la existencia humana (Frankl, 1978, p.46).

Este giro en un esfuerzo por re-humanizar la psicoterapia (Frankl, 2018; Maturana Silva, 2018).

La distinción entre el AE y la Logoterapia ha sido objeto de debate (Croquevielle & Traverso, 2011; Maturana Silva, 2018). Ambos conceptos tienen relación con el ámbito espiritual, pero la descripción del Análisis Existencial en la obra de Frankl no es del todo clara y las descripciones son heterogéneas. Se describe como un proceso que concientiza el motivo espiritual principal del ser humano, como una explicación ontológica de la existencia y también como aclaración de posibilidades de sentido. Como lo refiere Alexander Batthyány “El consuelo que traen la logoterapia y el análisis existencial al hombre que sufre consiste también en que se le asegura que su vida ha tenido siempre sentido y puede seguir teniéndolo todavía, también en medio del sufrimiento” (Batthyány en Frankl, 2018, p.9).

Por otro lado, la descripción de Logoterapia tampoco es homogénea en los escritos de Frankl. Maturana Silva menciona que “Frankl cae paradójicamente en un reduccionismo con su logoterapia, ya que sólo se centra en el sentido como la motivación y aflicción principal del ser humano” (2018, p.35) dejando por fuera otros aspectos centrales de la existencia. Sin embargo, se asocia con la libertad y responsabilidad del ser humano en relación con el sentido y los valores. La Logoterapia también se presenta como una enseñanza de sentido contra el vacío existencial. A pesar de esto, Frankl se resistió a que esta “enseñanza” se convirtiera en doctrinal (Frankl, 2018).

En la década de 1950, Frankl dejó de usar el concepto de Análisis Existencial. Después de varias discusiones con su colaborador, Alfred Längle, Frankl permitió que Längle utilizara este concepto con el objetivo de avanzar en la formación psicoterapéutica (Längle, 1995).

La *Sociedad Internacional de Logoterapia y Análisis Existencial* (GLE⁵) actualmente caracteriza la Logoterapia como un enfoque de consultoría y tratamiento que se orienta hacia el sentido. Según Längle (1995), la logoterapia se conceptualiza como tratamiento debido a que implementa una intervención con métodos específicos, un plan de trabajo y un encuadre que establece la finalización del proceso.

El Análisis Existencial es un método psicoterapéutico de carácter fenomenológico centrado en torno a la persona y su relación al mundo [...]. El efecto psicoterapéutico de

⁵ GLE sigla en alemán, Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. La GLE, es la Sociedad Internacional de Logoterapia y Análisis Existencial, es una asociación científica sin fines de lucro. Su objetivo es desarrollar y difundir la antropología analítico existencial y su aplicación en psicoterapia, educación, trabajo social, organizaciones y administración.

este método reside en el fomento y estímulo del diálogo, tanto del "diálogo externo con el mundo" como del "diálogo interno consigo mismo". El trabajo analítico-existencial parte ante todo de la vivencia (y no tanto del recuerdo o del pensamiento), para centrarse luego, después de la actualización emocional, en el proceso decisional (tomas de posición y actitudes) y, en su fase final, pone un énfasis especial en el actuar, como resultado de la decisión (Längle, 2004, p, 195).

En contraste con la Logoterapia, el AE actual se clasifica como una forma de psicoterapia y se estructura en torno a dos ejes: un eje estructural, *Motivaciones Fundamentales*; y otro procesal, *Análisis Existencial Personal* (Croquevielle, M & Traverso, G, 2011).

Análisis Existencial Contemporáneo:

El AE Contemporáneo desarrollado a partir de la Logoterapia de Frankl y las contribuciones de su discípulo y colaborador Längle, ofrece una visión más amplia del ser humano que considera que el sufrimiento humano no se puede reducir a la aflicción de la pérdida de sentido (Längle, 1998; 2000; 2005; 2007; 2009a; 2009b; Croquevielle, M & Traverso, G, 2011).

El objetivo de la psicoterapia analítica existencial y su diferenciación de otras corrientes psicológicas se centra en la humanización de la psicoterapia, un concepto de gran importancia a partir de Frankl. Este enfoque evita la reducción del ser humano únicamente al ámbito psíquico, ya que lo privaría de su esencia.

El AE actual mantiene la perspectiva antropológica de Frankl, que incluye la psiquis (impulso, ánimos, rasgos de personalidad, afectos, reacciones psicodinámicas), el cuerpo y el espíritu (libertad que conlleva decisión y voluntad; responsabilidad, sentido, intuición) (Frankl, 1978; 2018). A esta tridimensionalidad del ser humano, Längle agrega una cuarta dimensión que es la trascendencia o ser actuante. Estas cuatro dimensiones están vinculadas a las cuatro *Motivaciones Fundamentales de la Existencia*: *Poder Ser* (confianza en el mundo para poder ser), *Gustar* (conexión con la vida, sentir su valor), *Permitirse ser uno mismo* (autenticidad sentida y con ello la dimensión ética, responsabilidad y autoestima) y, por último, la dimensión del *Sentido* (orientado al futuro) (Croquevielle, 2009).

Según Längle, (2009a), el objetivo del AE es ayudar a las personas a vivir con consentimiento personal, esto quiere decir vivir con coherencia interna, aquello que siento

en mí como propio y poder expresarlo. Con ello nos referimos a poder ser auténticamente. La *autenticidad* es un concepto importante porque habla de lo propio de la persona, de una sintonía interna, que podemos entender como aprobación personal.

En cuanto a la actitud y relación terapéutica, Maturana (2018) describe que lo importante es comprender primeramente los motivos del actuar del consultante, es decir, lo que moviliza a la persona y no explicar su conducta. Esto sólo es posible mediante una actitud fenomenológica del terapeuta.

En cuanto a la psicopatología, el AE la entiende como:

La insuficiente confrontación de la persona con las condiciones de la existencia. Este déficit y sus consecuencias pudieron subordinarse a las correspondientes motivaciones fundamentales, de donde surgió una etiología de los trastornos psíquicos. De esta forma se puede distinguir un patrón de angustia, depresivo, histérico o dependiente. Desde este enfoque la patología ya no es entendida como un déficit o “perturbación de lo normal” que hay que eliminar lo antes posible, sino que se busca descubrir el sentido que tiene. Lo anterior debido a que se comprende el síntoma como la solución más sana que protege al paciente de un daño mayor (Croquevielle, 2009, p.31).

Las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia:

De acuerdo con el AE, existen cuatro motivaciones fundamentales para *poder-ser-en-mundo*. La existencia podría considerarse plena cuando la persona está en un intercambio dialógico con su mundo y actúa de manera tal que puede dar una aprobación interna a sí mismo (Längle, 2009a).

Cualquier disturbio en dichas motivaciones (o combinación de disturbios) provocará trastornos que pueden atribuirse a una falta o perturbación en la "piedra angular de la existencia". Estas cuatro motivaciones existenciales proporcionan, tanto un sistema nosológico para los trastornos psíquicos, como sugerencias para la intervención terapéutica (Längle, 2009a, pp 2-3).

La teoría de las cuatro Motivaciones Fundamentales propuesta por Längle (2000) sostiene que una vida plena comienza con un consentimiento personal, cuando uno vive dándole su propio consentimiento a su existir que se traduce en un cuádruple Sí:

- Sí al mundo fáctico
- Sí a la vida
- Sí a la persona
- Sí al contexto

La existencia plena se sustenta en el *intercambio dialógico* entre la persona y el mundo. Esta aprobación, no es sólo cognitiva, lo más importante es que sea sentida.

Las cuatro motivaciones fundamentales pueden entenderse así:

1ªMF - *Poder ser*: Yo soy, pero ¿puedo ser? ¿me siento protegido? ¿Tengo espacio suficiente y apoyo en mi vida?

2ªMF *Gustar vivir*: Estoy vivo, pero ¿me gusta vivir? ¿Soy tocado por la vida, vivencio cercanía? ¿A qué le dedico tiempo? ¿Tengo relaciones en las que me sienta ligado?

3ªMF *Permitirse ser*: Yo soy, pero ¿es legítimo ser así como soy? ¿recibo consideración? ¿me aprecio a mí mismo y aprecio a otros? ¿Me es permitido comportarme, así como soy? ¿He recibido un trato justo?

4ªMF-*Hallazgo de Sentido*: Estoy aquí, pero ¿para qué es bueno? ¿Dónde me puedo entregar y ser productivo? ¿Dónde soy necesitado? ¿Estoy orientado a un contexto mayor? ¿Me dirijo hacia algún valor para lo cual quiero vivir?

Estas motivaciones corresponden al eje estructural y permiten orientar el trabajo psicoterapéutico. En psicoterapia, es común encontrar pacientes que no viven esta aprobación plenamente, lo que indicaría una perturbación en alguna de estas motivaciones. En casos severos, como Trastornos de Personalidad, todas las motivaciones pueden estar afectadas.

A continuación, se muestra la imagen de una mesa que grafica de forma esquemática los cuatro pilares fundamentales para alcanzar una existencia plena.

Existencia Plena

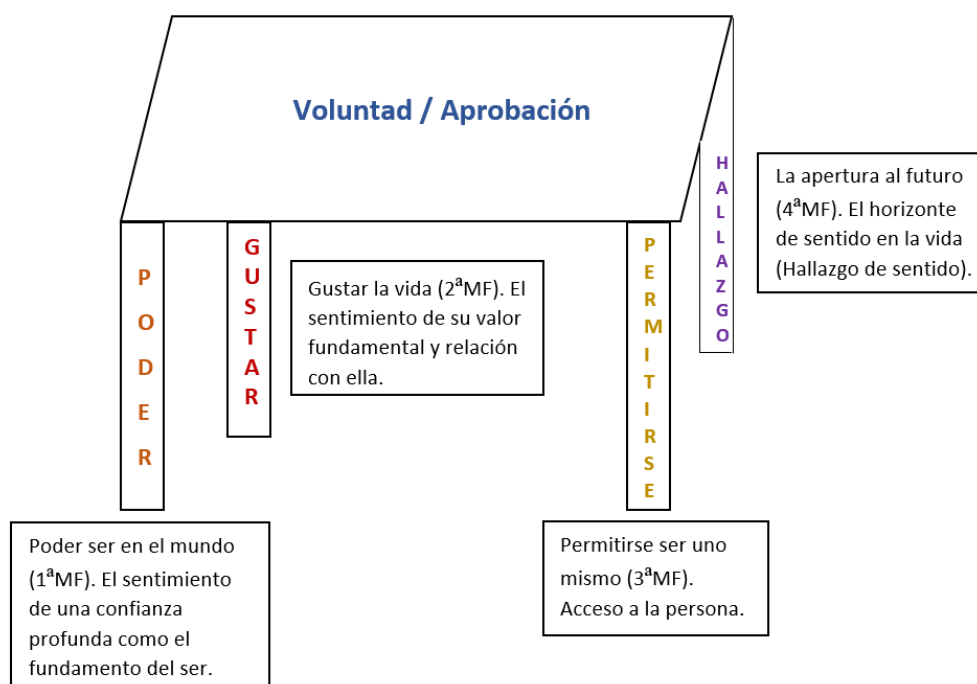


Figura 1: Visión esquemática de las Motivaciones y la existencia según A. Längle (2013).

En la praxis clínica, para evaluar de forma específica el trabajo psicoterapéutico se puede utilizar el *Test de las Motivaciones Existenciales (2000)* de Längle y Eckardt. Este test se construyó por Alfried Längle con la colaboración de Petra Eckardt. Fue estandarizado en Viena y contiene una escala de tipo Likert. Tiene una estructura de cuatro factores que son: *Confianza Fundamental*, *Valor Fundamental*, *Autoestima* y *Sentido de Vida*. El total de varianza es de 50,15% (Mercado, Robles, & Oudhof, 2019). La escala de *Confianza Fundamental* (1ªMF), investiga la capacidad y confianza del individuo para desenvolverse en el mundo y enfrentar las dificultades de la vida. La escala de *Valor Fundamental* (2ªMF) explora la percepción emocional del sujeto hacia valores sentidos de la vida y sus relaciones vinculares. La escala de Autoestima (3ªMF) indaga en la libertad que tiene la persona para actuar en coherencia a sí mismo, es decir, de sus principios personales, desplegando su autenticidad. Por último, la escala de *Sentido de Vida* (4ªMF) indaga la capacidad para abrirse a un futuro y así captar un sentido en la vida (Gottried, 2018).

Este artículo profundizará exclusivamente en la descripción de la *Primera Motivación Fundamental* (1ªMF). Esta decisión se basa en que la 1ªMF es una de las Motivaciones

mayormente afectada en el caso que se presenta. Lo anterior se sustenta en el análisis estructural de las Motivaciones Fundamentales de la existencia realizado y complementado con el test de las Motivaciones Fundamentales, situándose en la categoría *baja*, con un percentil de 25. Si bien, la *Tercera Motivación Fundamental* (3ªMF), también estuvo implicada, se situó en el rango *promedio bajo* con un percentil de 30. No obstante, esta última cumple una función esencial para el desarrollo de la problemática a presentar.

Primera Motivación Fundamental:

La primera Motivación surge del hecho concreto de “estar en el mundo”, esto quiere decir la percepción de “nuestra propia existencia” en el mundo y todo lo que ello implica. Como consecuencia el ser humano se pregunta si puede lidiar con su propia existencia y su comprensión. Aquello lo confronta con la pregunta “¿Puedo lidiar con el hecho de que soy/estoy aquí?” Al preguntarse esto, aparece el hecho de que no es posible comprender su propia existencia. La actitud más basal ante este hecho incomprensible es el asombro. Por lo que sólo le queda la actitud de asombro ante el hecho de estar en el mundo. (Längle, 1998).

Estar en el mundo implica ser confrontado con la pregunta fundamental de la existencia, “Yo soy, pero ¿puedo ser?”. Por un lado, ya se sabe que existe, pero ¿puede ser con las condiciones y posibilidades internas y externas en las que vive? Para poder ser-en-el mundo requiere de tres condiciones: *Protección, espacio y sostén*. Es mediante la percepción de estas condiciones que el individuo puede adquirir confianza en el mundo y en sí mismo. Si están carenciadas aparece miedo, inseguridad, inquietud y con ello angustia. (S. Längle y G. Traverso, 2013).

Ante la posible amenaza de perder estas condiciones se despliegan cuatro reacciones básicas, que podemos entender como reacciones de afrontamiento o *coping*. Son mecanismos de protección frente a la angustia que no son a nivel espiritual sino a nivel psicodinámico: huida, lucha, agresión (odio) y parálisis. La segunda reacción es típica de la neurosis obsesiva (no reacciona con la huida sino con la lucha, por ejemplo, contra las bacterias, lavándose muchas veces las manos, desinfectando compulsivamente) y es una reacción ante el sentimiento de no poder ser más. Si la segunda reacción no sirve, se desarrolla la tercera, una forma especial de agresión, el odio. La finalidad del odio es la aniquilación del enemigo (Längle, 2009a).

Längle (2000) refiere que, para elaborar estas reacciones psicodinámicas, se debe trabajar por medio de la percepción. Lo anterior se basa, de acuerdo al autor, en que cuando la existencia está en peligro o está siendo amenazada, aparecen reacciones evitativas como “no querer mirar”. Por lo que el trabajo a fortalecer con el paciente, sería “mirar”, percibir la realidad y los hechos reales, de esta forma se sale del plano de la reacción psicodinámica y se genera un movimiento, el individuo pasa de la pasividad a “poder” *soportar* la realidad.

Soportar y aceptar:

Cuando se sale de la psicodinámica y se logra percibir la realidad, el sujeto ya se encontraría en condiciones de mantener o sostener la realidad. En esta actividad personal de soportar el individuo soporta resistiendo el peso (Längle, 2000). En dicha actividad, se ve implicada la fortaleza para aceptar lo difícil, lo amenazante y que, además, no puede ser cambiado. Entonces, para llegar a la aceptación, es necesario que el sujeto perciba y sea consciente de su *poder* para soportar (Längle 1998).

“Para poder aceptar es necesario un volverse sobre uno mismo, un apoyarse en un uno mismo” (Längle, 2000, p. 5). Por último, aceptar es la actitud de que *se deja ser al otro*, se deja ser la situación y ya no son necesarias las reacciones de protección, debido a que se deja de luchar. Al mismo tiempo, tampoco es necesaria la actividad de soportar porque aceptar es un *sí al ser*. Las condiciones para poder aceptar son *protección, espacio y sostén* (Längle, 2000).

De modo general se ha expuesto que la 1ªMF pone al individuo frente a la pregunta fundamental si puede ser en el mundo, y para poder responder afirmativamente requiere de ciertas condiciones. Cuando dichas condiciones están en peligro o son amenazadas aparece la angustia y para hacer frente a la angustia, el psiquismo reacciona como forma de protección mediante reacciones de coping. Längle (2005), identifica dos tipos de angustias, *angustia fundamental* y *angustia de expectativa*.

Tipos de Angustia:

La angustia desde el punto de vista formal-genético, consiste en un trastorno de la relación entre el propio poder (valor, capacidades, medio a disposición, apreciación de competencias) y las inestabilidades (fragilidad, falta de confiabilidad, incertidumbre) (Längle, 2005).

La persona se percibe y vivencia desprotegida, indefensa y no a la altura de la situación (Längle, 2005, p. 57). La angustia siempre está relacionada con algo futuro, que aún no ha ocurrido, pero que está por venir. En cualquier tipo de angustia, se tiene la sensación de que hay posibilidades abiertas, las que se traducen en inseguridad y representan una amenaza. El individuo puede vivir la angustia a dos niveles: como *angustia fundamental* y *angustia expectativa* (Längle, 2005).

- La Angustia fundamental es la conmoción que surge en el *hacerse insegura de la existencia*, donde lo que ayer ofrecía sostén (salud, trabajo, pareja, imagen de sí mismo, seguridad en el tránsito, etc.) pierde firmeza y confiabilidad. Ésta es la experiencia del *nada es seguro*. Para el AE, la angustia fundamental es algo inherente al ser humano y se experimenta como un agujero en la realidad que asusta (Längle, 2005, p.59). "*El mundo no me sostiene*".
- La Angustia de expectativa consiste en la actitud *miedosa sobre el miedo*. Hay un déficit de sostén en uno mismo, por lo que se presiente que se va a claudicar cuando la angustia irrumpa por algún motivo determinado. "*Yo no me sostengo*". Lo que está afectado aquí es el ánimo de la persona, a quien le falta el valor para no desplomarse en la situación angustiante. Lo que está puesto en cuestión es la capacidad, disposición "corajuda" para una adecuada confrontación con el mundo. En lugar de esto, aparece una actitud de búsqueda de protección, que contrae y limita. Tal contracción y fijación es la fobia que, como hemos argumentado desde Längle (2005), *no es más que una fijación de la angustia de expectativa* (p.60).

En el tratamiento general de la angustia de expectativa, se busca confrontar la actitud de defensa frente la angustia, lo que ayudaría a la tranquilidad del ánimo. El principio básico es aprender a soportar la angustia mediante la observación de los precipitantes, los

sentimientos angustiosos y sus temidas consecuencias. Con esto, se logra confianza en uno mismo y surge el sentimiento de que uno es capaz de soportar la angustia (Längle, 2005).

En cuanto a métodos específicos de la terapia de la angustia, nos vamos a referir exclusivamente al *Método de búsqueda de Posicionamiento Personal* (MPP). Este método se utilizó en el trabajo psicoterapéutico realizado para el tratamiento de fobia a las polillas de luz, que se expone en el presente artículo. La decisión responde a que es uno de los métodos recomendados por Alfred Längle para trabajar la actitud de miedo típica de la angustia de expectativa. En un seminario dictado por Längle sobre “*La aplicación para el tratamiento de la angustia*” (Instituto Chileno de Análisis Existencial, 2013, 07 seg), una participante le pregunta si “la fobia a los ratones se puede tratar” (con este método), la asistente sufría de fobia a los ratones, Längle, realiza la aplicación del método con la participante para presentar la forma de aplicación del método y su efectividad para los casos de fobias.

Método de búsqueda de Posicionamiento Personal:

Längle (2005) refiere que este método terapéutico tiene por objetivo ayudar a los individuos a enfrentar situaciones que generan angustia y se centra en tres pasos fundamentales:

1. Posición hacia afuera: Observación detallada del desencadenante de la angustia, busca identificar dónde se percibe el peligro y confrontar las posibles consecuencias. Permite tomar contacto con lo que podría suceder realmente.
2. Posición hacia dentro: Evalúa la percepción del individuo sobre sus propias fuerzas. Lo confronta con la posibilidad de soportar la situación angustiante al menos una vez.
3. Posición hacia lo positivo: En este último paso, se debe preguntar acerca del valor fundamental para el sujeto, lo realmente importante. Permitiendo cambiar el foco de atención hacia lo valioso y significativo, en vez de estar volcado y atrapado en los miedos.

El autor previene sobre las desventajas de utilizar este método, pudiese ser que el paciente al sentirse liberado de sus síntomas angustiosos finalice antes de tiempo el tratamiento, no logrando realizar un trabajo profundo que permita comprender su raíz.

Descripción del caso:

Identificación de la paciente:

Antonella⁶ (nombre ficticio) es una joven de 27 años de edad se desempeña como Técnico en Enfermería TENS en un hospital. Reside con sus padres, mantiene una relación cercana pero conflictiva con la madre y la relación con el padre se caracteriza por ser distante. Se encuentra en una relación de pareja estable desde hace 1 año y medio.

Motivo de consulta:

Acude a consulta debido a un miedo excesivo hacia las polillas de luz, temiendo que esto pueda afectar en su quehacer clínico al momento de estar interviniendo con algún paciente. Anteriormente ya había asistido a psicoterapia y llega con diagnóstico de Fobia específica.

Expectativa:

La expectativa de la paciente hacia el proceso psicoterapéutico es: *“tener las herramientas para no afectarme en mi trabajo y manejar la fobia”*.

Problema actual:

La paciente presenta miedo, ansiedad intensa e irracional hacia las polillas. Las veces que ha aparecido alguna polilla cerca de ella queda paralizada y solo le es posible pedir ayuda porque piensa que éstas la pueden atacar. Ante el objeto fóbico, Antonella presenta síntomas como: sudoración, taquicardia, parestesia y parálisis o congelamiento. Refiere que en una ocasión escuchó el aleteo de una polilla mientras dormía y la única reacción

⁶ Con el fin de resguardar los aspectos éticos, la paciente firmó un consentimiento informado que autoriza el uso de información relevante sobre el tratamiento psicológico realizado para que éstos sean utilizados con fines académicos y publicados en revistas, libros y/o conferencias. La confidencialidad ha sido protegida con la modificación de datos personales y uso de nombre ficticio.

posible fue llamar alguien para que la auxiliara. Cada vez que Antonella se encuentra con alguna polilla se despliegan los síntomas descritos.

A raíz de lo anterior, y, además, del miedo desmedido e irracional hacia las polillas surge el miedo a que aparezca una polilla al momento de estar con un paciente en ambulancia de noche y no poder manejar sus síntomas. Esta idea ronda constantemente al momento de ir a su trabajo generándole una preocupación excesiva.

Antecedentes biográficos del problema:

Cuando tenía entre 7-8 años vio una polilla con ojos en sus alas, sintió que esta la miraba, y recuerda que causó tanto miedo que salió corriendo. Desde ahí comenzó su miedo intenso e irracional hacia estos insectos alados. Hace 3 años, recuerda tener un comportamiento evitativo, buscando excusas para no salir por el miedo a encontrarse con alguna polilla y que los demás se percataran de su miedo. Sólo en su casa se sentía segura. De forma espontánea comenzó a salir un poco más, porque debía desplazarse a su trabajo y no quería sentirse más limitada de lo que se sentía.

Refiere que es un miedo irracional porque es consciente de que su vida no está en peligro y que su reacción es desproporcionada. Aquello le avergüenza, pero no puede controlar su reacción. Le angustia no poder reaccionar de forma calmada o lograr defenderse por sí misma, sin tener que recurrir a los demás. No saber si la polilla la va a “atacar” la angustia. Es de acuerdo a lo relatado que el miedo más presente es la inseguridad que genera el objeto fóbico, es decir, lo que podría pasar, el miedo al miedo, la incertidumbre, no saber qué harán las polillas. Refiere “*¿y si se me tiraran encima?*”. Este miedo afecta su desempeño laboral, debido a que le preocupa trabajar de noche y que aparezca una polilla, por lo que está constantemente preocupada de que le aparezca una, afectando su concentración. A nivel social, le afecta emocionalmente que los demás, colegas o persona a quien no conoce se den cuenta de su miedo y su forma de reaccionar. A nivel personal, es un problema no poder manejar su comportamiento ante las polillas y los síntomas que se despliegan.

Evaluación:

Se realizó entrevista clínica para evaluar sintomatología ansiosa y se utilizaron los criterios del DSM-V para establecer diagnóstico. También, se utilizó *Test de las Motivaciones Existenciales (TME-2014)* de A. Längle & P. Eckhardt (2000). Traducido y adaptado por A. Gottfried, G. Traverso y A. Längle (2014) con el objetivo de tener mayor información sobre el estado y afectación de las Motivaciones Fundamentales.

Test de las Motivaciones Existenciales (TME-2014): De acuerdo a los resultados obtenidos, Antonella obtuvo los siguientes percentiles:

Escalas	Percentil	Referencias
Confianza Fundamental	25	Bajo
Valor Fundamental	60	Promedio
Autoestima	30	Promedio Bajo
Sentido de Vida	90	Muy alto
TME Total	50	Promedio

Interpretación:

Es posible confirmar que, de acuerdo a los puntajes arrojados por el Test aplicado, que las Motivaciones Fundamentales afectadas son principalmente la 1ªMF y la 3ªMF. En relación a la escala de *Confianza fundamental*, la paciente se sitúa en el rango *bajo*. La interpretación cualitativa indicaría que presenta un déficit en las vivencias de *protección, espacio y sostén*. Lo anterior apunta a que a nivel subjetivo la paciente se vivenciaría y percibiría sin recursos interiores. Esto se refleja en los sentimientos de vulnerabilidad que manifiesta ante las polillas de luz y la pérdida de control, refiriendo “*las polillas tienen el control*”, sensación de “*sentirse pequeña*” y no poder hacer nada ante la presencia de estos insectos alados. Se ve involucrada la falta de seguridad, lo que deriva en el miedo de que algo malo le puede suceder, en sus propias palabras, “*que se me tiren encima (...), que recorran mi cuerpo (...) y perder el control (...)*”.

Este rango también indica la presencia de reacciones automáticas, Antonella presenta reacciones de huida y parálisis, refiriendo que las veces que ha visto una polilla cerca de ella sólo puede gritar y pedir ayuda. También, ha podido salir corriendo del lugar, cuando

observa que estos insectos alados están más lejos de ella. Ambas reacciones se han fijado y son las dos formas de reacción que se activan para hacer frente a la angustia.

Trabajo psicoterapéutico:

La primera parte del tratamiento estuvo enfocada en la fobia específica con sesiones semanales de 60 minutos de duración. Se trabajaron en 15 sesiones, durante 4 a 5 meses aproximadamente. Para alcanzar los resultados esperados se utilizó el Método de Posicionamiento Personal. La segunda parte del tratamiento, se orientó en la comprensión de la angustia y su posible origen, manteniendo una duración de 3 años aproximadamente, con sesiones quincenales.

Objetivos terapéuticos:

La paciente al finalizar la primera parte del tratamiento, que corresponde a la confrontación de los sentimientos de miedo ante el objeto fóbico, podrá ser capaz de ver y estar cerca de una polilla sin experimentar miedo intenso e irracional. No experimentará preocupación y miedo intenso hacia el objeto fóbico. Posterior a la segunda parte del tratamiento Antonella podrá hacer frente a las dificultades y exigencias propias de la vida.

Procedimiento:

El tratamiento psicoterapéutico estuvo centrado en confrontar la actitud de miedo hacia las polillas, que corresponde a la *angustia de expectativa*. Por lo que el problema central es su actitud de miedo ante el objeto fóbico y los escenarios imaginarios, acerca de lo que podría pasar. Se utilizó el Método de Posicionamiento Personal (MPP) que se divide en tres pasos: *Posicionamiento hacia afuera*, *Posicionamiento hacia adentro* y *Actitud y Valores*. Por último, también se realizó un trabajo de comprensión de la angustia, interviniendo en aspectos que competen a la autoestima y recursos personales.

Aplicación Método de Posicionamiento Personal:

1er paso: Posicionamiento hacia afuera

En relación al miedo de ver una polilla, la paciente refirió que temía que se le “tiren” encima. Al confrontar esta posibilidad indicó que se pondría nerviosa, sentiría angustia y no sabría cómo reaccionar o responder a esa situación. En relación a su experiencia previa con polillas de luz, en su infancia le mostraron una polilla muerta cerca de la cara y se asustó, sin embargo, afirma que nunca ha tenido la experiencia de que alguna polilla se

le “tire” encima. El primer mes de tratamiento estuvo centrado en la descripción detallada de lo amenazante. Logró identificar que los “ojos” en las alas de las polillas desencadenaban una respuesta temerosa, debido a que temía que los “ojos” se acercaran a ella, junto con la incómoda y desagradable sensación, de escuchar el aleteo. Lo anterior lo vivenció como “*sentirse observada*”. Respecto a sí misma, se percibía como “*una niña pequeña*” sin recursos para protegerse ante el objeto fóbico. Es importante señalar que la paciente reconoció, que las polillas no ponen su vida en peligro y es consciente de que es un miedo desproporcionado. No obstante, pierde el control de sí misma.

2º paso: Posicionamiento hacia dentro ¿*Qué puedo soportar por una vez?* Permitirse sentir los síntomas:

Como parte del tratamiento, se asignó a Antonella la tarea de observar imágenes de polillas e intentar mantener la vista en la imagen, con el objetivo de fortalecer su capacidad para soportar lo desagradable. En una primera instancia, pudo soportar un máximo de 3-4 segundos antes de sentir una intensa angustia y desagrado. También tuvo la oportunidad de encontrarse con una polilla, intentó acercarse y soportar sus síntomas, pero obtuvo un resultado fallido. No pudo acercarse, debido a los temores que desencadenó el estímulo. En sus palabras, “*podrían sentirse invadidas y defenderse*”. Por otro lado, le preocupaba no tener la seguridad acerca de cómo podría “*reaccionar*”, preocupándole la posibilidad de que la polilla la “*ataque*”. Expresa, “*si hubiera una barrera entre la polilla y yo me sentiría segura*”. En relación a la percepción de sus capacidades internas, no sentía el coraje para enfrentar al objeto fóbico, indica que nunca ha podido “*defenderse*” de una polilla.

En relación a lo expuesto por Antonella, la vivencia subjetiva de la paciente destacaba por ser de vulnerabilidad e indefensión. En cuanto a sus síntomas, presentaba nerviosismo, sudoración, aceleración del ritmo cardiaco, preocupación excesiva, miedo y ansiedad intensa. Como reacción de coping, destacan la *huida* y el *reflejo posición de muerto o parálisis*.

El objetivo estuvo centrado en fortalecer su capacidad para soportar la angustia, pudiendo describir detalladamente lo que la angustiaba de las polillas, logrando observar imágenes y aguantar la reacción de miedo.

Durante este paso, la paciente expresó su inseguridad al momento de estar en procedimientos de atención primaria en urgencia. También, identificó juicios negativos hacia sí misma y su dificultad para lidiar con los conflictos. Por otro lado, dio cuenta que las veces que se equivocaba en su trabajo, se comportaba de forma cruel y poca compasiva consigo misma. Refiriendo ser “*muy exigente y dura consigo misma*”. Lo anterior implicó, que cuando se comenzó a trabajar sobre sus recursos personales, pudo volcar la mirada hacia dentro, es decir, hacia sí misma. Logrando tener acceso a sus dificultades y a reconocer su forma habitual de tratar consigo misma.

Se trabajó durante 3 meses aproximadamente en la dificultad descrita, fortaleciendo elementos propios de la 3ªMF que guardan relación con la capacidad de desarrollar un buen *diálogo interno* y un trato compasivo hacia sí misma. Las veces que apareció la crítica severa ante una equivocación en su trabajo, Antonella, intentaba cuestionar y confrontar a este *locutor interno cruel*. Aceptando, por un lado, la equivocación, pero evitando los juicios generalizadores y castigadores. Comenzó a implementar algunas estrategias como estar en silencio consigo misma y evaluar de acuerdo a su percepción la gravedad del error, tomando distancia de la situación. Fue adquiriendo mayor seguridad en su trabajo, incluso pudo liderar un equipo de trabajo. Lo anterior se reflejó en un aumento en su confianza para expresarse, tanto en el ámbito laboral como familiar.

En relación a su capacidad para soportar, la paciente ya en esta parte del tratamiento lograba soportar por un tiempo prolongado los síntomas angustiosos ante el objeto fóbico. Pudo ser consciente de que las polillas no podían atacarla, por lo que no eran realmente una amenaza, más bien, mantenía una actitud de rechazo y no querer experimentar los sentimientos desagradables en ella y que éstos le dificultaran hacer “bien” su trabajo en la ambulancia. Entonces, se despeja que el problema no era el objeto en sí, sino, la actitud de miedo ante las posibilidades que imaginaba. Con ello entonces, se logró pasar de la evitación de sentir el síntoma hacia la aceptación de éstos, mediante la actitud de permitirse sentir los síntomas. En este punto, la paciente pudo observar en ella la fortaleza y el coraje para soportar lo desagradable de experimentar los síntomas ansiosos de forma voluntaria, es decir, decidida. Es mediante la percepción de sus capacidades que Antonella comenzó a pasar de la pasividad de sentirse víctima ante la situación fóbica a la actividad de *poder*, con ello dejar de sentirse vulnerable y desprotegida ante el objeto fóbico.

Finalizado el paso 2do correspondiente a *posición hacia adentro* se da inicio a la última parte del método.

3er paso: *Posición hacia lo positivo*. Lo realmente importante de la situación. Actitud y valores. *¿De qué trata para usted en esta situación?:*

En esta parte final, se buscó que la paciente pudiera conectar con la percepción emocional de los valores en relación a su trabajo. Se puso en cuestión lo realmente importante en un procedimiento. Su foco estaba puesto en el miedo a encontrarse con una polilla al momento de estar en un procedimiento médico y no en la relevancia que tenía para ella, ayudar al paciente. Antonella identificó y contactó con el valor emocional que representaba su trabajo, lo describió con como un *“rol social”*. Por otro lado, refirió que ayudar a otros le daba sentido a su vida, siendo uno de los motivos por los cuales escogió esa profesión. Reconoció que la caracterizaba la cercanía con los pacientes, aspecto que le gustaba de sí misma como TENS.

El objeto fóbico, ya en esta parte del tratamiento dejó de ser el tema central en las sesiones y se da inicio a la segunda parte del tratamiento. Se realiza intervención con mayor profundidad dado que se explora el posible origen de la angustia y la relación con la figura materna.

Comprensión existencial de la angustia: Confrontación y aceptación de la madre

La segunda parte del tratamiento ya no estuvo centrada en la fobia a las polillas; ya que la paciente logró manejar por completo su actitud de miedo, incluso llegando a defenderse de ellas. En esta etapa del tratamiento se analiza la relación con la figura materna y contenidos similares a lo expresado con la fobia a las polillas. Es importante volver a mencionar, que el trabajo psicoterapéutico desde el Análisis Existencial no termina con la eliminación del síntoma, debido a que es importante comprender el sentido del síntoma, accediendo al contenido más profundo y originario. Se describirán algunos aspectos que permitirán descubrir el sentido de la fobia, con ello responder afirmativamente a la pregunta fundamental de la existencia acerca de *“poder ser el mundo”* y *“permitirse ser uno mismo”*.

Antonella, describía la relación con la madre como cercana, pero conflictiva. La paciente constantemente se anticipaba a las preocupaciones de la madre para evitar que ésta se molestara o se generaran conflictos en la familia. Pero una vez que surgen en ella

cuestionamientos hacia esta actitud, percibe que no era posible evitar las reacciones de la madre. Lo anterior, desencadenó un incremento en las discusiones entre Antonella y su madre. La paciente identificó que cada vez que la madre realizaba alguna “provocación” ella respondía de forma hostil y la confrontaba. No obstante, percibe que dichas situaciones conflictivas la dejaban afectada y de mal humor. Frente a esto, se trabajó en torno a la delimitación con la figura materna. Aludía a la madre como una persona que tendía con facilidad a lo reactivo e impulsivo, las salidas familiares culminaban en conflicto y discusión. Un tópico que fue importante para Antonella y que percibía como un problema no menor, era la reacción de la madre cuando le debía comunicar que se quedaría fuera de casa, ya sea para alojar en la casa de su pareja o salir de vacaciones a algún lugar. La paciente refería que a la madre le preocupaba que le pudiera pasar algo catastrófico como, por ejemplo, sufrir un accidente. La preocupación de la madre que posteriormente era expresada en forma de molestia hacia Antonella, emocionalmente le generaba rabia y frustración porque sentía que no era percibida por su madre como una mujer adulta. Suscitó en la paciente la necesidad de contar con espacio y libertad.

Dicha tensión hizo surgir en la paciente incomodidad y cuestionamientos hacia algunas acciones que ella misma realizaba para que la madre estuviera “*tranquila*” generando en Antonella la falta de disfrute en sus viajes o salidas. En vez de disfrutar sentía preocupación por la posible reacción de la madre al llegar a su casa y también, estaba pendiente de escribirle varias veces en el día para evitar la posible reacción. Por primera vez aparece la pregunta “*¿Esto me corresponde?*”, independiente de las acciones previas que realizara no cambiaba el resultado final, que era la molestia de la madre y con ello una discusión. Por lo que Antonella, comenzó a tomar otra actitud. Se preguntó si le correspondía responsabilizarse de la preocupación de la madre y parecía ser, que no era posible cambiar la reacción de su madre. Si no podía cambiar la realidad, pues, lo más llevadero para ella era dejar de intentar cambiar la situación y preguntarse si quería realmente responder a la molestia de la madre. Antonella logró percibir que su madre no iba a dejar de reaccionar, aunque hiciera lo necesario para evitarlo o disminuirlo. Si bien, no le gustaba esa realidad que apareció frente a sus ojos, si podía soportar el hecho de su madre mostrara preocupación por ella cada vez que alojara afuera y que el efecto seguido, sería “*una mala cara*”. Este hecho que acababa de percibir la invitó a preguntarse si quería responder a la molestia de la madre, dado que generalmente era un motivo frecuente de conflictos. Antonella comenzó a decidir cuándo reaccionar y cuándo no,

emergiendo paulatinamente su capacidad para percibirse a sí misma y para autoevaluarse; desplegando su *Ser-Si-Misma*.

En relación al trabajo con la delimitación de la figura materna, estuvo centrada en percibir concretamente a la madre. Lo que la condujo a que lo percibido chocara con sus expectativas y deseos. También fue capaz de comprender a la madre al ser consciente de su contexto y sus circunstancias. Ayudándole a tener otra perspectiva y una mirada más amplia sobre ésta.

Acerca de los temores en relación a la madre, manifestaba constantemente el “no saber cómo va a reaccionar”, dicha inseguridad había sido manifestada por la paciente en el trabajo de la fobia a las polillas de luz expresando, “*si supiera cómo van a reaccionar*”. La preocupación de la madre dejaba sin espacio a Antonella, provocando tensión, inseguridad y malestar. Ante tal situación hacía lo posible para evitar lo temido, en este caso, la reacción de molestia de su madre y cuando se daba cuenta que la situación nuevamente sucedía, se frustraba y le respondía también forma hostil.

La paciente junto con su pareja tomó la decisión de vivir solos en un corto a mediano plazo, pero la posible reacción de la madre le preocupaba considerablemente. Para la madre, como ya se mencionó, era un problema que Antonella se quedara fuera de la casa, entonces, a la paciente le preocupaba la posible reacción cuando le tuviese que comunicar sobre su decisión; irse de forma definitiva de la casa de sus padres. No obstante, estaba segura de su decisión, al mismo tiempo era capaz de entender que estaba bien que los hijos emigraran del hogar como parte natural de la vida. Antonella se dio un tiempo para prepararse y decidir cómo comunicar esta decisión a su madre. Luego de algunos meses, decidió que era el momento; había dialogado consigo misma, confrontó sus temores y se sentía segura. Pero como la vida tiende a ser impredecible y sorpresiva, el resultado de la conversación fue totalmente opuesto a lo que ella se esperaba. Antonella iba preparada para la típica reacción de la madre ya descrita, sin embargo, para su sorpresa la madre le expresó su felicidad y apoyo. Antonella la abrazó y le agradeció.

La paciente pudo comprender a su madre y aceptarla tal cual es, ya sin el deseo de querer controlar sus reacciones o pelearse con la realidad. Como se ha descrito la aceptación es fundamental para poder ser y cuando se rechaza o se lucha contra la realidad aparecen reacciones como forma de protección. Para poder llegar a la actividad de aceptar, la

percepción fue clave para soportar, es decir, reconocer que tenía la fuerza suficiente para lidiar con las reacciones de su madre y aceptar que no podía cambiar la realidad.

Resultados:

La paciente es capaz de estar frente a una polilla de luz sin reaccionar de forma desproporcionada. Logra protegerse del objeto fóbico sin la necesidad de pedir ayuda. Lo anterior se expresa en una situación en la estaba trabajando y ante ella aparece una polilla, y si bien, sintió miedo su actitud fue distinta. Mencionó que, en ese momento, pudo espantarla, en este encuentro con el objeto fóbico sintió aceleración del ritmo cardiaco, pero no quedó paralizada. Relata que le dice a su compañera de trabajo, *“esto hace un tiempo atrás hubiese sido impensable para mí”*. De lo anterior se puede extraer que no está a merced del miedo y con ello dejan de tener lugar las reacciones psicodinámicas. El psiquismo deja de actuar de forma automática y la paciente puede actuar decididamente. Antonella lograr enfrentar las dificultades y desafíos de la vida de forma coherente con sus valores y principios pudiendo expresarse y desenvolverse en el mundo con una actitud genuina. Por último, cuenta con protección, espacio y sostén que le permiten responsabilizarse de su existencia en el mundo y actuar orientada a su ser-persona.

Conclusiones:

Los resultados expuestos indican que el trabajo psicoterapéutico desde el enfoque Analítico Existencial y la aplicación del Método de Posicionamiento Personal, logra ser efectivo en pacientes con fobia específica. Es posible indicar que durante la aplicación del método y a medida que iban surgiendo temas biográficos, estos fueron abordados con el objetivo de dar un espacio a dicha vivencia. La parte del método más extensa en este proceso de intervención fue el 2do paso que corresponde a “Posicionamiento hacia adentro” debido a que emergieron temas relacionados con su autoestima, valoración y trato hacia sí misma. Sin embargo, luego de profundizar y ejercitar el *“diálogo interno”* fue posible ejecutar sin dificultad el paso 3 trabajando en torno a sus valores y un volcar la mirada hacia lo realmente importante de la situación. En este sentido, la angustia fue un pequeño farol en la inmensa oscuridad; atraídas las polillas por la luz del farol fueron abriendo camino para que Antonella pudiera delimitarse de su madre, aceptarla y enfrentarse al mundo con mayor confianza y seguridad.

Antes de finalizar, es importante recordar la mirada que tiene AE sobre de los síntomas, son entendidos como una forma de protección, lo relevante no es el síntoma sino lo que protege. En el caso de Antonella, y de acuerdo con el análisis estructural de las Motivaciones Fundamentales, se encontraban perturbadas la 1ªMF y la 3ªMF. En relación con la 1ªMF, que era la más afectada de acuerdo a la observación clínica y al test de las Motivaciones Existenciales, se pudo fortalecer su capacidad de percibir y aceptar su realidad, en vez de luchar o resistirse. Durante el tratamiento de forma espontánea emerge la 3ªMF y el “*ser persona*”, logrando tomar distancia de sus reacciones, decidiendo cómo responder y llevando a la acción decisiones trascendentales para su vida.

En Análisis Existencial a diferencia de otras corrientes es bastante nuevo, como enfoque psicoterapéutico invita a que el paciente pueda hacerse cargo de su propia vida respondiendo a las preguntas existenciales a las que está constantemente interpelado y confrontado por el mundo. Se espera que este artículo permita conocer el método de posicionamiento personal (MPP) aplicado a un caso de fobia a las polillas de luz y sea una invitación que despierte el interés por este enfoque y su aplicación. El cual se caracteriza por tener una mirada integral del ser humano.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association, APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition revised (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Gottfried, A. (Ed). (2018). *Manual del Test de las Motivaciones Existenciales: Evaluación cuantitativa e interpretación cualitativa del Test de las Motivaciones Existenciales (TME - versión 2014) de Alfried Längle y Petra Eckhardt*. Autoedición.
3. Croquevielle, M y Traverso, G. (2011). El análisis existencial de Alfried Längle: La conducta en una vida con aprobación y consentimiento. En E. Martínez (ed.). *Las psicoterapias existenciales* (pp 119-136). Bogotá: Manual Moderno.
4. Croquevielle, M. (2009). Análisis Existencial: sus bases epistemológicas y filosóficas. *Castalia*, 11(15), 23-34.
5. Edwards, D. J., Dattilio, F. M. y Bromley, D. B. (2004). Developing evidence-based practice: The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 589-597. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.6.589>
6. Frankl, V. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
7. Frankl, V. (2018). *Logoterapia y análisis existencial. Textos de seis décadas*. Barcelona, Herder Editorial.
8. Längle, A. (1995). Logotherapie und Existenzanalyse - eine Standortbestimmung. In: *Existenzanalyse* 12, 1, (1995) 5-15.
9. Längle, A. (1998). *Las cuatro condiciones fundamentales para una existencia plena*. Viena, Austria.
10. Längle, Alfried. (2004). Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(3), 195-206.
11. Längle, A. (2000). *Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia*. Buenos Aires, Argentina.
12. Längle, A. (2005). La búsqueda de sostén. Análisis Existencial de la Angustia. *Terapia psicológica*, 23(2), 57-64.
13. Längle, A. (2007). Análisis existencial: la búsqueda de sentido y una afirmación de la vida [en línea]. *Revista de Psicología*, 3(5). Disponible en:

- <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/analisis-existencial-langle-alfried.pdf> [Fecha de consulta: 13 diciembre de 2023]
14. Längle, A. (2009a). Las motivaciones personales fundamentales. Piedras angulares de la existencia. *Revista de Psicología*, 5(10), 7-24.
 15. Längle, A. (2009b). Trauma y sentido: Contra la pérdida de la dignidad humana. *Revista Castalia*, N°16, 2009, pp.13-25.
 16. Längle, A. (2013). *Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen*. Facultas Verlags.
 17. Längle, A. [Instituto Chileno de Análisis Existencial] (2013). *Aplicación práctica del Método de Posicionamiento Personal (MPP) en un caso de fobia a los ratones* [video]. Youtube. <https://youtu.be/C3io2InBrhU?si=C-9ooJd35M8PwuBA>
 18. Längle, S. y Traverso, G. (2013) *Vivir la propia vida*. Santiago de Chile: Mandrágora.
 19. Maturana Silva, J. (2018). Introducción a la terapia analítica existencial. / Introduction to existential analytic therapy. *Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología y Sociedad*, 7(14), 33-53.
 20. Ministerio de Salud, MINSAL. (2020). Resumen ejecutivo guía práctica trastorno ansioso. Santiago, Chile.
 21. Mercado, A., Robles, É., & Oudhof. (2019). Propiedades psicométricas del Test de Motivaciones Existenciales en adultos jóvenes. *Revista Redalyc*, 22(1), 81-89. [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(1\).4090](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(1).4090)
 22. Ramírez-Pérez, M., Cárdenas-Jiménez, M., & Rodríguez-Jiménez, S. (2015). El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería universitaria*, 12(3), 144-151.
 23. Obregón López, G. M. (2021). Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores. *Avances En Psicología*, 29(2), 253–266. DOI: <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n2.2412>
 24. Vicente-Colomina, A., Santamaría, P., & González-Ordi, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHOCARE Guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76. DOI: <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a6>