

Neurosis de Angustia (Aspecto Teórico)

Dr. Tufik Meluk Aluma

Por todos es conocida la angustia ante peligros externos, tales como las guerras, los cataclismos, la muerte etc., y poco en verdad es lo que podemos decir ante este hecho natural y profundamente humano. En todos los tiempos de que se tiene noticia, el hombre se ha angustiado ante circunstancias que sobrepasan su capacidad humana y es evidente que estos hechos pueden depender tanto de la ignorancia como del conocimiento. El primitivo puede sentir angustia ante un eclipse total por su ignorancia, como el científico podrá experimentarla ante fenómenos que pasan desapercibidos para el común de las gentes, como es el ver que imprudentemente el ignorante se exponga a una intensa radioactividad.

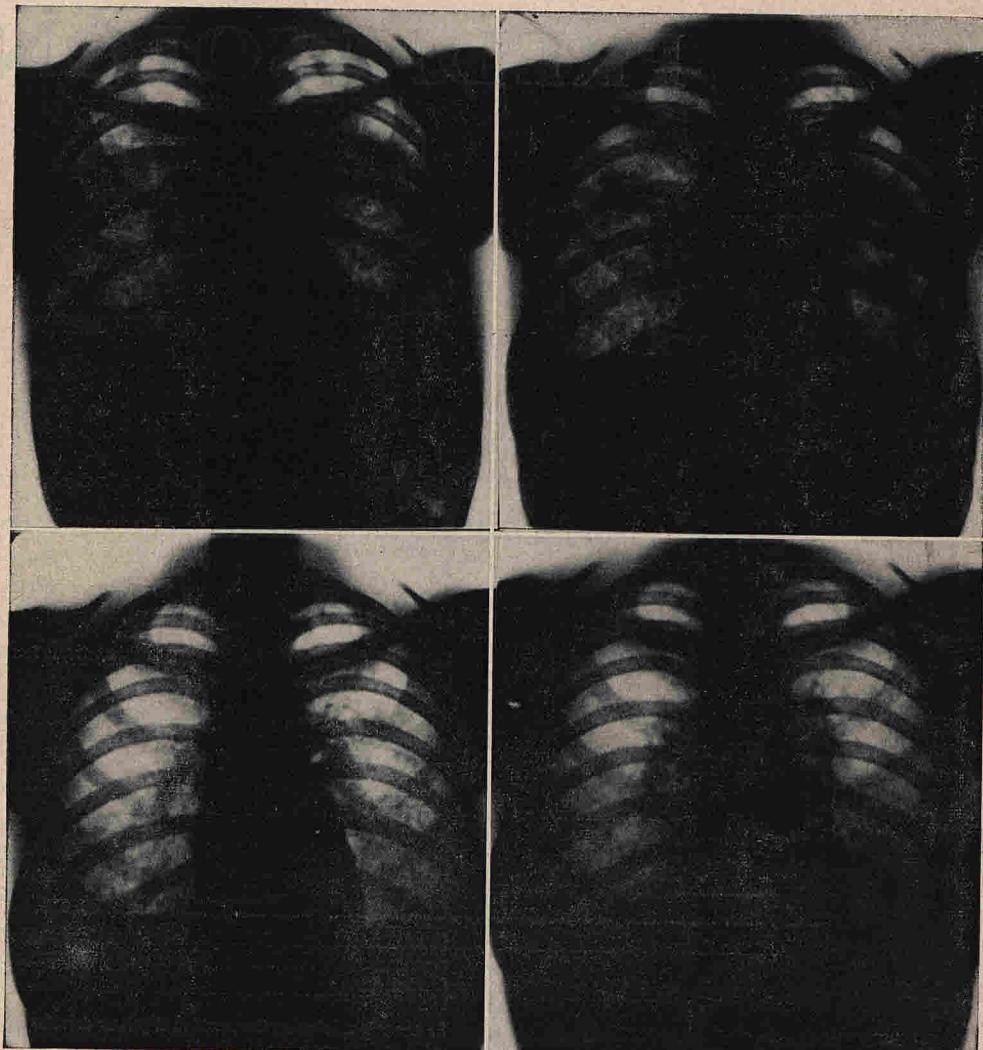
Al ser que se angustia ante peligros reales se le ofrecen varias posibilidades; podrá apelar a la fuga, preparará medidas defensivas o iniciará la lucha contra tales peligros; pero al lado de estas posibilidades, debemos tener en cuenta los estados de perplejidad e inhibición motora que pueden imposibilitarlo y hacerlo sucumbir ante situaciones adversas. En todas estas circunstancias la angustia podrá ser mayor o menor, de acuerdo con la valoración individual del peligro.

Al hablar de la angustia hemos creído prudente recordar los conceptos de Freud y el intento de establecer el cuadro clínico de la "neurosis de angustia". 1892 - 1899 (1).

Originalmente dicho autor hizo la diferencia entre "neurosis actuales y y "psiconeurosis; a las primeras las consideró dependientes de factores orgánicos íntimamente ligados al metabolismo de los productos sexuales y a las irregularidades crónicas

ACCION TERAPEUTICA DE

REACIDA



Radiografías de la paciente (K. Olga) que presentó una extensa diseminación hematógena con incipiente reblanecimiento en el lado superior izquierdo. FIG. 1 (18. 2. 1955): antes del tratamiento medicamentoso. FIG. 2 (10. 5. 1955): después de 2 meses de tratamiento con estreptomicina y PAS. Regresión radiológica insignificante. FIG. 3 (11. 7. 1955): después de 2 meses de tratamiento con Reacida y PAS, regresión importante de los focos de diseminación hematógena. FIG. 4 (6. 9. 1955): después de 4 meses de tratamiento con Reacida + PAS: sólo se perciben residuos mínimos de la diseminación hematógena. En el polo superior izquierdo persiste una pequeña caverna.

Reproducido del artículo "Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar con la Hidracida del Acido Cianácetico (C.A.H.) (REACIDA)" del Dr. M. Hofstetter (Schweizerische Zeitshrift für Tuberkulose Vol. 13, Nº 5 1956.

Laboratorios Om Ginebra - Suiza

PREDNISONA

METICORTEN*

y

PREDNISOLONA

METICORTELONE*

*descubiertos y presentados
a la profesión médica por SCHERING
CORPORATION*

Noviembre 4, 1954—

Informe sobre el primer ensayo clínico con Prednisona y Prednisolona¹

Enero 21, 1955—

Publicación del primer editorial científico comentando sobre Prednisona y Prednisolona²

Enero 22, 1955—

Se publica en una revista médica el primer informe clínico sobre Prednisona y Prednisolona³

Febrero 4, 1955—

Se publica en una revista científica el primer informe farmacológico sobre Prednisona y Prednisolona⁴

Febrero 23, 1955—

Schering Corporation pone Prednisona a la disposición de los médicos en todo el mundo

Mayo 27, 1955—

Schering Corporation pone Prednisolona a la disposición de los médicos en todo el mundo

Mayo 31
y Junio 1, 1955—

Se celebra en Nueva York la Primera Conferencia Internacional sobre los Efectos Clínicos y Metabólicos de METICORTEN (Prednisona) y METICORTELONE (Prednisolona)⁵

Junio 24, 1955—

Se celebra en Bogotá, Colombia, la Primera Conferencia Latinoamericana sobre METICORTEN (Prednisona) y METICORTELONE (Prednisolona)⁶

Septiembre 8, 1955—

Se concede a Schering Corporation el primer derecho de patente sobre Prednisona y Prednisolona⁷

Bloomfield, N. J., U.S.A.

CUYOS PRODUCTOS LOS DISTRIBUYE
EN COLOMBIA
UNDRA LTDA.

El descubrimiento de los nuevos córticosteroides, Prednisona y Prednisolona fué el resultado del extenso programa de investigaciones químicas y clínicas que mantienen los laboratorios de Schering Corporation, y los primeros 187 informes clínicos publicados en todo el mundo fueron posibles gracias a las donaciones hechas por Schering Corporation de sus preparados METICORTEN Y METICORTELONE.

1. Primera Sesión Científica Interina de la Asociación Americana para el Estudio del Reumatismo, Bethesda, Maryland, E.U.A.; H. Waite, BULLETIN ON RHEUMATIC DISEASES, 8:81, 1955.

2. J. L. Hollander, PHILADELPHIA MEDICINE, 30:671, 673, 1955.

3. J. J. Bunim, M. M. Pechet y A. J. Bollet, JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 157:311-318, 1955.

4. H. L. Herzog, A. Nobile, S. Tolksdorf, W. Charney, E. B. Hershberg, P. L. Perlman y M. M. Pechet, SCIENCE, 121:176, 1955.

5. Patrocinado por la División de Investigaciones Clínicas de Schering Corp., E.U.A.

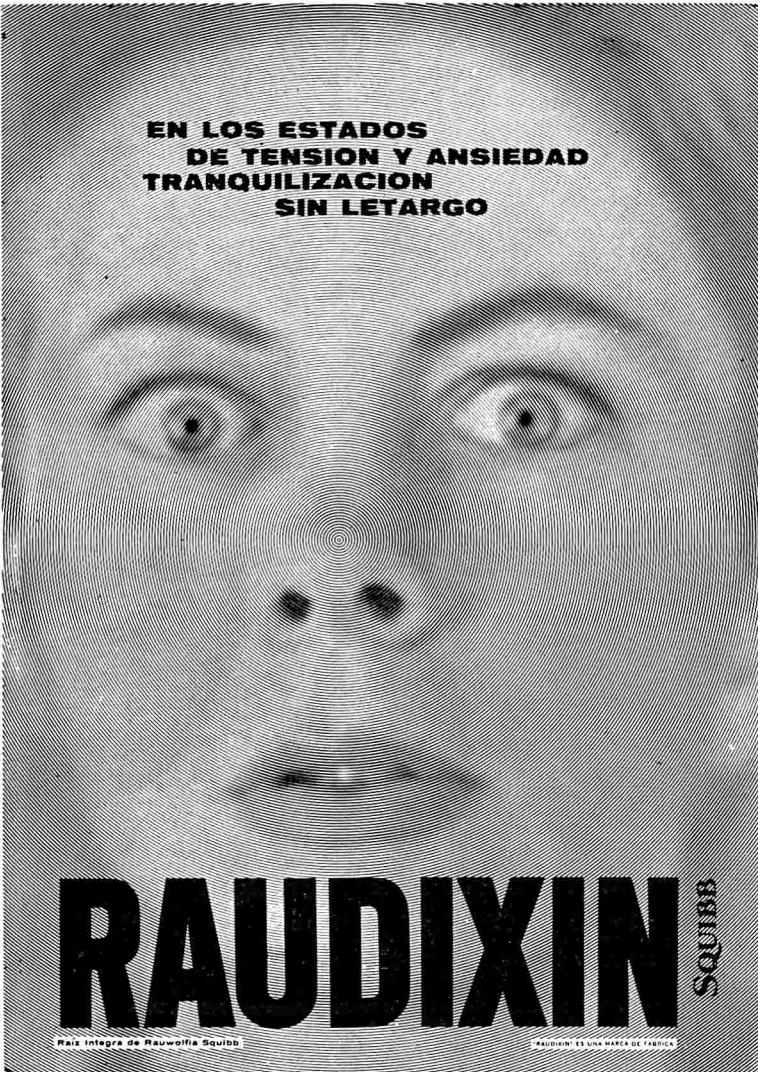
6. Patrocinado por la División de Investigaciones Clínicas de Schering Corp., E.U.A.

7. Patente No. 2,817,617, de fecha 8 de septiembre de 1955, concedida en la República Dominicana y que fué la primera de otras muchas que se han concedido a Schering Corp. en todo el mundo.

*METICORTEN Y METICORTELONE son marcas registradas de Schering Corporation U. S. A.



**EN LOS ESTADOS
DE TENSION Y ANSIEDAD
TRANQUILIZACION
SIN LETARGO**



RAUDIXIN

SQUIBB

Raiz Integra de Rauwolfia Squibb

RAUDIXIN ES UNA MARCA DE FABRICA

de la satisfacción sexual, tales como la abstinencia, la masturbación y las limitaciones que se oponen en el coito al libre curso de la descarga sexual como en el "coitus interruptus, prolongatus y reservatus". Dentro del cuadro de las neurosis actuales incluyó la hipocondría, la neurastenia, de la cual desmembró el cuadro de la "neurosis de angustia" y habló de la posibilidad de incluir además la "despersonalización". Las psiconeurosis las hizo depender de factores psicológicos. Sin embargo, de una vez advierte que las neurosis raras veces se presentan aisladas y considera que "el nódulo de la neurosis actual constituye con frecuencia el nódulo de la "psiconeurosis". Aún más, en 1917 afirma que: "Hay en general medios que permiten soportar sin peligro la privación de satisfacción libidinosa, y conocemos individuos capaces de infringirse esta privación sin daño alguno" (2).

El predominio de los factores orgánicos o psicológicos ha sido objeto de muchas discusiones y la medicina psicosomática trata de estudiar ambos factores a la luz de los nuevos conocimientos, en donde se busca integrar al ser en una unidad psicobiológica. Por lo tanto, sin defender la primitiva posición de Freud, queda el campo libre para enjuiciar uno y otro aspecto: el orgánico y el psicológico, lo mismo que podrá ser enjuiciada la concepción unitaria. Hechas estas salvedades pasemos al recuento histórico de la sintomatología clínica de las neurosis de angustia, según Freud: Dicho recuento comprende los siguientes síntomas:

- 1) La excitabilidad general.
- 2) La espera angustiosa.
- 3) Ataques de angustia rudimentaria (Hecker).
- 4) El "pavor nocturnus".
- 5) El vértigo.
- 6) Algunas fobias.
- 7) Alteraciones digestivas (náuseas, malestar, tendencia a la diarrea y
- 8) Parestesias.

Relación de las formas del ataque de angustia: (Freud).

1) *Perturbaciones de la actividad cardíaca*: palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera y hasta graves estados de debilidad del corazón, difíciles de diferenciar de una afección orgánica.

2) *Perturbaciones de la respiración*: formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los de asma, etc. Advierte que estos ataques no aparecen siempre acompañados de angustia perceptible.

3) Ataques de sudor, a veces nocturno.

4) Ataques de temblores y convulsiones, fáciles de confundir con los histéricos.

5) Ataques de bilimia, acompañados a veces de vértigos.

6) Diarreas emergentes en forma de ataques.

7) Ataques de vértigo locomotor.

8) Ataques de parestesias (raras veces sin angustia o un malestar análogo).

“Para la más precisa exposición de las condiciones etiológicas bajo las cuales surge la neurosis de angustia, será conveniente separar los casos según el sexo del sujeto. Así, pues, diremos que la neurosis se presenta en las mujeres —abstracción hecha de su disposición en los casos siguientes:

1) “En las mujeres como angustia virginal o angustia de las adolescentes.

2) Como angustia de las recién casadas.

3) Como angustia de las mujeres cuyos maridos padecen de *ejeculatio praecox* o de grave disminución de la potencia.

4) De aquellas cuyos maridos practican el *coitus interruptus* o *reservatus*.

5) Como angustia de las viudas y de las mujeres voluntariamente abstinentes, combinada muchas veces de un modo típico con representaciones obsesivas y

6) Como angustia en el período climatérico, durante la última gran elevación de la necesidad sexual".

"En los hombres, establece los grupos siguientes que tienen todos en los anteriores femeninos, sus análogos:

1) "Angustia de los abstinentes voluntarios, combinada a menudo, con síntomas de defensa (representaciones obsesivas, histeria).

2) Angustia de los hombres que sufren de excitación frustrada durante el noviazgo y de aquellas personas que por miedo a las consecuencias del comercio sexual se contentan con tocar o contemplar a la mujer.

3) Angustia de los hombres que practican el *coitus interruptus*, y

4) La angustia de los hombres en la edad crítica".

Como casos válidos para ambos sexos cita:

1) La angustia que surge en los masturbadores crónicos incapaces de soportar la abstinencia.

2) La última de las condiciones etiológicas que nos propone mos mencionar no parece al principio ser de naturaleza sexual. La neurosis de angustia surge también, en efecto en los dos sexos, como consecuencia de un "surmenage" o un esfuerzo agotador, por ejemplo, después de largas vigilias nocturnas, de una continua asistencia a un enfermo o incluso de una grave dolencia del propio sujeto" (3).

A partir de los estudios de Freud, más tarde Ferenczi (4) establece el grupo de las "patoneurosis", que se asemejan mucho a las neurosis actuales, pero que en el sentir de Fenichel, ya no puede hablarse realmente de "patoneurosis", sino de psicosis verdaderas motivadas patoneuróticamente por un padecimiento orgánico, v. gr. en las psicosis agudas después de lesiones mutilantes o postoperatorias etc (5).

Para las neurosis orgánicas, neurosis cardíacas, etc. Fenichel propone el nombre de "histeria de conversión" localizada" (6).

Actualmente y con respecto a las "reacciones ansiosas", la American Psychiatric Association acepta el cuadro siguiente: "En esta clase de reacción, la ansiedad es difusa, y no está restringida a una situación u objeto definidos, como es el caso de las reacciones fóbicas; tampoco está controlada por ningún mecanismo psicológico de defensa, como en otras reacciones psiconeuróticas. Esta reacción está caracterizada por expectación ansiosa, y frecuentemente está asociada con sintomatología somática; debe diferenciarse del miedo o la aprensión normales. Esta denominación es sinónimo de estado de ansiedad" (7).

Más explícita es la descripción de Arthur P. Noyes, dice así al hablar de la "neurosis de angustia":

"Con este nombre se designa un estado de tensión exaltada acompañado de un sentimiento vago, pero muy inquietante de desastre o peligro inmediato. La angustia tiende particularmente a perturbar las funciones fisiológicas y a encontrar expresión en síntomas psicosomáticos; puede, en los estados agudos, a través de una estimulación del sistema nervioso neurovegetativo, producir espasmos en el cardias, el piloro o el intestino, hiperclorhidris, diarrea, constipaciones, taquicardia, extrasístoles, cambios bruscos vasomotores y dificultad respiratoria; las manos y la cara transpiran, el enfermo adopta posturas forzadas, muestra una vigilancia excesiva, con intranquilidad motora de manos y pies; la voz puede ser entrecortada y forzada y las pupilas estar ampliamente dilatadas; está inquieto, duerme muy mal y padece sueños perturbadores" (8). A lo cual podríamos añadir algunas sensaciones que describen los pacientes catalogados dentro del cuadro neurótico ansioso. Frecuentemente se quejan de constricción torácica, de que se les "comprime el corazón", "que el pulso se va a parar y a detenerse la vida". Un enfermo: N. N. me decía, que al saber la noticia que los amigos iban a ser trasladados y él iba a quedar solo con la responsabilidad del trabajo que les habían encargado, sintió "angustia"; le dió miedo de las personas que lo rodeaban, se sintió asfixiado, el corazón acelerado, quedó en la boca, pensó que iba a morir, desde entonces, (de ésto hace siete meses), comenzó a sentir opresión permanente en el corazón; vive como asustado sin saber por qué. Es un "terror a algo difícil de explicar, a nada determinado"; duerme mal, no come bien porque el desasosiego se lo impide, siente zumbidos en

la cabeza, ha tenido que dejar de trabajar y está preocupado. Entre los antecedentes cuenta el último sueño que tuvo; despertó asustado porque soñaba que una mano le estaba "estrujando el corazón". *Coitus interruptus (reservatus)* durante más de un año.

Hecha la breve salvedad de este caso, en el cual era posible hacer un diagnóstico de "neurosis de angustia", se pensó en una "histeria", diagnóstico en mi sentir más cercano a la realidad del paciente.

Difícilmente nos podemos orientar en un cuadro que, inicialmente propuesto por Freud, posteriormente fué desmembrado e involucrado dentro de la histeria de ansiedad o de conversión, o qué fué extendido en forma tan amplia que hoy día está ligado a toda la patología psicosomática. Lo mismo podríamos decir de la diferenciación entre ansiedad, miedo, miedo-pánico y angustia, en donde la ansiedad fué descrita "como espectación ansiosa" sin manifestaciones orgánicas; el miedo fue relacionado con peligros reales; el miedo-pánico y las crisis de terror en donde éstas alcanzan grados extremos que van desde la fuga precipitada hasta la paralización locomotora, y la angustia en la cual se han descrito los fenómenos orgánicos.

Si estudiamos el contenido psicológico de la angustia, veremos que abarca tal cantidad de elementos que es imposible referirse a todos. Kierkegaard se expresa en la siguiente forma: "La existencia entera, desde el más pequeño mosquito hasta el misterio de la Encarnación, me angustia: todo me resulta inexplicable, pero aún más mi mismo yo; toda la existencia está apestanda, pero más aún yo mismo. Mi sufrimiento es grande, ilimitado; nadie lo conoce aparte de Dios en el cielo y El no quiere consolarme; nadie puede consolarme aparte de Dios en el cielo, y El no quiere apiadarse" (9).

Tendríamos que enumerar también el miedo pánico de los esquizofrénicos ante la "vivencia del fin del mundo" y de "condenación eterna", pero esto nos llevaría al estudio de la melancolía y los procesos delirantes, lo que desborda el tema propuesto. Así, retornando al estudio de los estados de ansiedad y de la angustia neurótica, tenemos que preguntarnos sobre las primitivas mani-

festaciones que han sido consideradas en la neurosis de angustia y su posible origen.

Recordemos la definición de angustia: (Freud).

"La angustia es, pues, en primer lugar, algo que sentimos. La calificamos de estado afectivo, aunque no sabemos bien lo que es un afecto. Como sensación, presenta un franco carácter desplacente, pero no es esta la única de sus cualidades pues no todo desplacer puede ser calificado de angustia. Existen, en efecto, otras sensaciones de carácter desplacente (la ansiedad, el dolor, la tristeza), y la angustia habrá de presentar, a más de dicho carácter, algunos otros particularmente" (10).

Al hablar de la base etiológica de la angustia se expresa en los siguientes términos:

"La angustia es un estado desplacente especial, con actos de descarga por vías determinadas. Siguiendo nuestra concepción general, habremos de suponer que la angustia se basa en un incremento de la excitación, el cual crea, de un lado, el carácter desplacente, y decrece, de otro, por medio de los indicados actos de descarga. Mas no bastándonos esta síntesis puramente fisiológica, nos inclinaremos a admitir la existencia de un factor histórico que enlaza estrechamente entre sí las sensaciones y las inervaciones de la angustia" (11).

Como consecuencia de lo dicho, pasamos a revisar en las diferentes etapas, el desarrollo de la angustia desde el punto de vista psicoanalítico.

1. — *El Trauma del Nacimiento (Angustia automática)* — Los cambios fisiológicos que ocurren durante el proceso del parto y la culminación de éste, son de fácil comprobación. Las contracciones uterinas ejercen sobre el feto presiones desusadas; la progresión a través del canal genital supone aumentos de tensión y descensos de éstas, hasta un tono útil que siempre irá en aumento en los partos normales hasta el final de éstos. Además de las presiones soportadas al salir al exterior, el recién nacido se encontrará con una atmósfera seca, en donde existen ruidos,

luz, frío, etc. Al ser cortado el cordón umbilical, disminuye el aporte de oxígeno materno y hay aumento del anhídrido carbónico. Como vemos, desde el punto de vista neurofisiológico hay un incremento de estímulos referentes sobre el sistema nervioso central, además del establecimiento de la función "respiratoria pulmonar", (inspiración, espiración, llanto) y del cambio vaso-motor cardíaco que implica el aumento de estímulos que deben ser descargados y que por primera vez son registrados en tal forma.

En este nivel, el feto vive una "extraordinaria perturbación" de su economía. El crecimiento de tensión que alcanza niveles displacientes, da como resultado el establecimiento "automático e involuntario" de la angustia. La reproducción "intencionada" como señal de peligro ante una situación alarmante, supone ya una evolución en el proceso de estructuración. Hemos visto que hay un incremento de tensiones y por otro lado la descarga de éstas. "El lapso vivido entre este incremento y la descarga tensional, ha sido relacionado a las sensaciones de placer y placer, pero estas diferenciaciones pueden ocurrir solamente, cuando los acontecimientos conducen lentamente a tener un significado anticipatorio y específico para el niño, esto es, que los acontecimientos se convierten en señales condicionadas de respuestas específicas" (12).

Es de advertir que se habla de condiciones de normalidad, porque el incremento de tensiones en caso de distocias, de maniobras inadecuadas etc., son ya otros traumatismos que se suman al natural incremento de tensiones "el sufrimiento fetal" es signo de peligro, con relación a la supervivencia del feto, el cual podrá sucumbir si no existe una maduración adecuada o una atención eficaz.

Las situaciones "alarmantes" pueden variar cualitativa y cuantitativamente y se obtendrán respuestas específicas distintas: por lo tanto desde este nivel debemos pasar a considerar la angustia real objetiva y la pérdida de objeto.

2.—*Angustia real y objetiva. Fase oral. Pérdida de objeto.*—En la medida que el recién nacido evoluciona, llega un momento en que establece la diferenciación entre su persona y la madre e integra la figura de ésta, (alrededor del cuarto mes). La madre

es vivida como un objeto externo y por consiguiente el pecho materno. La urgencia alimenticia y el incremento de tensión ante la ausencia del seno que alimenta, es fuente de alarma y displacer. Su presencia y la descarga de la tensión, dan origen a la sensación de satisfacción placentera.

La falta del objeto externo es una situación peligrosa para el lactante y la angustia surge como "una señal preventiva encaminada a evitar el peligro de dicha situación (13). La inmadurez del Yo, su impotencia biológica y psicológica de todos es conocida, lo mismo que la situación de dependencia y lo prolongado de este período con relación a los otros seres de la escala biológica; por lo tanto la persona de la cual depende, es intensamente deseada, y si ésta falta, hará surgir el estado de tensión provocado por la necesidad de ella; así podemos decir que el incremento de tensión, es "el verdadero nódulo del peligro" con relación a los objetos externos, en estas circunstancias.

Si originalmente este incremento fue vivido durante el nacimiento y provocó la "génesis automática e involuntaria" de la angustia, ahora lo encontramos de nuevo en una etapa posterior en donde podemos considerar la angustia como una señal preventiva del peligro, vivido por el Yo, "verdadera sede de la angustia", ante la pérdida de objeto.

Hasta ahora sabemos que la pérdida de la madre y del seno en el nivel oral, es causa de aumento de tensión instintiva y de producción de angustia.

Este es uno de los puntos que debemos tener muy en cuenta, porque la estructuración psicológica de la imagen materna (*ímago*), está íntimamente vinculada a la imagen del seno bueno que satisface ó del seno malo que frustra. Una buena nodriza, será un ser amoroso decisivo para una más correcta maduración del Yo.

Un objeto exterior bueno, (seno bueno) servirá para hacer menos agudo el conflicto entre los impulsos y dicho objeto, lo mismo que facilitará la relación con los otros objetos externos (14). La reducción adecuada de la ansiedad primitiva "aumenta la capacidad para obtener gratificaciones y es una precondición para el dominio exitoso de la ansiedad" (15).

Pero un objeto malo (seno malo) que no satisface, que frustra, que no es encontrado a tiempo, es sufrido como una pérdida y es fuente de mayor tensión con el consiguiente desarrollo de angustia.

Así la ausencia transitoria de la madre (objeto amoroso), es vivida con angustia por el niño; lo establecido anteriormente da mucha luz para la comprensión del "temor de los niños a la soledad, a la oscuridad y el terror a las personas extrañas en ausencia de la que le es familiar", porque es revivir la perdida del objeto apetecido. Pero este objeto que originalmente fue vivido narcisísticamente en principio como algo inseparable de la persona, ahora puede ser el objeto externo a quien van dirigidos los impulsos instintivos. En la medida que el niño es capaz de recibir también puede dar; si es agredido, también pondrá en marcha sus impulsos agresivos, por lo tanto es lógico que nos refiramos a estos impulsos orales y a la ansiedad.

Durante la lactancia, no pocas veces el niño es capaz de producir dolor a la madre, especialmente cuando los dientes empiezan a brotar y muerde el seno. La intolerancia y los rechazos en esta etapa, unidos a la desaparición o retiro del seno (en los destetes prematuros), es fuente de angustia ante la frustración, al mismo tiempo que de sentimientos angustiantes, porque el niño llega a vivenciar que su agresividad es mala y fuente de pérdida de sus objetos deseados.

La incorporación (canibalística), el hacer suyo el objeto, el ponerlo dentro de sí, el aprehenderlo, es decir introyectarlo, como hará más tarde con los conceptos abstractos de ética y moralidad, podrá ser obstaculizado, si el tomarlos ha sido fuente de placer, puede llegar a convertirse en una situación traumática. Es obvio pensar que si el niño incorpora, podrá temer el ser incorporado, si muerde el seno, también podrá ser retaliado, situación peligrosa para él, que será vivida con un incremento de angustia.

3.—*La angustia ante las diferentes instancias psíquicas.*—Ya hemos hablado de los impulsos instintivos ("Ello") y del ("Yo") la sede de la angustia, pero hemos adelantado bastante para hablar de los primeros estadios del "Super-Yo" y de la angustia re-

lacionada con las diferentes instancias internas. Sabemos que una de las fuentes de aumento de tensión pueden ser los impulsos instintivos que deben ser controlados por el Yo; tambien conocemos el carácter prohibitivo del Super-Yo, unido a la agresividad y a los sentimientos angustiantes en donde el niño teme la retaliación. Esto nos explica uno de los temores a ser devorados y a ser castigados también con la privación externa del seno materno. Así pasamos insensiblemente del temor a los objetos externos al temor a las instancias internas.

El ser humano se defiende más fácilmente de un peligro real externo que de un peligro interno, porque un aumento de tension interna es difícilmente manejable. El paso de la fase oral a la fase anal se caracteriza por el incremento del sadismo que ha hecho decir a Klein que se trata de una fase de "máximo sadismo" (16). (Fase oral canibalística y fase sádico-anal).

En la fase anal, el predominio que toma la función excrementicia, va unida tambien a las normas externas y a los intentos de imponer al niño el control de sus esfínteres. La pérdida está relacionada aquí con los objetos internos (heces) que deben ser dados al exterior. El niño sabe que la madre se ocupa de su función excrementicia, y se mostrará orgulloso de sus heces, o avaro según sea tratado en estas circunstancias. Las órdenes de limpieza y pulcritud serán bien elaboradas de acuerdo con la actitud cariñosa de los padres; pero ante una exigencia desmedida pueden llegar a convertirse en una conducta exagerada de limpieza de tipo obsesivo. Sus heces adquieren el carácter de malignas, (objetos malos internalizados) y si el ritual de tipo obsesivo fracasa, veremos surgir la angustia.

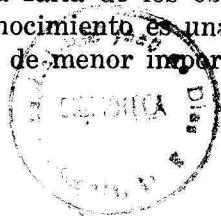
Si en la fase oral el niño fue desposeído del seno materno, en la anal también puede ser desposeído del interior de su cuerpo, lo que será de nuevo una situación peligrosa, susceptible de desencadenar la angustia. Pero en esta fase debe ser destacado el papel que juega ya el sadismo y la agresividad, que a más de ser impulsos internos, encuentran una contrapartida en el sadismo y agresividad desencadenada contra el niño. El temor de ser desposeídos, destruídos, puede ser una contra-réplica a las fantasías de destrucción y agresividad, que de nuevo son fuente de angustia y de sentimientos de culpabilidad.

La alternancia entre la actividad y pasividad a estos niveles o su fusión (ambivalencia), es un elemento importante que debe ser puntualizado para la comprensión de las siguientes etapas, y aún más para el conocimiento de posteriores rasgos caracterológicos. Por lo tanto debemos recordar que si en la fase oral, el niño es elemento pasivo que recibe y activo al succionar, en la fase anal también encontramos sus equivalentes expulsivos y retenitivos o de recuperación, conceptos unidos a las nociones de sadismo y masoquismo, que no entraremos a discriminar.

Al pasar al estadio genital, (fase fálica, sadismo uretral), nos vemos obligados a hablar de la situación Edípica y del narcisismo (sobreestimación de actos psíquicos y omnipotencia mágica del pensamiento). La noción de pérdida del objeto amoroso y de los objetos parciales, seno, heces, es vivida ahora intensamente al nivel genital y el temor se refiere al "temor de castración".

De todos es conocida la sobrevaloración del genital en esta época y las frecuentes amenazas de castración por parte de los adultos. Los impulsos amorosos hacia el progenitor de sexo distinto, y el temor, odio y agresión al progenitor del mismo sexo (Edipo positivo), o la identificación con el progenitor de sexo distinto (Edipo negativo o invertido), centralizados en la fase genital, suponen muy complejas implicaciones, lo que ha sido objeto de diferentes visiones y teorías: Ya se trate del dominio de la madre según (Adler) (17); las nociones de abnegación y sacrificio (Jung) (18); el ambiente familiar y provocaciones exteriores (Horney) (19); el producto de las relaciones interpersonales (Sullivan) (20), o como producto de la sociedad patriarcal según (Fromm) (21); ya se trate de su división entre complejos de Edipo genital y complejo amoroso (Pfister citado por Dalbiez) (22), siempre nos hablan de las corrientes afectivas que se movilizan y de los temores que estas entrañan (Posesión o pérdida).

Debemos recordar que ante la pequeñez del niño y su desarollo psicológico, lo desconocido adquiere un carácter angustiante, lo mismo que la soledad, la oscuridad, la falta de los objetos amorosos o sobrevalorados, por esto, el conocimiento es una de las fuentes de dominio de la ansiedad. No es de menor impor-



tancia el pensamiento mágico que también será usado para controlar aquello angustiante y desconocido, pero a su vez estas fantasías mágicas sobrecargadas de agresividad pueden ser fuente de angustia y de temor, tanto a las instancias internas (Super-Yo y Ello), como a los objetos exteriores, por la ya conocida ley del Talión: "El que a hierro mata a hierro muere". Así el niño va desde la invalidez biológica hasta las fantasías de destrucción, de dominio, de omnipotencia mágica narcisísticas y de perfeccionamiento como mecanismo sobrecompensatorio; llámase angelismo neurótico según Boudoin, citado por Caruso (23), o dominio mágico de lo absoluto según Odier (24).

El fallo de las represiones, la deficiente maduración y dificultad de control de las realidades externas e internas, es causa del incremento de la angustia; pero para ser consecuentes con lo que veníamos exponiendo debemos referirnos al órgano genital y en este caso al pene, objeto mágico de agresiones y de poderío en esta fase, del cual puede verse privado el niño, lo que lleva su angustia al climax.

La aceptación de la realidad externa que se impone, a la imposibilidad tanto biológica como psicológica, es piedra fundamental en la adaptación y en la maduración del niño. La superación adecuada de estos niveles hará posible la fase de latencia dentro de los límites de la normalidad, en donde el problema se centra en los mecanismos de defensa; en esta fase el fracaso de estos mecanismos expondrá al niño a la angustia. Una represión correcta de los impulsos y un medio adecuado, será la base para poder controlar la reactivación de los impulsos en la pubertad, en donde el adolescente se ve obligado a renunciar a los primeros objetos de sus impulsos (figuras parentales y medio familiar), para hacer una elección de objeto correcta en el medio extra-familiar.

Los conceptos de fijación y regresión, al hablar de la neurosis de angustia en los adultos, se harían incomprendibles si no hubiéramos establecido estos puntos teóricos de referencia, que suponen el conocimiento biológico e histórico (filogénesis), lo mismo que las diferentes etapas de maduración (ontogenia), al mismo tiempo que los factores neurofisiológicos y sociales (familiares y extra-familiares) y dentro del campo moral de los valores éticos y estéticos, que más tarde formarán un conjunto extremadamente complejo, cuyo estudio y discusión está fuera de las po-

sibilidades de esta comunicación sobre un caso de neurosis de angustia, estudiado desde el punto de vista psicoanalítico.

Teniendo en cuenta lo anterior, concluimos:

- 1) Que hoy día no se puede establecer una diferencia básica entre "neurosis actuales" y "psiconeurosis".
- 2) Que una de las bases de la angustia es el "aumento de la tensión de necesidad" semejante a la del "traumatismo del parto".
- 3) Que en las neurosis actuales, si es cierto que la perturbación crónica del orgasmo puede ser causa de angustia, a su vez esta perturbación puede ser consecuencia de un trastorno psico-neurótico.
- 4) Que podemos distinguir fundamentalmente el fenómeno de la "angustia automática" de la señal de angustia emitida por el Yo.
- 5) Que en la neurosis de angustia deben tenerse en cuenta, la herencia, las causas determinantes y las auxiliares.
- 6) Que además de lo visto anteriormente, la privación o alteración de la descarga adecuada de las tensiones y la "pérdida de objeto" en las diferentes etapas, son fenómenos protuberantes que deben ser tenidos en cuenta en la génesis de la angustia y especialmente en el cuadro denominado "neurosis de angustia".

BIBLIOGRAFIA:

- (1) FREUD SIGMUND. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. Pág. 180 a 186.
- (2) FREUD SIGMUND. Obra citada. Pág. 237.
- (3) FREUD SIGMUND. Obra citada. Pág. 180 a 186.
- (4) FERENCZI. Citado por Fenichel Otto. *Histerias y neurosis obsesivas*. Ed. Edgardo Blum. Buenos Aires. 1948. Pág. 62, 63.
- (5) FENICHEL OTTO. *Histerias y Neurosis obsesivas*. Obra citada. Pág. 56 a 57.
- (6) FENICHEL OTTO. Obra citada. Pág. 64 a 67.

- (7) American Psychiatric Association. **Nomenclatura corriente de los desórdenes mentales. Reacción de ansiedad.**
- (8) NOYES ARTHUR P. **Psiquiatría Clínica Moderna.** Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. 1951. Pág. 87.
- (9) KIERKEGAARD S. Citado por López Ibor Juan J. **El descubrimiento de la intimidad y otros ensayos.** Ed. Aguilar S. A. Madrid. 1954. Pág. 134.
- (10) FREUD SIGMUND. Obra citada. Pág. 1256.
- (11) FREUD SIGMUND. Obra citada. Págs. 1256, 1257.
- (12) KUBIE LAWRENCE S. **La ontogenia de la ansiedad.** Revista de psicoanálisis. Argentina. Buenos Aires. 1948. Pág. 183.
- (13) FREUD SIGMUND. Obra citada. Pág. 1259.
- (14) KLEIN MELANIE. **El psicoanálisis de los niños. Objetos buenos y malos.** Ed. "El Ateneo". Buenos Aires. 1948 Págs. 27, 87, 130, 131, 143, 155, 158, 159, 160, 161, 171, 211, 212, 214, 219, 226, 236, 239, 246, 278, 279, 280, 281, 282.
- (15) KLAIN MELANIE. Obra citada. Pág. 200.
- (16) KLAIN MELANIE. Obra citada. Fase de máximo sadismo. Págs. 148, 149, 150, 161, 162, 169, 173, 177, 178, 186, 212, 252, 263.
- (17) ADLER ALFRED. Citado por Mullaly Patrick. **Edipo. Mito y Complejo.** Ed. "El Ateneo". Buenos Aires. 1953.
- (18) JUNG C. G. Citado por Mullaly Patrick. Obra citada. Págs. 144, 145.
- (19) HORNEY KAREN. Citada por Mullaly Patrick. Obra citada. Págs. 222, 223.
- (20) SULLIVAN HARRY STACK. Citado por Mullaly Patrick. Obra citada. Pág. 298.
- (21) FROMM ERICH. Citado por Mullaly Patrick. Obra citada. Págs. 266, 267.
- (22) PFISTER. Citado por Dalbiez Roland. **El método psicoanalítico y la Doctrina Freudiana.** Ed. Desclée de Brouwer. Buenos Aires. 1948. Pág. 192, 193.
- (23) BAUDOUIN CHARLES. Citado por Caruso Igor A. **Análisis psíquico y Síntesis existencial.** Ed. Herder. Barcelona, 1954. Págs. 67, 89.
- (24) ODIER CHARLES. **L'angoisse et la pensée magique.** Ed. Delachaux & Niestlé S. A. Neuchatel. Paris. 1948 Págs. 193, 194.