

## **SIGMUND FREUD**

### **LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA**

#### **SOBRE LA JUSTIFICACIÓN DE SEPARAR DE LA NEURASTENIA CIERTO COMPLEJO DE SÍNTOMAS A TÍTULO DE «NEUROSIS DE ANGUSTIA»**

1894 [1895]

##### **Aclaración Preliminar**

Mientras se continúe dando a la palabra «neurastenia» todos los significados en los que Beard hubo de emplearla, será difícil decir nada generalmente válido sobre la enfermedad a la que califica. A mi juicio, ha de ser muy ventajoso para la Neuropatología intentar separar de la neurastenia propiamente dicha todas aquellas perturbaciones neuróticas, cuyos síntomas se hallan más firmemente enlazados entre sí que con los síntomas neurasténicos típico que por otra parte en su etiología y en su mecanismo difieren esencialmente de la neurosis neurasténica típica.

Esta labor clasificadora nos proporcionará pronto una imagen relativamente uniforme de la neurastenia, y habrá de permitirnos distinguir de la neurastenia auténtica, con mayor precisión que hasta ahora, diversas pseudoneurastenias, tales como el cuadro clínico de la neurosis refleja nasal, orgánicamente provocada; las perturbaciones nerviosas de las caquexias y de la arteriosclerosis y de los estadios iniciales de la parálisis progresiva y de algunas psicosis. Además, se hará posible separar -siguiendo la propuesta de Moebius- algunos estados nerviosos de los degenerados hereditarios, y se encontrarán razones para adscribir más bien a la melancolía algunas neurosis de naturaleza intermitente o periódica, a las que hoy se da el nombre de neurastenia. Pero el paso decisivo consiste en separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas que a continuación describiremos y que llena muy cumplidamente las condiciones antes detalladas. Los síntomas de este complejo se muestran clínicamente mucho más próximos unos a otros que a los neurasténicos (esto es, aparecen con frecuencia juntos, y se representan unos a otros en el curso de la enfermedad), y tanto la etiología como el mecanismo de la neurosis a la que corresponden son fundamentalmente distintos de los propios de la neurastenia auténtica, tal y como ésta queda después de efectuar la iniciada separación.

Damos a este complejo de síntomas el nombre de «neurosis de angustia» por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno

principal, que es la angustia. En un principio creímos original esta interpretación nuestra de los síntomas de la neurosis de angustia; pero un día cayó en nuestras manos una interesante conferencia de Hecker, en la que hallamos desarrollada clara y cumplidamente igual teoría. Sin embargo, Hecker no separa de la neurosis, como yo me propongo hacerlo, los síntomas, en los que reconoce equivalentes o rudimentos del ataque de angustia, sin duda por no haberse dado cuenta de la diferencia etiológica existente. El conocimiento de esta diferencia nos deja en libertad para dar a los síntomas de la neurosis de angustia un calificativo distinto del de neurasténicos, haciéndonos así más fácil establecer afirmaciones generales.

## A) SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

La perturbación a la que damos el nombre de «neurosis de angustia» surge completa o sólo rudimentariamente desarrollada, aislada o en combinación con otras neurosis. Los casos en cierto modo completos, y al mismo tiempo aislados, son, claro está, los que más especialmente dan la impresión de que la neurosis de angustia posee plena independencia clínica. En otros casos se nos plantea la labor de separar de un complejo de síntomas correspondientes a una «neurosis mixta» aquellos que no pertenecen a la neurastenia, la histeria, etc., sino a la neurosis de angustia.

El cuadro clínico de la neurosis de angustia comprende los siguientes síntomas:

1) La excitabilidad general. Es éste un síntoma nervioso muy frecuente, propio como tal de muchos estados nerviosos. Lo incluimos aquí porque surge siempre en la neurosis de angustia, y es teóricamente muy importante. Una elevada excitabilidad indica siempre acumulación de excitación o incapacidad de resistirla; esto es, acumulación absoluta o relativa de excitación. Dentro de esta elevada excitabilidad, me parece digna de especial mención su manifestación en una hiperestesia auditiva, una hipersensibilidad con respecto a los ruidos; síntomas explicables seguramente por la íntima relación innata entre las impresiones auditivas y el sobresalto. La hiperestesia auditiva aparece muchas veces como causa de insomnio, del cual más de una forma pertenece a la neurosis de angustia.

2) La espera angustiosa. - No nos es posible explicar el estado a que así nos referimos más que por el nombre mismo a él asignado y la exposición de algunos ejemplos. Así, el de una mujer que cada vez que oye toser a su marido, propenso a los catarros, piensa en la posibilidad de que contraiga una pulmonía mortal, y ve en su imaginación pasar el entierro. Cuando al volver a casa ve dos o tres personas ante su puerta no puede por menos de pensar que alguno de sus hijos se ha caído desde un balcón, y si oye doblar las campanas se figura en el acto que es por algún ser querido, siendo así que ninguno de estos casos entraña nada que pueda significar una mera posibilidad.

La espera angustiosa se da también mitigada en lo normal, comprendiendo todo aquello que designamos con los nombres de «ansiedad, tendencia a la visión pesimista de las cosas», etc., pero sobrepasa siempre que ello es posible el nivel natural, y muchas veces es reconocida por los mismos enfermos como una especie de obsesión. Para una de las formas de la espera angustiosa, esto es, para la que se refiere a la propia salud, puede reservarse el viejo término médico de hipocondría. La hipocondría no sigue siempre una

trayectoria paralela a la de la espera angustiosa general, pues demanda como condición previa la existencia de parestesias y sensaciones físicas penosas, y de este modo resulta ser la forma que los neurasténicos prefieren en cuanto sucumben a la neurosis de angustia, cosa muy frecuente.

Otra manifestación de la espera angustiosa es la tendencia, tan frecuente en personas de sensibilidad moral, al miedo a la propia conciencia, a los escrúpulos exagerados; tendencia que puede también ir desde lo normal hasta lo patológico.

La espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis. En él se nos hace patente la exactitud de toda una parte de nuestra teoría sobre tal perturbación. Puede, quizá, concluirse que nos hallamos ante un quantum de angustia, libremente flotante, que durante la espera domina la elección de las representaciones, y se halla dispuesto en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada.

3) No es ésta la única forma en que puede manifestarse la espera angustiosa, latente casi siempre para la consciencia, pero constantemente en acecho. Puede, en efecto, irrumpir de repente en la consciencia sin ser despertado por el curso de la imaginación y provoca así un ataque de angustia. Tal ataque puede consistir tan sólo en la sensación de angustia, no asociada a ninguna representación, o unida a la de la muerte o la locura, o también en dicha misma sensación, acompañada de una parestesia cualquiera (análoga al aura histérica), o enlazada a la perturbación de una o más funciones físicas, tales como la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular. De esta combinación hace el paciente resaltar tan pronto unos factores como otros, quejándose de «palpitaciones, disnea, sudores, bulimia», etc., y en sus lamentos deja con frecuencia sin mencionar la sensación de angustia o alude ligeramente a ella, calificándola de «malestar», etc.

4) Para el diagnóstico presenta gran importancia el hecho de que la proporción de los indicados elementos en el ataque de angustia es infinitamente variable, pudiendo además cada uno de los síntomas concomitantes constituir por sí solos el ataque, lo mismo que la angustia. Hay, en consecuencia, ataques de angustia rudimentarios y equivalentes del ataque de angustia, todos ellos, probablemente, de igual significación, que muestran una gran riqueza de formas, hasta ahora poco estudiadas. El detenido estudio de estos estados larvados de angustia (Hecker) y su diferenciación de otros ataques constituye una labor que reclama urgentemente la atención de los neurólogos.

He aquí una relación de las formas del ataque de angustia que hasta ahora me son conocidas:

a) Con 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.

b) Con perturbaciones de la respiración: formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los de asma, etc. He de advertir que estos ataques no aparecen siempre acompañados de angustia perceptible.

c) Ataques de sudor, a veces nocturno.

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

e) Ataques de bulimia, acompañados a veces de vértigos.

f) Diarreas emergentes en forma de ataques.

g) Ataques de vértigo locomotor.

h) Ataques de las llamadas congestiones; esto es, de aquello a lo que se ha dado el nombre de neurastenia vasomotora.

i) Ataques de parestesia (raras veces sin angustia o un malestar análogo).

5) El pavor nocturnus de los adultos, acompañado generalmente de angustia, disnea, sudores, etc., no es, muchas veces, sino una forma del ataque de angustia. Esta perturbación condiciona una segunda forma del insomnio, dentro del cuadro de la neurosis de angustia. Se me he hecho, además, indudable que también el «pavor nocturno» de los niños muestra una forma perteneciente a la neurosis de angustia. El matiz histérico y el enlace de la angustia con la reproducción de un suceso o un sueño adecuados dan al pavor nocturnus de los niños la apariencia de un caso especial. Pero este pavor surge también aislado, sin sueño ni alucinación ningunos.

6) En el grupo de síntomas de la neurosis de angustia ocupa un lugar sobresaliente el «vértigo», que en su forma más leve es un simple «mareo», y en la más grave, la del «ataque de vértigo», con angustia o sin ella, constituye uno de los más temibles síntomas de la neurosis.

El vértigo de la neurosis de angustia no es un vértigo giratorio, ni permite tampoco hacer resaltar, como el vértigo de Menière, varios planos y direcciones. Pertenece a la forma locomotora o coordinatoria, como el producido por la parálisis de los músculos del ojo, y consiste en un malestar específico, acompañado de la sensación de que el suelo oscila, se hunden en él las piernas y resulta imposible continuar en pie. Las piernas del sujeto tiemblan y se doblan, pesándole como si fuesen de plomo. Sin embargo, este vértigo no provoca la caída del enfermo. En cambio, hemos de afirmar que tal ataque de vértigo puede quedar representado por un ataque de profundo desvanecimiento. Otros estados de desvanecimiento de la neurosis de angustia parecen depender de un colapso cardíaco.

El ataque de vértigo se presenta muchas veces acompañado de angustia de la peor clase y combinado con perturbaciones respiratorias y del corazón. En la neurosis de angustia aparece también, según mis observaciones, el vértigo de las alturas, pero no sé si estará justificado suponer igualmente en estos casos la existencia adjunta de un «vértigo a stomacho laeso».

7) Sobre la base de la espera angustiada, por un lado, y por otro de la tendencia a los ataques de angustia y de vértigo, se desarrollan dos grupos de fobias típicas, referente uno a las amenazas fisiológicas generales y otro a la locomoción. Al primer grupo pertenece el miedo a las serpientes, a las tormentas, a la oscuridad, a los insectos, etc.; la exagerada escrupulosidad típica y varias formas de la folie de doute. En estas perturbaciones, la angustia disponible es simplemente utilizada para intensificar repugnancias instintivas, comunes a todos los hombres. Más, por lo general, la fobia de carácter análogo al obsesivo no emerge hasta el momento en que aparece una reminiscencia de un suceso en que el miedo pudo exteriorizarse; por ejemplo, después de haber sido sorprendido el enfermo por una tormenta en campo raso. No es acertado querer explicar estos casos como mera perduración de una impresión violenta. Lo que da importancia a estos sucesos y hace perdurar su recuerdo es tan sólo la angustia que en ellos surgió y que puede volver a emerger en cualquier momento. O, dicho de otro modo, tales impresiones sólo conservan su fuerza en personas enfermas de «espera angustiada».

El grupo contiene la agorafobia con sus especies secundarias, caracterizadas todas por su referencia a la locomoción. Con frecuencia hallamos aquí, como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo, pero no creo deba darse a tales ataques la significación de

una premisa indispensable. Hallamos, en efecto, muchas veces que después de un primer ataque de vértigo sin angustia, y no obstante quedar ya la locomoción constantemente afectada de la sensación de vértigo, no experimenta tal función restricción alguna, fallando, en cambio, por completo en determinadas condiciones, tales como la falta de un acompañante o el paso por calles estrechas, etc., cuando el ataque de vértigo fue acompañado de angustia.

La relación de estas fobias con las de la neurosis obsesiva, cuyo mecanismo hemos descrito en nuestro estudio titulado *Las neuropsicosis de defensa*, es la siguiente: coinciden ambas perturbaciones en el hecho de hacerse obsesiva una representación por su enlace con un afecto disponible, pudiendo así adscribirse a ambas clases de fobias el mecanismo de la transposición del afecto. Pero en las fobias de la neurosis de angustia es este afecto siempre el mismo, la angustia, y no procede de una representación reprimida, demostrándose tan irreducible por medio del análisis psicológico como rebelde a toda acción psicoterápica. Así, pues, el mecanismo de la sustitución no es aplicable a las fobias de la neurosis de angustia.

Ambas clases de fobias (o representaciones obsesivas) se presentan con frecuencia juntas, aunque las fobias atípicas, fundadas en representaciones obsesivas, no tienen que arraigar necesariamente en el terreno de la neurosis de angustia. Con frecuencia tropezamos con otro mecanismo, aparentemente más complicado, cuando en una fobia originariamente sencilla de la neurosis de angustia es sustituido el contenido de la fobia por otra representación; esto es, cuando la sustitución viene a agregarse, a posteriori, a la fobia. Para tal sustitución se emplean con máxima frecuencia aquellas «medidas preventivas» que primitivamente se ensayaron para combatir la fobia. Así, la obsesión especulativa surge de la aspiración a darse el sujeto a sí mismo una prueba de que no está loco, como la fobia hipocondríaca le afirma. Las vacilaciones y dudas, o más bien repeticiones de la folie de doute, nacen de la duda justificada en la seguridad del propio pensamiento, dado que el sujeto tiene consciencia de la tenacísima perturbación de sus procesos mentales, por la representación obsesiva. Puede, por tanto, afirmarse que también muchos síndromes, tanto de la neurosis obsesiva como de la folie de doute y otras perturbaciones análogas, deben ser adscritos clínicamente, ya que no conceptualmente, a la neurosis de angustia.

8) La actividad digestiva no experimenta en la neurosis de angustia sino muy pocas perturbaciones, pero muy características. No son nada raras sensaciones de náuseas y malestar, y el síntoma de la bulimia puede constituir por sí solo o con otros (congestiones) un ataque de angustia rudimentario. En calidad de perturbación crónica, análoga a la espera angustiosa, hallamos la tendencia a la diarrea, que ha dado ocasión a los más originales errores de diagnóstico. Si no me equivoco, es esta diarrea la que Moebius ha señalado a la atención médica en un reciente estudio.

Sospecho además que la diarrea refleja de Peyer, dependiente, según éste autor, de enfermedades de la próstata, no es sino tal diarrea de la neurosis de angustia. La relación refleja es una mera apariencia, desmentida por el hecho de intervenir en la génesis de tales afecciones prostáticas los mismos factores que en la etiología de la neurosis de angustia.

La neurosis de angustia ejerce sobre el estómago y el intestino una influencia contraria a la de la neurastenia.

Los casos mixtos muestran con frecuencia la conocida «alternativa de diarrea y estreñimiento». La poliuria de la neurosis obsesiva es análoga a la diarrea.

9) Las parestesias que pueden acompañar al ataque de vértigo o angustia resultan interesantes, por asociarse entre sí, como las sensaciones del aura histérica, formando una serie. Pero, al contrario de las histéricas, estas sensaciones asociadas nos parecen atípicas y variables. Otra analogía con la histeria es producida por el hecho de tener también lugar, en la neurosis de angustia, una especie de conversión en sensaciones físicas. Así, un gran número de reumáticos leves, de lo que padecen realmente es de neurosis de angustia. Al lado de este incremento de la sensibilidad al dolor hemos observado en muchos casos de neurosis de angustia una tendencia a las alucinaciones que no puede ser considerada como histérica.

10) Varios de los síntomas citados que acompañan o representan al ataque de angustia se representan también en forma crónica, siendo entonces más difícil descubrirlos, toda vez que la sensación de angustia concomitante es menos precisa que en el ataque de angustia. Así sucede especialmente con la diarrea, el vértigo y las parestesias.

Como el ataque de vértigo por el desvanecimiento, puede el vértigo crónico quedar representado por una tendencia duradera de cansancio, depresión, etc.

## B) APARICIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

En algunos casos de neurosis de angustia nos resulta imposible descubrir un proceso etiológico, siendo precisamente en estos casos en los que se nos hace más fácil comprobar la existencia de una grave tara hereditaria.

Pero cuando poseemos algún fundamento para creer que se trata de una neurosis adquirida, hallamos siempre, después de un cuidadoso examen, como factores etiológicos, una serie de perturbaciones e influencias nocivas provenientes de la vida sexual. Tales factores parecen, al principio, de naturaleza diferente, pero dejan pronto transparentar el carácter común que explica su idéntico efecto sobre el sistema nervioso, y se muestran bien aislados, bien unidos a otras perturbaciones «banales» a las que ha de adscribirse un efecto corroborativo. Esta etiología sexual de la neurosis de angustia es tan predominante, que creo poder permitirme a los fines de este breve estudio, dejar a un lado los casos de etiología distinta o dudosa.

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:

a) Como angustia virginal o angustia de los adolescentes. Un gran número de observaciones personales me han demostrado que el primer contacto con el problema sexual, en forma de una súbita revelación de lo hasta entonces encubierto, bien por la visión de un acto sexual, bien por una lectura o en una conversación, puede provocar en las adolescentes la emergencia de una neurosis de angustia, combinada casi típicamente con una histeria.

b) Como angustia de las recién casadas. Aquellas recién casadas que en las primeras cohabitaciones han permanecido anestésicas contraen con frecuencia una neurosis de angustia, que desaparece luego cuando la anestesia es sustituida por la sensibilidad normal. Dado que la mayoría de las recién casadas inicialmente anestésicas no contraen, sin embargo, tal neurosis, hemos de considerar necesaria para su aparición la concurrencia de otras condiciones, que más adelante indicaremos.

c) Como angustia de las mujeres cuyos maridos se hallan aquejados de ejaculatio praecox o de grave disminución de la potencia.

d) De aquellas otras cuyos maridos practican el coitus interruptus o reservatus. Estos casos forman uno solo, pues el análisis de numerosos ejemplos nos ha impuesto la convicción de que el factor decisivo es exclusivamente, que la mujer llegue o no a alcanzar en el coito la satisfacción sexual. El caso negativo entraña la condición de la emergencia de la neurosis de angustia. En cambio, aquellas mujeres cuyos maridos padecen de ejaculatio praecox, pero pueden repetir inmediatamente el coito, con mejores resultados, permanecen protegidas contra la neurosis. El congressus reservatus por medio del preservativo no perjudica a la mujer cuando el marido es muy potente y ella rápidamente excitable; pero, en caso contrario, es esta forma del comercio preventivo tan nociva como las demás. El coitus interruptus es casi siempre perjudicial para quienes lo practican, con la circunstancia de que para la mujer sólo es cuando el marido lo realiza sin consideración hacia ella; esto es, interrumpiendo el coito en cuanto siente próxima la eyaculación, sin cuidarse del curso de la excitación en la mujer. Cuando, por el contrario, espera el hombre hasta la satisfacción de la mujer, el coito tendrá para ésta el valor normal; pero, en cambio, será el hombre el que contraerá la neurosis de angustia. Estas afirmaciones me han sido impuestas por los resultados de múltiples observaciones y análisis.

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

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

Los casos c), d) y e) contienen las condiciones en las cuales la neurosis de angustia ataca más frecuentemente y con mayor independencia de la propensión hereditaria a los sujetos femeninos. Con respecto a estos casos -adquiridos y curables- de neurosis de angustia intentaremos demostrar que la práctica sexual descubierta constituye realmente el factor etiológico de las neurosis. Pero antes expondremos las condiciones sexuales de la neurosis de angustia en los hombres, estableciendo los grupos siguientes, todos los cuales tienen en los anteriores, femeninos, sus analogías.

a) Angustia de los abstinentes voluntarios, combinada muchas veces con síntomas de defensa (representaciones obsesivas, histeria). Los motivos en que se funda la abstinencia voluntaria hacen que esta categoría incluya gran cantidad de sujetos hereditariamente predisuestos, originales, etc.

b) 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. Este grupo de condiciones, que puede ser transferido sin modificación alguna al otro sexo, proporciona los casos más puros de neurosis.

c) Angustia de los hombres que practican el coitus interruptus. Como ya hemos dicho, el coitus interruptus perjudica a la mujer cuando es practicado sin cuidado alguno por su satisfacción, y, en cambio, al hombre, cuando éste, para conseguir la satisfacción de la mujer, dirige voluntariamente el coito, aplazando la eyaculación. De este modo se hace comprensible que en los matrimonios que practican el coitus interruptus sólo enferme, por lo general, uno de los cónyuges. Por lo demás, el coito interrumpido no produce sino muy pocas veces, en el hombre, una neurosis de angustia pura, siendo, por lo general, su consecuencia una neurosis mixta de neurosis de angustia y neurastenia.

d) Angustia de los hombres en la edad crítica. Hay hombres que pasan, como las mujeres, por un período climatérico, contrayendo una neurosis de angustia al tiempo que declina su potencia y aumenta su libido.

Por último, añadiremos dos casos válidos para ambos sexos: a) Los neurasténicos que han contraído su enfermedad a consecuencia de la masturbación caen en la neurosis de angustia en cuanto abandonan tal forma de satisfacción sexual, pues estos sujetos llegan a ser especialmente incapaces de soportar la abstinencia.

Como dato muy importante para la comprensión de la neurosis de angustia haremos constar que sólo en hombres aún potentes y en mujeres no anestésicas adquiere esta perturbación un desarrollo considerable. En los neurasténicos cuya potencia ha quedado gravemente dañada por la masturbación, la neurosis de angustia emergente en caso de abstinencia no adquiere sino muy escaso desarrollo, limitándose casi siempre a la hipocondría y a un ligero vértigo crónico. A las mujeres ha de suponérselas siempre «potentes», pero es también indudable que una mujer verdaderamente impotente, esto es, realmente anestésica, será siempre menos accesible a la neurosis de angustia y resistirá singularmente bien los efectos nocivos indicados.

Por ahora no queremos entrar en la cuestión de hasta qué punto sería exacto suponer entre algunos factores etiológicos y algunos síntomas del complejo de la neurosis de angustia relaciones constantes.

b) La última de las condiciones etiológicas que nos proponemos 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 vigiliias nocturnas, de una continuada asistencia a un enfermo o incluso de una grave dolencia del propio sujeto.

La objeción principal contra mi teoría de una etiología sexual de la neurosis de angustia será, quizá, la de que tales anormalidades de la vida sexual son tan frecuentes que siempre las encontramos a mano, por poco que nos molestemos en buscarlas. Así, pues, su aparición en los casos de neurosis de angustia antes descritos no probarían su cualidad de factores etiológicos de la neurosis. Además, el número de personas que practican el coito interrumpido, etc., es incomparablemente mayor que el de las que padecen neurosis de angustia, habiendo, por tanto, una inmensa mayoría que resiste sin la menor perturbación las indicadas prácticas nocivas.

A esta objeción hemos de responder, en primer lugar, que, dada la extraordinaria frecuencia reconocida de las neurosis, y especialmente de la neurosis de angustia, no era de esperar el descubrimiento de un factor etiológico que sólo raras veces se diese; en segundo, que el hecho de descubrirse en una investigación etiológica el factor etiológico con mayor frecuencia que su efecto, constituye precisamente el cumplimiento de un

postulado de patología, ya que para que dicho efecto se produzca pueden ser precisas otras condiciones (propensión, agregación de la etiología específica apoyo de otras influencias inocuas de por sí), y, por último, que la detallada clasificación antes expuesta de los casos apropiados a la emergencia de la neurosis de angustia demuestra inequívocamente la significación del factor sexual. Pero de momento nos limitaremos al factor etiológico constituido por el coitus interruptus y a la exposición de algunas experiencias probatorias.

1) Mientras la neurosis de angustia de una mujer joven no se halla aún plenamente constituida, sino que surge en ramificaciones que desaparecen luego espontáneamente, puede demostrarse que cada uno de tales impulsos de la neurosis depende de un coito en el que la satisfacción fue incompleta. Dos días después del mismo o al día siguiente, en personas menos resistentes, aparece regularmente el ataque de angustia o de vértigo, al que se unen otros síntomas neuróticos, desapareciendo luego todo junto, cuando el comercio matrimonial es poco frecuente. Un viaje casual del marido o una estancia de la mujer en alguna estación de altura, unidos a la interrupción del comercio matrimonial, mejoran generalmente a la enferma. Lo mismo sucede con el tratamiento ginecológico, al que casi siempre se recurre al principio, en estos casos, en cuanto trae consigo la interrupción del trato carnal. Pero tanto la cura de altura como el tratamiento local resultan singularmente ineficaces en cuanto los esposos vuelven a cohabitar. En cambio, si el médico, conocedor de esta etiología, hace sustituir a los cónyuges del coitus interruptus por el normal, obtendrá siempre, en los casos de neurosis aún no constituida, la prueba terapéutica de nuestras afirmaciones, pues la angustia cesará para no volver a presentarse sin un nuevo motivo análogo.

2) En las anamnesis de muchos casos de neurosis de angustia comprobamos tanto en los hombres como en las mujeres, una singular oscilación de la intensidad de los fenómenos y de las alternativas de todo el estado patológico. Un año es casi bueno, y el siguiente, horrible; unas veces la mejoría pareció obedecer a una cura determinada, pero esta misma cura fracasa luego por completo en otro ataque, etc. Si investigamos entonces el número de hijos del matrimonio y su orden de sucesión y confrontamos esta crónica conyugal con el extraño curso de la neurosis, hallaremos que los períodos de mejoría o bienestar coinciden con los embarazos de la mujer, durante los cuales no había, naturalmente, motivo para practicar el comercio preventivo, confirmándose igualmente que el marido obtuvo mejoría en todas aquellas curas, cualquiera que haya sido su clase, cuyo término coincidió con un principio de embarazo en su mujer.

3) De la anamnesis de los enfermos resulta muchas veces que los síntomas de la neurosis de angustia han venido a sustituir, en una época determinada, a los de otra neurosis; por ejemplo, a los de la neurastenia. En estos casos se demuestra siempre que poco tiempo antes de tal mudanza del cuadro clínico ha tenido efecto un cambio correlativo de la práctica sexual nociva.

Estas experiencias, multiplicables a voluntad, imponen al médico, para toda una categoría de casos, la etiología sexual, existiendo otros casos que, por lo menos, se nos hacen comprensibles por medio de la clave que supone tal etiología, sin la cual no nos sería posible tampoco clasificarlos. Tales casos, muy numerosos, son aquellos en los cuales hallamos, desde luego, todo lo que en la otra categoría hemos descubierto, o sea, por un lado, los fenómenos de la neurosis de angustia, y por otro, el factor específico representado por el coitus interruptus, pero en los que además viene a interpolarse algo nuevo, un largo intervalo entre la etiología sospechada y su efecto, y quizá también factores etiológicos de naturaleza no sexual. Veamos un ejemplo: un sujeto sufre, al recibir

la noticia de la muerte de su padre, un ataque al corazón, y a partir de este momento enferma de neurosis de angustia. El caso resulta así incomprensible, pues el sujeto no había mostrado hasta entonces ningún indicio de disposición nerviosa y la muerte de su padre, muy anciano ya, ocurrió en circunstancias totalmente normales, no pudiendo contarse el fallecimiento normal y esperado de un padre anciano entre los sucesos que suelen hacer enfermar a personas sanas. Pero, en cambio, sabemos que el sujeto practica hace ya once años el coito interrumpido, cuidando de que su mujer obtenga en él plena satisfacción, y esta circunstancia arroja ya viva luz sobre la etiología del caso, pues el sujeto presenta exactamente los mismos fenómenos comprobados en otras personas después de una corta práctica del indicado manejo sexual y sin la intervención de otro trauma. Análogamente hemos de juzgar el caso de una mujer que enferma de neurosis de angustia al perder un hijo, y el de un estudiante el que la neurosis de angustia estorba la preparación de unas oposiciones. En ninguno de estos dos casos encuentro explicado el efecto por las causas etiológicas indicadas. Se puede estudiar sin llegar al agotamiento; y la reacción de una madre sana a la pérdida de un hijo no suele ser sino la tristeza normal. Pero ante todo yo esperarí que el trabajo agotador hubiera producido al estudiante una debilidad cerebral, y que al morir su hijo hubiera la madre adquirido una histeria. La circunstancia de enfermar ambos de neurosis de angustia me hace dar valor etiológico a los hechos de llevar la madre ocho años practicando con su marido el coitus interruptus y mantener el estudiante, desde hacía tres años, unas íntimas relaciones amorosas con una joven «honrada», a la que no debe dejar embarazada.

Todo esto nos lleva a afirmar que la nocividad específica sexual del coito interrumpido, cuando no llega a provocar por sí sola la neurosis de angustia, predispone, por lo menos, a su adquisición. La neurosis de angustia surge entonces en cuanto al efecto latente del factor específico viene a agregarse el de otro factor inocuo. Este último puede representar cuantitativamente el factor específico, pero no sustituirlo cualitativamente. El factor específico permanece siendo siempre el que determina la forma de la neurosis. Espero demostrar también este principio en lo que se refiere a la etiología de otras neurosis.

Estas últimas reflexiones contienen además la hipótesis, nada inverosímil en sí, de que las prácticas sexuales nocivas, como el coito interrumpido, llegan a adquirir significación etiológica por la acumulación de otros factores. Según la disposición de cada individuo y las demás taras de sus sistema nervioso, tardará más o menos tiempo en hacerse visible el efecto de tal acumulación. Los individuos que resisten sin aparente perjuicio el coito interrumpido, quedan, en realidad, predispuestos, por su práctica, a las perturbaciones de la neurosis obsesiva, que en una ocasión cualquiera espontáneamente, o después de un trauma sin importancia, pueden emerger con toda intensidad, del mismo modo que el alcohólico crónico acaba adquiriendo, por acumulación, una cirrosis u otra enfermedad o cayendo en el delirio bajo la influencia de un estado febril.

### C) PRIMERAS APORTACIONES A UNA TEORÍA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

Las consideraciones que siguen no aspiran a otro valor que al de una primera tentativa, cuyo enjuiciamiento no deberá influir en la admisión de los hechos descritos en los apartados anteriores. Por otra parte, la admisión de la «teoría de la neurosis de angustia», que vamos a intentar desarrollar, se hace aún más difícil, por el hecho de no constituir sino un fragmento de una más amplia exposición de las neurosis.

Lo que hasta aquí llevamos dicho sobre la neurosis de angustia abarca ya algunos extremos que nos permiten penetrar un tanto en el mecanismo de esta neurosis. Así, en primer término, la sospecha de que puede tratarse de una acumulación de excitación y además el hecho importantísimo de que la angustia en la que se basan los fenómenos de la neurosis no es susceptible de una descarga psíquica. Una descarga sería, por ejemplo, posible si la base de la neurosis de angustia fuera un sobresalto -único o repetido-justificado, que constituyera, desde su ocurrencia, la disposición a la angustia. Pero no es éste el caso.

A causa de un sobresalto único puede adquirirse una histeria o una neurosis traumática, nunca una neurosis de angustia. Al principio, viendo resaltar en primer término, entre las causas de la neurosis de angustia, el coitus interruptus, creíamos que la fuente de la angustia continua podía hallarse en el miedo repetidamente experimentado en cada acto carnal de que la técnica preventiva fracasase y se originara un embarazo. Pero más tarde descubrimos que este estado de ánimo del hombre o de la mujer durante el coito interrumpido carece de toda relación con la génesis de la neurosis de angustia, y que las mujeres a las que no asusta la posibilidad del embarazo se hallan tan expuestas a la neurosis como aquellas otras a las que tal posibilidad espanta. El factor decisivo es, única y exclusivamente, la falta de satisfacción que uno de los cónyuges ha de experimentar en la práctica del coito interrumpido.

Nuestro descubrimiento del mecanismo de la neurosis de angustia encuentra apoyo en la observación, aún no mencionada, de que en series enteras de casos se inicia la neurosis de angustia con una patente disminución de la libido sexual, del placer psíquico, haciendo que al comunicar a los enfermos que su dolencia proviene de una «satisfacción incompleta», nos respondan todos negando la posibilidad de un tal origen, toda vez que precisamente en los últimos tiempos viven sin experimentar la menor necesidad sexual. Todos estos indicios, o sea, el hecho de tratarse de una acumulación de excitación; el de que la angustia, que probablemente corresponda a dicha excitación acumulada, sea de origen somático, siendo, por tanto, acumulada excitación somática; el de que esta excitación somática sea de naturaleza sexual, existiendo paralelamente una disminución en la participación psíquica en los procesos sexuales; todos estos indicios, repetimos favorecen la sospecha de que el mecanismo de la neurosis de angustia ha de ser buscado en la desviación de la excitación sexual somática, de lo psíquico, y en un consiguiente aprovechamiento anormal de dicha excitación.

Podemos aclarar algo más esta representación del mecanismo de la neurosis de angustia exponiendo las siguientes consideraciones sobre el proceso sexual, referentes, en primer lugar, al hombre. El organismo masculino, llegado ya a la madurez sexual, produce -probablemente de un modo continuo- excitación sexual somática, que, periódicamente, llega a constituir un estímulo psíquico. Para fijar mejor nuestras ideas intercalaremos aquí que esta excitación sexual somática se manifiesta bajo la forma de una presión sobre las paredes, provistas de nervios, de las vesículas seminales, de manera que al crecer de continuo la excitación visceral llegará un momento en el que vencerá las resistencias opuestas a su llegada a la corteza cerebral y se exteriorizará como estímulo psíquico. En

este momento queda cargado de energía el grupo de representaciones sexuales dado en la psique y nace el estado psíquico de tensión libidinosa, estado que trae consigo el impulso a hacer cesar dicha tensión. Pero una tal descarga psíquica no es posible sino por un solo medio, al que daremos el nombre de acto específico o adecuado. Este acto adecuado consiste, para el instinto sexual masculino, en un complicado acto reflejo espinal, que tiene por consecuencia la descarga de los nervios antes indicados, y en todos los preparativos psíquicos necesarios para la producción de tal reflejo. Nada que no sea el acto adecuado puede lograr aquí eficacia, pues la excitación sexual somática se transforma continuamente, una vez alcanzado cierto nivel, en excitación psíquica. Tiene que sobrevenir necesariamente aquello que liberta a las fibras nerviosas de la presión que sobre ellas gravita, suprimiendo con ello toda la excitación somática de momento existente, y permitiendo a la conducción subcortical restablecer su resistencia.

No queremos seguir representando de este modo casos complicados del proceso sexual. Nos limitaremos a afirmar que el esquema precedente puede aplicarse también en lo esencial a la mujer, no obstante el problema que plantean las confusas y artificiales oscilaciones del instinto sexual femenino. También en la mujer hemos de admitir una excitación sexual somática y un estado en el que esta excitación se convierte en estímulo psíquico, en libido, y provoca el impulso hacia el acto específico, al cual se enlaza la sensación de voluptuosidad. Lo que no podemos indicar en la mujer es el proceso correspondiente a la distensión de las vesículas seminales.

Dentro de los límites de esta descripción del proceso sexual podemos integrar la etiología, tanto de la neurastenia auténtica como de la neurosis de angustia. La neurastenia surge siempre que la descarga adecuada -el acto adecuado- es sustituida por otra menos adecuada, esto es, siempre que el coito normal en condiciones favorables queda sustituido por la masturbación o la polución espontánea. A la neurosis de angustia llevan todos aquellos factores que impiden la elaboración psíquica de la excitación sexual somática. Los fenómenos de la neurosis de angustia surgen por el hecho de que la excitación sexual somática desviada de la psique se gasta subcorticalmente en reacciones nada adecuadas.

Intentaremos comprobar ahora si las condiciones etiológicas antes expuestas de la neurosis de angustia dejan reconocer el carácter común que hubimos de atribuirles. Para el hombre hemos fijado como primer factor etiológico, la abstinencia. Consiste ésta en la renuncia al acto específico que en todo otro caso sigue a la libido. Una tal renuncia tendrá dos consecuencias: la acumulación de excitación somática y la desviación de la misma por caminos distintos por los cuales espera hallar una descarga antes que por el que pasa por la psique. Resultará así que la libido disminuirá y se exteriorizará la excitación subcorticalmente en forma de angustia. Cuando la libido no disminuye o es gastada la excitación somática en poluciones espontáneas o cesa de producirse al ser rechazada, puede surgir todo menos una neurosis de angustia. La abstinencia es igualmente el factor eficiente en el segundo grupo etiológico, o sea, en el de la excitación frustrada. El tercer caso, el del coito interrumpido realizado cuidando de que la mujer llegue a la satisfacción; actúa perturbando la disposición psíquica al curso sexual por introducir junto a la labor de dominar el efecto sexual una distinta labor psíquica, produciendo así una desviación de la psique. También esta desviación psíquica hace desaparecer paulatinamente la libido, siguiendo entonces el proceso, a partir de este punto, el mismo curso que en el caso de la abstinencia. La angustia que surge en la edad crítica del hombre precisa distinta explicación. En este caso no hay disminución de la libido, pero, en cambio, tiene lugar, como durante el período climatérico de la mujer, un incremento de la producción de

excitación somática tan considerable que la psique resulta relativamente insuficiente para dominarla.

La subordinación de las condiciones etiológicas en la mujer al punto de vista indicado no opone tampoco grandes dificultades. El caso de la angustia virginal es especialmente claro. En él no se hallan aún suficientemente desarrollados los grupos de representaciones a los que ha de enlazarse la excitación sexual somática. En las recién casadas anestésicas la angustia no surge sino cuando las primeras cohabitaciones despiertan una magnitud suficiente de excitación somática. Allí donde faltan los signos locales de una tal excitabilidad, falta también la angustia. El caso de la *ejaculatio praecox* y el *coitus interruptus* se explica análogamente a como en el hombre, por el hecho de ir desapareciendo paulatinamente la libido correspondiente al acto psíquicamente insatisfactorio, mientras que la excitación correlativa es gastada subcorticalmente. En la mujer es más rápida y más difícil de suprimir que en el hombre la emergencia de un extrañamiento entre lo somático y lo psíquico durante el curso de la excitación sexual. El caso de la viudez o la abstinencia voluntaria y el de la edad crítica se resuelven en la mujer lo mismo que en el hombre, si bien en el de la abstinencia viene a agregarse la represión intencionada del círculo de representaciones sexuales; represión a la que con frecuencia se ve obligada la mujer abstinente, que lucha contra la tentación. Análogamente, en la época de la menopausia ha de intervenir también la repugnancia que la mujer ya envejecida siente contra el exagerado incremento de su libido.

También las dos condiciones etiológicas expuestas en último lugar parecen subordinarse sin dificultad a nuestro nuevo punto de vista.

La tendencia a la angustia de los masturbadores que han llegado a enfermar de neurastenia, se explica por la facilidad con que estos sujetos pasan al estado de «abstinencia» después de hallarse habituados durante mucho tiempo a proporcionar a toda excitación somática, por pequeña que fuese su magnitud, una descarga, si bien defectuosa. Por último, el caso final, o sea, la génesis de la neurosis de angustia a consecuencia de una grave enfermedad, de un esfuerzo agotador, de una larga asistencia a un enfermo, etc., resulta explicable por el hecho de que la desviación de la psique la hace insuficiente para dominar la excitación somática; labor que se le plantea de continuo. Sabemos ya cuán extraordinariamente puede disminuir la libido en estas condiciones, siendo estos casos un acabado ejemplo de neurosis, que si bien no presentan una etiología sexual, muestran, en cambio, un mecanismo de este orden.

La teoría aquí expuesta presenta en cierto modo los síntomas de la neurosis de angustia como subrogados de la acción específica omitida sobre la excitación sexual. En su apoyo recordemos ahora que también en el coito normal se gasta secundariamente la excitación en diversos fenómenos físicos, tales como palpitations, aceleración del ritmo respiratorio, sudores, congestión, etc. En el correspondiente ataque de angustia de nuestra neurosis nos hallamos ante tales mismos fenómenos separados del coito e intensificados.

Podría preguntársenos aún por qué la falta de capacidad psíquica para dominar la excitación sexual conduce al sistema nervioso al singular estado afectivo, constituido por la angustia. A esta pregunta contestaremos que la psique es invadida por el afecto de angustia cuando se siente incapaz de suprimir por medio de una reacción adecuada un peligro procedente del exterior, y cae en la neurosis de angustia cuando se siente incapaz de hacer cesar la excitación (sexual), endógenamente nacida. Se conduce, pues, como si proyectase dicha excitación al exterior. El afecto y la neurosis a él correspondiente se

hallan en íntima relación, siendo el primero la reacción a una excitación exógena, y la segunda, la reacción a la excitación endógena análoga. El afecto es un estado rápidamente pasajero, y la neurosis, un estado crónico, pues la excitación exógena actúa como un impulso único, y la endógena como una fuerza constante. El sistema nervioso reacciona en las neurosis contra una fuente de excitación interior, del mismo modo que en el afecto correspondiente contra una excitación análoga exterior.

## D) RELACIONES CON OTRAS NEUROSIS

Expondremos aún algunas observaciones sobre las relaciones de la neurosis de angustia con las otras neurosis.

Los casos más puros de neurosis de angustia son también casi siempre los más marcados. Estos casos se dan en sujetos jóvenes y potentes, cuya enfermedad data de fecha próxima, y presentan una etiología unitaria.

De todos modos, es más frecuente la aparición conjunta y simultánea de síntomas de neurosis de angustia y otros de neurastenia, histeria, melancolía o neurosis obsesiva. Si ante esta mezcla clínica nos retrajésemos de reconocer a la neurosis obsesiva el carácter de una unidad independiente, tendríamos también que renunciar obrando consecuentemente, a la separación, tan trabajosamente lograda, de la histeria y la neurastenia.

Con respecto al análisis de la «neurosis mixta», podemos sentar el siguiente importante principio: en todo caso de neurosis mixta puede descubrirse la existencia de una mezcla de varias etiologías específicas.

Esta multiplicidad de factores etiológicos, condición de la neurosis mixta, puede establecerse de un modo casual; por ejemplo, cuando una nueva acción nociva viene a sumar sus afectos a los de otra ya existente. Tal será el caso de una mujer histérica, que al cierto tiempo de su matrimonio comienza a practicar el coito interrumpido, y añade entonces a su histeria una neurosis de angustia. O el de un masturbador, que su práctica lo ha llevado a la neurastenia, y al que las excitaciones frustradas de un noviazgo ulterior hacen contraer como nueva enfermedad una neurosis de angustia.

En otros casos, la multiplicidad de factores etiológicos no obedece a la casualidad, siendo uno de tales factores el que ha hecho entrar en acción al otro. Así, una mujer con la que su marido realiza el coito interrumpido sin preocuparse de su satisfacción, y que se ve obligada a masturbarse después del coito insatisfactorio para acallar la penosa excitación residual. Esta sujeto, a más de los síntomas de la neurosis de angustia, fruto de la práctica del coito interrumpido, mostrará otros neurasténicos, producto de la masturbación. O también la excitación residual del coito interrumpido provocará en la sujeto ideas voluptuosas, contra las cuales querrá defenderse, y contraerá así, a más de la neurosis de angustia, representaciones obsesivas. O, por último, la práctica del coito interrumpido le hará perder el amor a su marido y experimentar una nueva inclinación, que mantendrá cuidadosamente secreta, mostrando entonces una mezcla de neurosis de angustia e histeria.

En una tercera categoría de neurosis mixtas es aún más íntima la conexión de los síntomas, siendo una misma condición etiológica la que inicia regular y simultáneamente las dos neurosis. Así, la súbita revelación sexual, causa de la angustia virginal, engendra

siempre también histeria, y la inmensa mayoría de los casos de abstinencia voluntaria se enlazan desde un principio con representaciones obsesivas. Igualmente, el coito interrumpido sin satisfacción para el hombre no puede engendrar nunca, a nuestro parecer, una neurosis de angustia pura, sino siempre una mezcla de neurosis de angustia y neurastenia.

De estas reflexiones resulta que es necesario diferenciar también de las condiciones etiológicas de la aparición de las neurosis sus factores etiológicos específicos. Las primeras (por ejemplo, el coito interrumpido, la masturbación y la abstinencia) presentan aún múltiples facetas, y cada una de ellas puede producir distintas neurosis. Sólo los factores etiológicos de ellas abstraídos, tales como la descarga inadecuada, la insuficiencia psíquica y la defensa con sustitución, poseen una relación específica e inequívoca con la etiología de cada una de las diversas grandes neurosis.

Por lo que respecta a su esencia, muestra la neurosis de angustia interesantísimas coincidencias y disparidades con las otras grandes neurosis, especialmente con la neurastenia y la histeria. Con la neurastenia comparte un principalísimo carácter el de radicar la fuente de la excitación, o sea el motivo de la perturbación, en el terreno somático y no en el psíquico, como sucede en la histeria y en la neurosis obsesiva. Por lo demás, se advierte más bien una especie de oposición entre los síntomas de la neurastenia y los de la neurosis de angustia; oposición que puede expresarse sintéticamente con la antítesis «acumulación-disminución de la excitación». Esta antítesis no impide que las dos neurosis se mezclen entre sí; pero se muestran en el hecho de que en ambas los casos extremos son también los más puros.

Con la histeria muestra la neurosis de angustia una serie de coincidencias sintomatológicas aún poco estudiada. La aparición de los fenómenos, bien como síntomas duraderos, bien en ataques; las parestesias, agrupadas a modo de aura; las hiperestесias y puntos sensibles, que se muestran en ciertos subrogados del ataque de angustia en la disnea y en el ataque cardíaco; la intensificación de los dolores, quizá orgánicamente justificados (por medio de la conversión); estos y otros caracteres comunes hacen incluso suponer que mucho de lo que atribuimos a la histeria debería serlo a la neurosis de angustia. Pasando al mecanismo de ambas neurosis, en cuanto hasta ahora nos ha sido posible descubrirlo, hallamos ciertos caracteres que nos permiten considerar la neurosis de angustia como la contrapartida somática de la histeria. Tanto en una como en otra se trata de una acumulación de la excitación, paridad en la que se basa quizá la analogía antes descrita de los síntomas. En ambas se da también una insuficiencia psíquica, a consecuencia de la cual surgen procesos somáticos anormales. Por último, también en las dos surge, en lugar de una elaboración psíquica, una desviación de la excitación hacia lo somático, con la única diferencia de que la excitación en cuya desviación se manifiesta la neurosis es en la neurosis de angustia puramente somática (la excitación sexual somática) y en la histeria psíquica (provocada por un conflicto). No podemos, pues, extrañar que la histeria y la neurosis de angustia se combinen regularmente entre sí, como sucede en la «angustia virginal» o en la «histeria sexual», ni que la histeria tome de la neurosis de angustia toda una serie de síntomas. Estas íntimas relaciones de la neurosis de angustia con la histeria proporcionan un nuevo argumento para la necesidad de separar la neurosis de angustia de la neurastenia, pues rechazando esta separación no podemos tampoco mantener la diferenciación que tan imprescindible nos es entre la neurastenia y la histeria.