

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

### ***“La angustia en la infancia y la adolescencia”***

**Autor: Alejandro Hernández González**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia.**

**Nombre del asesor:  
Laura Cecilia Servín Leyva**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





---

---

**“LA ANGUSTIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA”**

**ENSAYO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA  
PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.**

**PRESENTA:**

**ALEJANDRO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

**ASESOR:**

**MTRA. LAURA CECILIA SERVÍN LEYVA**

**RVOE MAES-100512**

**CLAVE 16PSU0023Y**

**MORELIA MICHOACAN, OCTUBRE 2015.**

**INDICE****INTRODUCCIÓN**

<b>1. LA ANGUSTIA EN LA INFANCIA .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 ANTECEDENTES .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 DEFINICION DE ANGUSTIA.....</b>	<b>18</b>
<b>2. MANIFESTACIONES DE LA ANGUSTIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES .....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>

## INTRODUCCION

Los trastornos mentales caracterizados por la presencia de angustia como síntoma predominante se conocen desde la antigüedad, sin embargo, la decisión de agruparlos en categorías diagnósticas específicas corresponde primordialmente a Freud, quien a finales del siglo XIX describió los diversos tipos de neurosis, considerando la angustia como su elemento básico. Se afirma desde entonces, que la neurosis de angustia constituye la expresión más simple del trastorno neurótico en el que el supuesto conflicto inconsciente no se encuentra disfrazado, desplazado o simbolizado (Freud, 1981).

La angustia y la ansiedad son términos que se pueden confundir, por ello, es de suma importancia identificar las diferencias entre cada una de ellas. Por su parte, La angustia es objetiva generada por una situación desconocida, mientras que la ansiedad, por algo conocido. Es decir, se genera por una situación amenazante evidente como: una inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego, lo cual genera un malestar psicofísico. Igual que en la angustia, la ansiedad puede convertirse en una patología (De Ajuriaguerra, 1984).

Así mismo, una forma de manifestación de la angustia se puede apreciar en síntomas físicos, en el área motora, temblor, incapacidad para relajarse e inquietud; así como temblores, sudoración, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, mareos, taquicardia, miedo, culpa, tensión mental etc. En realidad, generalmente lo que sucede no tiene que ver con un problema fisiológico en primera instancia, sino, con una "angustia o una ansiedad" la cual, es generada por varias circunstancias, en el caso de los niños, por la angustia de castración (Freud, 1981). Sucede por una alteración emocional derivada de una la tensión psíquica, esta angustia es perturbadora, tanto, que debilita las funciones psíquicas y por consecuencia inhabilita a la persona para desarrollarse de una forma normal en cada una de las actividades de su vida cotidiana.

La finalidad de este trabajo es mostrar aquello que genera la angustia y a la vez explicar, cómo se vive con ella, así como la manera de canalizarla para que se mantenga a la persona en un equilibrio mental para su buen desempeño en cada una de las funciones de su vida cotidiana. Por otra parte, cada individuo tiene sus propias resistencias y antecedentes familiares, los cuales, pueden dificultar el proceso psicoterapéutico para lograr su recuperación o cura. En una primera época y a consecuencia del estudio de las neurosis actuales, principalmente la neurosis de angustia, la cual se considerada como la transformación de la excitación sexual acumulada y no satisfecha (Freud, 1981).

## 1. LA ANGUSTIA EN LA INFANCIA

### 1.1 ANTECEDENTES

En los siglos pasados, el trato a los niños solía estar relacionado con meras posesiones familiares como si se tratara de cualquier cosa, donde no importaban ni sus necesidades, ni sus deseos de condición como infante, ni su identidad. Más bien se le consideraba una mercancía que se podía comercializar. Es decir, el niño no era respetado como tal, por lo que, recibía un trato de adulto. Anteriormente, no se consideraba cada una de las etapas por las que pasa y las tareas que son convenientes cumplir, para poder llegar posteriormente a la adolescencia y subsecuentemente, a la edad adulta.

Por su parte, Jiménez (1998) afirma que la infancia ha tenido que recorrer un largo y penoso camino desde un estado, de ser mera posesión, hasta el estado de ser persona. Hasta antes del siglo XVI, a la mayoría de los niños y niñas mayores de 6 años, se los consideraba como pequeños adultos y no formaban un grupo separado de ellos. Los primeros tiempos de la infancia, parecen haber sido un “periodo macabro”, una “pesadilla” de malos tratos donde los padres tenían un poder ilimitado, los niños y niñas eran ignorados, abandonados, vendidos como esclavos, mutilados, eliminados; con la aceptación general de la sociedad en muchos momentos de la historia. Sin embargo, se esperaba que todo esto cambiara, por el bien de ellos.

En los siglos XVI, XVII y XVIII hubo un cambio en la naturaleza de ese estado de mera propiedad sobre los menores. Comenzaron a ser valorados como mano de obra que contribuía al trabajo familiar y como garantía de sustento cuando los padres fueran mayores. En los primeros momentos de este periodo, los niños más pequeños continuaron siendo ignorados y sin identidad individual; en la medida que eran considerados reemplazables e intercambiables y su educación era muy dura y cruel. Así mismo, al pasar de los años, comenzaron a ser considerados como un grupo especial que los padres debían mantener, educar y proteger.

Afortunadamente, a partir del siglo XIX, se establece una separación clara entre niños y adultos como un grupo vulnerable, necesitado de protección.

La infancia en los siglos pasados, como menciona Jiménez (1998), fue tratada y vivida por los niños de manera brutal e inhumana, ya que independientemente del tamaño físico y edad, se les trataba como objetos, no como humanos, posteriormente como esclavos, después como mano de obra, hasta el siglo XIX realmente se da una separación del adulto y se le considera como grupo vulnerable y necesitado de atención, educación, buen trato y amor, pero para llegar hasta este punto, tuvieron que pasar cerca de cuatro siglos de evolución en beneficio del menor.

Es decir, en la actualidad se espera que el niño sea considerado como un ser vulnerable a cualquier situación que lo rodea, donde, los padres deben de brindar protección, cuidado y amor desde el nacimiento incluso hay teóricos que lo recomiendan desde la concepción para que esto vaya ayudando en la identificación con sus padres, esto con la finalidad de lograr que el niño adquiera seguridad, ya que nace indefenso y desconoce de cada una de las situaciones a las que se enfrentará en el transcurso de su vida. Por lo tanto, es de suma importancia el que el infante logre una buena vinculación con sus padres.

Así mismo, la adolescencia, es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, donde se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, debido a que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. Por otro lado, puede considerarse dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiesta en diferente intensidad en cada persona. El conocimiento de la adolescencia surge como consecuencia a una seria preocupación por el estudio del ser humano y su evolución. Es decir, se deben de superar cada uno de los obstáculos que pueden detener el desarrollo de la niñez para que no resurjan en la adolescencia.

Para enfatizar algunas características del adolescente, es importante tomar en cuenta su falta de estabilidad en las manifestaciones de su conducta social. Es decir, cada adolescente es multifacético, posee una especie de polaridad dentro de su personalidad, y cada una de sus manifestaciones conductuales se esfuerza por dominar a las demás y construir aspectos definitivos para la personalidad adolescente. El problema se incrementa cuando se trata de fijar normas y principios tipológicos que sirvan para caracterizar y generalizar los conocimientos de esta etapa. La diferenciación sexual constituye un factor decisivo que impide esta generalización, así como diversas formas de conducta, características orgánicas, medio económico, estilo de vida, ambiente familiar, tipo de localidad en la que reside, clase social, variaciones propias de la herencia, características raciales, clima y aspectos socioculturales, entre otros (González, 2001).

Por lo tanto, al conjugarse cada uno de estos elementos da lugar a un individuo adulto único y diferenciado, acorde a las características comunes de la especie, en un proceso en el cual la ontogenia y la filogenia coinciden. Sin embargo, es complicado fijar la duración de la adolescencia, así como las etapas que las constituyen; para su comprensión es necesario recalcar que forma parte de la primera fase del curso de la vida del ser humano, llamada también fase evolutiva, que inicia al momento de la fecundación y termina a los 25 o 30 años de edad. Siendo la adolescencia el periodo caracterizado por crecimiento orgánico, adquisición de madurez sexual y capacidad reproductiva, fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como la maduración global de la inteligencia.

Durante la adolescencia, el individuo cursa por distintas fases (Gonzalez, 1992). Donde la nueva meta pulsional es la capacidad de procrear, por lo que requiere para su satisfacción una serie de prerrequisitos que deben satisfacerse, parcialmente, en el mundo interno y el ambiente. Por su parte, en las sociedades de mayor desarrollo económico se presenta una prolongación de la adolescencia producida, en gran parte, por la permanencia en la escuela. Mientras que, en grupos

humanos de actividades económicas sencillas la adolescencia abarca un corto periodo (Moreno, 1981).

En la actualidad, con el avance de la educación, los largos periodos de la adolescencia se han convertido en experiencias normales para los jóvenes de todas las clases sociales. Es decir, la adolescencia se caracteriza por la adaptación y superación de cada una de las fases, esto dependerá de cada cultura, creencias, demografía en la cual se desarrolle. Mientras tanto, en casi todos los aspectos de la personalidad es una época de crisis, de tormentas metafóricamente dicho, es el momento de un nuevo nacimiento: corporal y funcional por efecto biológico sexual; emocional, no porque haya nuevas emociones sino debido a que existen ahora nuevas intensidades (Malher et al., 1977).

Es decir, el adolescente deberá superar cada una de las etapas que le corresponden en esta fase del desarrollo psíquico, al igual que cuando niño, el adolescente se enfrentará nuevamente a la angustia en cada uno de los cambios corporales y psíquicos que desarrollará así como afrontar una realidad de independencia, desapego, sexualidad, adaptación y responsabilidad, donde ya no existirá figura materna o paterna para apoyarse, por lo que, buscará sus relaciones simbólicas como amigos, maestros o familiares los cuales, jugarán dicho papel.

Por lo tanto, en el siguiente ensayo se analizarán algunas de las situaciones donde se desencadenan la angustia en los niños y los adolescentes, las cuales se presentan desde temprana edad, como en la angustia de los ocho meses (Spitz, 1985). Donde el niño desarrolla tres conductas básicas del desarrollo de su personalidad, al faltar alguna de ellas, el niño tendrá problemas en lo emocional. 1.- El primer organizador se refiere a la sonrisa social que aparece a los tres meses de edad como primera manifestación afectiva. 2.- En el segundo organizador se presenta la angustia frente al extraño a los ocho meses de edad y denota el desarrollo de un adecuado vínculo con sus figuras cercanas. El niño por su parte, desarrolla la memoria de evocación, es decir compara al desconocido con la representación interna de la madre. Entonces la expresión de ansiedad tiene un valor adaptativo y de supervivencia. En consecuencia, a la edad de 8 a 12 meses

es normal la presencia de “ansiedad de separación”. No obstante, si la separación es prolongada durante meses o años, da pie a una conducta de desapego, poniendo en riesgo la conducta psíquica del niño y del futuro adulto. 3.- el tercer organizador es el “no” de los dieciocho meses a los dos años. Con lo cual, el niño acepta o rechaza y comienza a desarrollar su autonomía e identidad. En el transcurso de la vida, en algunos casos la angustia es más significativa que en otros, esto depende del aparato psíquico de cada individuo, ésta aparece en el momento del nacimiento como lo expresa Freud (1981) donde menciona, que la angustia es un estado afectivo, es decir, una reunión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer con las correspondientes inervaciones de descarga y su percepción.

La angustia surge cuando la dotación madurativa del individuo no puede responder de forma adecuada a una tensión experimentada como amenazadora. El hecho de que la tensión sea de origen interno o externo, es decir, el que la dotación madurativa sea débil o inexperta, no cambia en absoluto la naturaleza del efecto. Es fácil concebir que las manifestaciones clínicas de la angustia sean variadas, múltiples, y cambiantes. En suma, hay que distinguir entre las manifestaciones preverbales de angustia aquellas que surgen cuando el niño puede expresar mediante palabras lo que siente (De Ajuriaguerra, 1984).

Por lo tanto, la angustia preverbal del bebé depende mayormente de la capacidad de observación y empatía del adulto, donde, cada madre conoce el registro de los gritos de su bebé, que expresan cólera, el placer del balanceo, una llamada, y a veces también pánico. Estos últimos consiguen que rápidamente corra cerca de él. Estos se acompañan a menudo de grandes descargas motrices, testimonio del malestar del bebé. Es decir, el bebé expresa su angustia con todo aquello que no tiene que ver con lo verbal, donde busca la atención para calmar su angustia mediante lo que tiene a su alcance como el llanto y el movimiento.

Winnicott citado por De Ajuriaguerra (1984) llega a considerar que ciertas convulsiones del niño pequeño podrían ser la manifestación de una angustia psíquicamente insuperable. Es decir, el bebé a veces es cruel, trata a la madre como a una escoria, como a una sirvienta gratuita, como a una esclava. Este trato se debe

al narcisismo que presenta el niño. Donde es un amor interesado, de tal manera que, una vez conseguido lo que se propone, la arroja de sí mismo. Al principio el bebé debe dominar, hay que protegerle, la vida debe desarrollarse en relación a la marcha del bebé y esto hace necesario un continuo y detallado cuidado por parte de la madre.

Entonces, el niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprehensión, como si algo terrible fuera a suceder, sobre este fondo ansioso, que hace al niño irritable y fácilmente inquieto por su salud física, pueden sobrevivir episodios agudos, auténticos ataques de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo, enfermedad, ingreso en la escuela, cambio de clase, traslado de domicilio, vacaciones etc. o interno. Los episodios agudos de angustia son los que manifiesta el niño (vómitos, cefaleas, dolores abdominales o de las extremidades). El niño parece aterrado, sudoroso, se resiste al razonamiento antes de los 7 - 8 años, donde, solo la presencia de la madre o del padre es susceptible de calmar realmente el acceso de angustia. Es decir, la madre o padre son los únicos que pueden controlar la angustia del bebé, por ejemplo los terrores nocturnos, donde con la empatía y la palabra lo tranquilizan.

Con el paso del tiempo, el niño exterioriza su angustia, no mediante palabras, pero si mediante acciones. Así el corolario de la crisis de angustia será, hacia los 11-12 años, donde, el paso al acto bajo formas diversas como: crisis de cólera, exigencias insaciables, fugas, distintos trastornos de la conducta. Mientras tanto, el riesgo estriba entonces en que la ansiedad del adulto provoque una espiral ascendente en la que la angustia de uno aumente la del otro. Es decir, si él padre/madre no controlan su ansiedad ante las crisis del bebé, se lo transfieren dando como resultado una angustia mayor de las dos partes. Por lo que, la contención física firme pero benevolente, y la limitación de la destructividad del niño, representan las mejores actitudes en orden a calmar en un principio estos accesos agudos de angustia (De Ajuriaguerra, 1984).

Para Klein (1921) el dualismo pulsional es constitutivo del individuo. Es decir, el bebé más pequeño debe hacer frente al antagonismo de sus pulsiones agresivas

(las cuales proyecta) y de sus pulsiones libidinales. Sin retomar aquí sus principales elaboraciones teóricas. Entonces, las angustias son principalmente persecutoras en la fase esquizoparanoide. Es decir, el bebé se defiende de la angustia provocada por sus pulsiones agresivas proyectándolas sobre los objetos malos que le rodean, en este caso el pecho malo frustrante, y después madre mala, a la par que, mediante la escisión, protege la imagen del buen pecho gratificante y después de la madre buena.

Por lo tanto, la consecuencia de esta escisión es que el bebé vive, según Klein, en la angustia de ser “atacado” por el pecho malo o por la madre mala la cual, genera la angustia paranoide, donde, se alcanza un segundo hito cuando se constituyen las primicias del objeto total o se interioriza el temor de destrucción del pecho bueno o de la madre buena. Es entonces cuando se desarrollan las angustias depresivas es decir, el bebé tiene la sensación de ser malo para los objetos y personas buenas. Por lo que, sólo transcurrido el estadio de la posesión depresiva, por el desplazamiento y condensación metonímica, se organiza la angustia de castración, por lo tanto, para Klein la angustia es un factor existencial de base, al que ningún niño puede escapar.

Mientras que, para Malher (1972) el punto de partida consiste en la existencia de un estado de fusión entre madre e hijo, absolutamente gratificante, y del que se halla excluida cualquier tipo de angustia. La cual, aparece en los primeros estadios de la fase de separación, en la que la dotación madurativa del niño ha progresado de tal modo que, para el niño como para la madre, el estado de simbiosis no puede ya sostenerse. Es decir, la angustia de separación emerge entonces y a su alrededor se organizan las etapas ulteriores. De acuerdo con, Sandler y Joffe, distinguen dos estados afectivos de base. El primero es el sufrimiento (casi fisiológico) cuando falta el objeto de la relación funcional en una época en que es aún necesario. Y el otro, es el auténtico sentimiento depresivo, que aparece en un segundo tiempo y se traduce mediante la nostalgia y el sufrimiento psíquico secundario a la ausencia del objeto, pero en un periodo más tardío.

En tanto, Bowlby citado por De Ajuriaguerra, (1984) argumenta que la necesidad de vinculación del bebé con su madre es una necesidad primaria, cuya no satisfacción provoca la aparición de una angustia primaria. La cual, se considera en principio, como la resultante de la impotencia del niño para encontrar su objeto normal de vinculación. Donde, la realidad de la ausencia, directamente inspirada en los estudios etológicos, tiene aquí mayor importancia que en los trabajos de Spitz (1985) es decir, la relación con el rostro conocido (el de la madre) tiene el papel esencial.

Winnicott recoge las teorías klenianas, incluyendo en ellas la relación maternal, donde la solicitud maternal primaria permite al bebé la gratificación casi completa de todas sus necesidades, es decir las pequeñas inadecuaciones progresivas e inevitables entre madre e hijo, las cuales permitirán que poco a poco éste renuncie al sentimiento ilusorio de plenitud y de omnipotencia. Por lo que, se introducirá después la sensación de carencia, fuente de la angustia. Según la madre mantenga o no dicho estado de carencia dentro de unos límites aceptables o no para el niño, así se realizará la evolución madurativa de este último y el establecimiento de la seguridad suficiente, o por el contrario la aparición de la angustia. Donde Winnicott la llama “temor al hundimiento” entonces, contra ella se alzarán las defensas psíquicas y somáticas. Es decir, lo significativo es la capacidad que tiene el yo para dominar la angustia (Freud, A. citado por De Ajuriaguerra, 1984).

Para Freud (1981) la angustia es una señal cuya sede es el yo, esta señal de peligro de que el placer prohibido se realice, por lo que el psiquismo es orientado a que se parte del placer en vez de dirigirse a él, la angustia suscitada como señal es la que lleva a la represión. El único medio de renunciar a un placer es oponer un displacer mayor, pero ¿de dónde proviene este displacer? Más bien proviene de la cantidad de ocupación que es retirada de la representación reprimida. La angustia no es producción sino reproducción de una angustia arcaica primordial: la angustia del nacimiento. El yo la reproduce para indicar los peligros libidinales que surgen cuando la pulsión está a punto de realizarse (Freud, 1981).

En la angustia, el peligro se siente como si ya estuviese allí, no hay escapatoria la característica de la angustia es que se coloca en un estado de indefensión, sin recursos e impotencia radical. Frente a la angustia nada se puede, sin embargo cuando la represión está a punto de deshacerse surge una angustia la cual está en el principio de todo, es decir, un desequilibrio de la psique, es pues inevitable ante cualquier situación que se presente en la que esté expuesta la persona.

En el yo existe un instinto de “auto conservación” ante la amenaza de angustia, generando el mecanismo de represión ante los diferentes factores ambientales que se presentan en el entorno del individuo. Existe una transmisión hereditaria donde las enfermedades neuróticas se adquieren de una generación a otra. Por su parte, Freud (1981) señala que la influencia de la moral sobre la génesis y desarrollo de las neurosis, introduce la noción de una transmisión hereditaria y subraya el fenómeno de la repetición de prototipos de relación de objeto, identificaciones y escenas fantasmáticas.

Existe la “angustia realista” y “angustia neurótica”, la primera es una reacción que parece lógica frente al peligro, a un daño esperado de afuera; mientras que la segunda es enteramente enigmática, como carente de fin. En un análisis de la angustia realista, se reduce a un estado de atención sensorial incrementada y tensión motriz, el cual llama apronte angustiado. Entonces, la angustia realista es generada por un fenómeno externo el cual es perturbador para la persona lo cual, genera una reacción.

A partir de ese estado, de angustia realista, se desarrolla una reacción por lo que, serían posibles dos desenlaces. El desarrollo de angustia y la repetición de la antigua vivencia traumática, por lo que, se limita a una señal, y entonces la restante reacción puede adaptarse a la nueva situación de peligro, desembocar en la huida o en acciones destinadas a ponerse a salvo. O bien, lo antiguo prevalece, toda la reacción se agota en el desarrollo de angustia, y entonces el estado afectivo resultará paralizante y desacorde con el fin para el presente (Freud, 1981). La angustia realista se presenta ante una situación real, la cual es consciente, por lo que dicha angustia genera un miedo desmedido. Ésta, puede desarrollarse en el

momento, o una vez recreada, por ejemplo en la niñez al presentarse en el momento del nacimiento.

Por otra parte, la angustia neurótica se puede clasificar en tres clases de constelaciones: En primer lugar, como un estado de angustia libremente flotante, general, pronto a enlazarse de manera pasajera con cada nueva posibilidad que emerja; es la llamada “angustia expectante”, como en la neurosis típica de angustia. En segundo lugar, ligada de manera firme a determinados contenidos de representación en las llamadas “fobias”, de las cuales existen dos grupos: las fobias comunes y las fobias ocasionales, en las primeras se encuentra el miedo exagerado a la noche, la soledad, la muerte, las enfermedades, las serpientes y en segundo lugar la agorafobia y las demás fobias de la locomoción. Se caracterizan por qué se puede discernir un vínculo con un peligro externo, pero la angustia frente a él no puede menos que aparecer de una forma desmedida.

Por tanto, las fobias de locomoción son aquellas que tienen su origen infantil en la fase sádico-edípica del desarrollo, etapa en donde pueden apreciarse manifestaciones de angustia por ejemplo, en el caso Juanito donde a través de un sueño, se manifiesta la angustia, ésta se debe a un deseo erótico reprimido. A la vez, surge primero la fobia en una de las salidas con la niñera donde de repente se pone a llorar y quiere regresar a casa, y la segunda fobia, a que se hiciera de noche. Es así como esta angustia es generada por un deseo reprimido donde es disminuida cuando, se le presenta el objeto o está con el objeto, su madre (Freud, 1981).

Otro claro ejemplo, del cual se habla más adelante a partir de la página 16 es el del pequeño Fritz, donde también se presenta la angustia y la fobia al juntarse con los niños y donde al igual que Juanito existía una represión (Klein, 1921).

En tercero y último término, “la angustia en la histeria” y otras formas de neurosis graves, que acompaña a síntomas, o bien emerge de manera independiente como ataque o como estado de prolongada permanencia, pero siempre sin que se le descubra fundamento alguno en un peligro exterior. La presencia de la angustia neurótica (expectativa angustiadora) se debe de acuerdo a Freud en sus primeros escritos con la economía de la libido en la vida sexual. La causa más común de la

neurosis de angustia es la excitación frustránea. Donde se provoca una excitación libidinal pero no se satisface, no se aplica; entonces, en remplazo de esta libido desviada de su aplicación emerge el estado de angustia. Es decir, se presenta por una insatisfacción sexual, la cual es reprimida, donde la libido no puede satisfacer su necesidad. Por ejemplo, en el complejo de Edipo donde el niño se enamora del padre del sexo opuesto y no puede consumir su amor y deseo sexual.

En un primer momento se creía que la represión era quien provocaba la angustia y otras neurosis, ya que se encuentra adherida a la libido, sin importar que se trate de agresión o amor. Cabe mencionar, que en los niños con fobias que presentan angustia, ello, no debe imputarse a la angustia realista, sino a la neurótica. La angustia está al servicio de la autoconservación y es una señal de un nuevo peligro; se genera a partir de una libido que de algún modo se ha vuelto inaplicable; lo hace también a raíz del proceso de la represión; la formación de síntoma la releva, la liga psíquicamente, por así decir; se siente que aquí falta algo que unifique los fragmentos.

Pero La realidad es que el yo es el único almacigo de la angustia, sólo él puede producirla y sentirla, es situado en una nueva y sólida posición desde la cual, las constelaciones cobran un aspecto diferente. Y de hecho, no tendría sentido hablar de una “angustia del ello” o adscribir al superyó la facultad del estado de angustia. En cambio, las tres principales variedades de angustia -la realista, la neurótica y la de la conciencia moral- puedan ser referidas tan espontáneamente a los tres vasallajes del yo: respecto del mundo exterior, del ello y del superyó. Con esta nueva concepción ha pasado también al primer plano la función de la angustia como señal para indicar una situación de peligro, función que por cierto no se desconocía antes; ha perdido interés la pregunta por el material con que está hecha la angustia, los vínculos entre angustia realista y neurótica se han aclarado y simplificado de manera sorprendente (Freud, 1981).

El peligro real que siente el niño es el castigo a la castración, la angustia frente al complejo de Edipo y a la castración es uno de los motores más frecuentes e intensos de la represión. La angustia de castración no es, desde luego, el único motivo de la

represión; en las mujeres lo que genera una angustia es la envidia del pene. En su remplazo aparece en las de su sexo la angustia a la pérdida de amor, que puede dilucidarse como una continuación de la angustia del lactante cuando echa de menos a la madre. Por otro lado, la madre está ausente o ha sustraído su amor al hijo, la satisfacción de las necesidades de éste ya no es segura, y posiblemente queda expuesto a los más penosos sentimientos de tensión. Estas condiciones de angustia repiten en el fondo la situación de la originaria angustia de nacimiento, la cual también implicó una separación de la madre (Freud, 1981).

Sin embargo, Ferenczi (1925) citado por Freud (1981) afirma que pueden incluir también la angustia de castración en esta serie, pues la pérdida del miembro viril tiene por consecuencia la imposibilidad de una reunificación con la madre o con su sustituto en el acto sexual. Por su parte, Rank 1991 (citado por Freud, 1981) a quien el psicoanálisis debe contribuciones valiosas, tiene también el mérito de haber destacado de manera expresa la significación del acto del nacimiento y de la separación de la madre. Para él, la vivencia de angustia del nacimiento es el arquetipo de todas las situaciones posteriores de peligro. Es decir, que en verdad a cada edad del desarrollo le pertenece una determinada condición de angustia, y por lo tanto una situación de peligro. El peligro del desvalimiento psíquico conviene al estadio de la temprana inmadurez del yo. Así mismo, a cada condición de angustia, le corresponde una adecuada manera de resolución.

Por lo tanto, el peligro de la pérdida de objeto (de amor), corresponde a la heteronomía de la primera infancia; el peligro de la castración, a la fase fálica; y, por último, la angustia ante el superyó, angustia que cobra una posición particular, al período de latencia. A medida que avanza el desarrollo, las antiguas condiciones de angustia tienen que ser abandonadas, pues las situaciones de peligro que les corresponden han sido desvalorizadas por el fortalecimiento del yo. Pero esto ocurre de manera sólo muy incompleta. Son muchos los seres humanos que no pueden superar la angustia ante la pérdida de amor, nunca logran suficiente independencia del amor de otros y en este punto continúan su conducta infantil.

La angustia, ante el superyó no está normalmente destinada a extinguirse, pues es indispensable en las relaciones sociales como angustia de la conciencia moral, y el individuo sólo en rarísimos casos puede independizarse de la comunidad humana. Por lo demás, algunas de las antiguas situaciones de peligro se las arreglan para sobrevivir en épocas posteriores modificando oportunamente sus condiciones de angustia. Por ejemplo, el peligro de la castración se conserva bajo la máscara de la fobia a la sífilis. El adulto sabe sin duda que la castración ya no la concibe como castigo por entregarse a concupiscencias sexuales, pero en cambio se ha experimentado que tal libertad pulsional está amenazada con graves enfermedades.

Por lo tanto, el yo se halla con respecto a las otras dos instancias psíquicas en una relación de dependencia al cual genera una impotencia y su disposición a la angustia entre ambos. Revelando así su dificultad para mantener su responsabilidad. Freud (1981) menciona que la angustia es explícita en la fobia, ésta sustituye el peligro interior de la castración por un peligro exterior visible. La histeria está relacionada con la pérdida o falta de amor. Es decir, el superyó se vale de todas las amenazas para que la castración sea postergada el mayor tiempo posible.

La fobia, por tanto, se alimenta entonces de la inminencia constante del peligro de la castración. El yo está al alba controlando estas dos instancias psíquicas, vigilándolos y cuidando cada una de sus acciones, pero en un descuido que se dé el yo, ambos, el ello como el superyó lo aprovecharán para no cumplir con su función y es cuando se genera la angustia. Es decir, que el yo estará al pendiente de cada una de las funciones de las otras dos instancias psíquicas para mantener el equilibrio emocional del sujeto, pero en ocasiones es difícil para el yo controlarlos.

Por lo tanto, la angustia es el estado afectivo por excelencia, no está vinculado a la pérdida de un objeto sino a la insatisfacción que resulta del crecimiento de la tensión de la necesidad frente a la cual el niño es importante. Entonces Freud (1981) afirma que la angustia resulta de un peligro o de la amenaza que puede suceder en la naturaleza. Es decir, la angustia es generada por la naturaleza misma donde

siempre se manifestará en cada individuo, está será percibida como una alteración en el psiquismo. Por su parte, para Lacan 1976 (citado por Freud, 1981) la angustia es la condición soberanamente humana del hombre en la tierra. Es decir, la angustia supera al ser humano por sus manifestaciones y desequilibrio emocional que genera al momento de manifestarse y no ser controlada, la cual no se puede evitar.

La angustia es la manifestación imaginaria del objeto, la cual, genera una ansiedad por su presencia, es un indicador de la aproximación de la castración, ya que la castración es simbólica y el objeto imaginario, es decir, la sombra de la mamá que trae consigo el niño la cual da como resultado la angustia de que el falo no ofrezca la significación de la diferencia. Entonces la angustia es la interrogación de ese punto negro al preguntarse ¿Qué quiere él de mí? Por lo tanto, la angustia es generada por la imaginación del objeto, lo cual representa la castración para él niño, ésta genera ansiedad por el peso simbólico que representa, a su vez se le da una connotación de mujer, es decir de la madre (Lacan 1976 citado por Freud 1981).

En el siguiente ejemplo, Lacan muestra cómo se presenta la angustia a través de la interpretación del comportamiento de una niña ante un perro, donde el objeto tiene otro significado para la menor. Es decir, el temor que causa dicho perro es el miedo de la niña a la castración.

Lacan (1957) citado por Freud (1981) refiere: "estábamos de visita en casa de un amigo común, un médico -clínico general- con su esposa y sus dos hijas. Conversábamos tranquilamente, cuando de pronto oímos un grito de terror proferido por una de las niñas, de tres años de edad. Me vuelvo y la veo, abrazada al cuello de su madre, y llorando convulsivamente. Yo ni siquiera me había dado cuenta de que la causa del llanto era la perrita de la casa que, moviendo la cola, se había acercado a mí en busca de una caricia. Entonces, el padre de la niña nos explica "médicamente" lo que pasa: "Mi hija reacciona así porque hace algunos meses vio en un fila (perro enorme y feroz de raza brasileña) abrir la boca de sueño, y se aterrorizó. Desde entonces se asusta de todos los perros."

Es una explicación médica; pero falsa. Es evidente que la niña no le tenía miedo a la perrita, que juega con todos y es amistosa. Se aterroriza porque la presencia de

la perra pone en movimiento una "imagen", un objeto que interroga su deseo, pues pone en tela de juicio el ser ella misma, dado que esta representación es ella misma. O sea, que lo que ella teme es esa propia "imagen" interior con la cual no consigue integrarse. Por lo tanto, se trata de un síntoma, de un significante y no de un significado que, lejos de representar una cosa (en este caso, el perro feroz, la fila) representa a la niña misma como sujeto. Se desprende de allí que el papel del análisis no es establecer el "por qué" del síntoma sino de dilucidar "cómo" se estructuró de ese modo. El "por qué", establece relaciones universales de lo universal, mientras que el "cómo", sitúa al sujeto en ese universal. Por eso, lo que el neurótico teme es "hacer su castración suya... hacer de su castración algo positivo, que es la garantía de esa función del Otro".

Es evidente, que las personas neuróticas permanecen infantiles en su conducta hacia el peligro y no han superado condiciones de angustias antiguas; se ve como una contribución fáctica a la caracterización de los neuróticos; no resulta tan fácil decir por qué ello es así. Entonces, quien crea a la angustia por un lado es la represión y por otro una situación pulsional que se remonta a situación de peligro exterior, el yo nota que la satisfacción de una exigencia pulsional emergente convocaría una de las bien recordadas situaciones de peligro. Por tanto, esa investidura de pulsión debe ser sofocada de algún modo, cancelada, vuelta impotente.

Ahora bien, el caso de la represión es aquel en que la moción de pulsión sigue siendo nativa del ello y el yo se siente endeble. El yo desempeña esa tarea cuando es fuerte e incluye en su organización la respectiva moción pulsional entonces, el yo recurre a una técnica que en el fondo es idéntica a la del pensar normal. El pensar es un obrar tentativo con pequeños volúmenes de investidura, semejante a los desplazamientos de pequeñas figuras sobre el mapa, anteriores a que el general ponga en movimiento sus masas de tropa. Es decir, el yo anticipa así la satisfacción de la moción de pulsión dudosa y le permite reproducir las sensaciones de displacer que corresponden al inicio de la situación de peligro temida.

Así, se pone en juego el automatismo del principio de placer-displacer, que ahora lleva a cabo la represión de la moción pulsional peligrosa, el yo busca una investidura para protegerse de la represión, con la idea de generar un displacer ante el objeto. La angustia, es un factor traumático que no puede ser tramitado según la norma del principio de placer. El hecho de estar dotados no pone a salvo de daños objetivos, sino sólo de un daño determinado para la economía psíquica. Esto, se debe a que la angustia ocasiona un displacer al manifestarse en el aparato psíquico del individuo (Freud, 1981).

Por su parte, Klein (1921) hace una gran aportación en cuanto a la angustia se refiere, a través del análisis del pequeño Fritz. A continuación se presentan los aspectos más sobresalientes sobre el desarrollo de la angustia del pequeño niño: “habían pasado aproximadamente dos meses desde que empecé a darle ocasionales interpretaciones, entonces se interrumpieron mis observaciones por un intervalo de más de dos meses. Durante este tiempo la angustia (miedo) hizo su aparición; esto ya lo presagiaba su rechazo, al jugar con otros niños, a proseguir su juego tan apreciado últimamente, de ladrones e indios”.

“Excepto por un tiempo en el que había tenido terrores nocturnos entre los dos y tres años, aparentemente nunca había sido presa del miedo, o por lo menos no se habían observado indicaciones de esto. Por consiguiente, la angustia que ahora se revelaba puede haber sido uno de los síntomas puestos de manifiesto por el progreso del análisis. Probablemente, también se debía a sus intentos de reprimir más cosas que se estaban haciendo conscientes. La aparición del miedo la precipitó, probablemente el relato de los cuentos de Grimm, que últimamente le atraían mucho, y que le producían miedo”.

“El hecho de que su madre estuviera indispuesta durante unas semanas e incapacitada para ocuparse mucho del niño, que estaba muy acostumbrado a ella, facilitó probablemente la conversión de libido en angustia y puede haber tenido que ver con ella. Manifestaba principalmente miedo antes de dormirse, lo que constituía ahora todo un trabajo, y también en ocasionales sobresaltos durante el sueño. Pero también, de otras formas pudo observarse un retroceso. Había disminuido mucho

su costumbre de jugar solo y de contar cuentos, estaba tan empeñado en aprender a leer que resultaba exagerado, porque frecuentemente quería aprender durante horas, de un tirón, y practicaba constantemente”.

También estaba mucho más intratable y mucho menos alegre. Después de este periodo de renovada observación durante aproximadamente seis semanas, con el análisis pertinente, en especial de los sueños de angustia, por lo que, desapareció por completo la angustia. Otra vez no hubo problemas con el sueño y el momento de irse a dormir. El juego y la sociabilidad no dejaban nada que desear; junto con la angustia había surgido una ligera fobia a los niños de la calle. Klein llegó a la siguiente conclusión: cree que ninguna crianza debe hacerse sin orientación analítica, ya que el análisis proporciona una ayuda muy valiosa y, desde el punto de vista de la profilaxis, hasta ahora incalculable.

Por lo tanto, el análisis resulta de suma importancia para la crianza, de acuerdo a las observaciones y experiencias que Klein realizó en niños criados sin ayuda del análisis. El introducir a una edad temprana el análisis en la crianza, ayuda a preparar una relación con el inconsciente del niño, así podría removerse fácilmente las inhibiciones o rasgos neuróticos, en cuanto empiezan a desarrollarse. Lo que el análisis temprano puede hacer es procurar protección de graves shocks y superar inhibiciones. Esto ayudará no sólo a la salud del individuo sino también a la cultura, porque la superación de inhibiciones abrirá nuevas posibilidades de desarrollo. El análisis temprano tampoco perjudicará las represiones, formaciones reactivas y sublimaciones ya existentes, sino que, por el contrario, abrirá nuevas posibilidades para otras sublimaciones.

Para Klein (1921) la excitación libidinal insatisfecha es la que se convierte en ansiedad y en el posterior peligro que siente el niño de que sus necesidades no sean satisfechas porque la madre está ausente. Al analizar la ansiedad en el niño, reconoció la importancia fundamental de los impulsos y fantasías sádicas, las cuales, alcanzan un clímax en los estadios más tempranos del desarrollo. La ansiedad provocada en los bebés por sus impulsos destructivos son generados por las defensas más tempranas del yo y se dirigen contra la ansiedad provocada por

impulsos y fantasías agresivas. Es decir, estos impulsos destructivos son generados a consecuencia de los procesos tempranos de introyección y proyección; se establecen dentro del yo junto a objetos extremadamente buenos y como objetos terroríficamente persecutorios.

Klein (1921) no comparte la idea de Freud en el sentido de que la ansiedad se origina en el miedo a la muerte, esto como resultado entre la lucha de los dos instintos de vida y de muerte, para Klein surge la ansiedad por que existe un temor inconsciente a la aniquilación de vida. Por su parte, Abraham (1924) en su estudio de la organización libidinal, sugirió que en el estadio del narcisismo con fin sexual canibalista, que la primera prueba de inhibición instintiva aparece en forma de ansiedad mórbida. Por lo tanto, la ansiedad es generada en la libido por una insatisfacción, ésta provoca que el niño tenga miedo, es decir, miedo a la muerte por sus deseos sexuales hacia el objeto, donde puede llegar a ser aniquilado.

## **1.2 DEFINICIÓN DE ANGUSTIA**

Freud (1981) habla de una "angustia neurótica" producida por represión en donde el niño se angustia al no poder obtener satisfacción por la ausencia de la madre: es la represión la que produce una transformación de la energía libidinal en angustia. Freud (1981) citado por Aberastury (2009) afirma que en relación con el caso Juanito donde, al explicar la fobia por el mecanismo de "desplazamiento", deja de considerarla como una simple energía libidinal para conceptualizarla como un "afecto". Más tarde, Freud (1916) conceptualiza la angustia como "señal de alarma" desencadenada por el yo: "el desarrollo de la angustia es la reacción del yo ante el peligro y constituye la señal para la fuga, en la angustia neurótica busca el yo escapar a las exigencias de la libido y se comporta con respecto a este peligro interior del mismo modo como si se tratase de un peligro exterior". Es decir, el yo reacciona con angustia de manera natural, trata de manejarla; sin embargo, cuando no lo logra, es cuando el ello o superyó han imperado sobre el yo débil.

Freud (1981) conceptualiza a la angustia como una "reacción ante una situación peligrosa" o señal de alarma ante un peligro interno (como la libido) o externo (como la castración); al mismo tiempo que da un giro completo a sus concepciones puesto

que ya no es la represión quien produce la angustia sino la angustia quien causa la represión. Freud (1932) vuelve a ocuparse de la angustia donde formula la hipótesis del "instante traumático" o "factor traumático" y hace más acabada la exposición de sus teorías sobre la angustia: allí Freud hace un extracto de la angustia: tras señalar que es un estado afectivo, habla del nacimiento como el suceso que deja tras de sí tal huella afectiva.

Haciendo referencia a las causas de angustia, se puede decir, que son aquellas que están relacionadas con una libido no satisfecha, al no ser descargada, a una satisfacción de placer no realizada, y a la producción del yo al indicar los peligros libidinales que surgen cuando la pulsión está apunto de realizarse, el instinto de autoconservación del yo, reacciones lógicas ante un peligro o un daño externo, el cual es perturbador, lo cual, genera una reacción, por ejemplo, en las fobias de locomoción las cuales tienen su origen en la fase sádico – anal, en los deseos eróticos reprimidos de los niños, así como en la economía de la libido en la vida sexual, represión de las emociones de deseo provenientes del complejo de Edipo, a su vez en la pérdida del objeto de amor, en la fase fálica y latencia.

A través de los años se ha estudiado la angustia y cada una de las diferentes circunstancias que la generan, ya sea real o neurótica, gracias a cada aportación en la actualidad se puede identificar el surgimiento para su adecuado tratamiento en pacientes niños y adolescentes. Es decir, la angustia es generada por una libido insatisfecha, donde el yo siempre está al alba ante los peligros libidinales que pueden surgir cuando la pulsión este apunto de realizarse, ya que el yo siempre buscara la autoconservación y reacciona ante cualquier peligro.

### 1.3 MANIFESTACIONES DE LA ANGUSTIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Para poder distinguir entre la angustia y la ansiedad, es importante señalar que la primera está acompañada de manifestaciones somáticas y del miedo asociado a un objeto o situación precisa, sea a causa de la experiencia. Surge pues, cuando la dotación madurativa del individuo no puede responder de forma adecuada a una situación experimentada como amenazadora. Mientras que, la ansiedad está asociada a un afecto penoso asociado a una actitud de espera de un acontecimiento imprevisto pero experimentado como desagradable. Es decir, la angustia se desencadena en la psique, la cual genera alteraciones emocionales y la ansiedad es una simple reacción a un acontecimiento natural o del espacio que lo rodea.

Tras el descubrimiento del psicoanálisis, las neurosis fueron explicadas a la luz de las motivaciones inconscientes, aunque ya desde 1777 William Culler (citado por Salomon y Pach, 1976) utilizaba esta designación para hablar de las diversas anomalías del sistema nervioso que presuponen un curso largo, lento y progresivo. Es decir, que las neurosis se les entendía como resultantes de procesos degenerativos hereditarios. Ya en el siglo XIX a los enfermos con este padecimiento se les conocía como neurasténicos y su pronóstico era reservado, de manera que apenas podían aspirar a curas de descanso, tratamientos por estimulación eléctrica o a la hipnosis para obtener un alivio sintomático (Salomon y Pach, 1976). Por su parte, Breuer y Freud (1893), en sus estudios sobre la histeria, esbozaron las bases emocionales en la génesis de las enfermedades neuróticas al hablar de recuerdos reprimidos de la conciencia.

A decir de ambos, ocurría un tratamiento psíquico ante el cual el individuo no reaccionaba, sino de manera disfrazada. La cura era, para estos casos, la catarsis del afecto. Solo después de la clasificación de Freud (1924/1981) se incluirían las neurosis actuales, cuya etiología había de ser buscada en una disfunción somática de la sexualidad, y las psiconeurosis, en las cuales el factor determinante era el conflicto psíquico. En todos los casos el conflicto era generado por necesidades insatisfechas y por esto al hablar de neurosis se da por sentado la existencia de alguna gratificación pulsional frustrada.

Por su parte, Freud (1981) define a los síntomas neuróticos como gratificaciones sustitutivas de una acción coordinada, que se encamina a satisfacer necesidades subjetivas desde el yo. Las cuales contienen un componente de gratificación que tanto buscan como rechazan. Es decir, por una parte el individuo neurótico lucha por conseguir alivio para sus síntomas y, sin embargo, evita hacer conscientes los procesos inconscientes que subyacen a ellos, pues las ganancias secundarias lo previenen contra la toma de consciencia de los contenidos desagradables e inaceptables. Por lo tanto, las neurosis pueden comprenderse, entonces, como el resultado del choque entre las fuerzas reprimidas que tienden a expresarse y las fuerzas represoras.

Por otro lado, la neurosis se conceptualiza también como el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, es decir, que desde la perspectiva estructural de la teoría metapsicológica del psicoanálisis que postula la existencia de tres estructuras psíquicas (ello, yo, superyó) la instancia que se rige por el principio de placer y cuya meta es la descarga donde, el ello se enfrenta con el yo, que es la instancia psíquica encargada de mediar entre las otras estructuras (ello, superyó, ideal del yo) y el mundo externo, que se rige por el principio de realidad y posee varias funciones que en la neurosis siempre se hallan perturbadas en alguna manera. Es decir, el choque entre el yo y el ello ocurre cuando el primero se auxilia de los mecanismos de defensa para frustrar los impulsos inaceptables provenientes del ello; este choque se origina una vez que el conflicto primario entre el ello y el medio se transforma en un conflicto entre el ello y el yo.

Donde el yo siempre se involucra en los conflictos neuróticos, los cuales lo dejan en un estado de debilidad que no le permiten ejercer sus funciones eficazmente y suele entrar en pugna con el ello o bien con el superyó, la estructura que por su parte opera mediante el principio del deber y contiene dentro de sí todos los preceptos sociales que rigen el ambiente en el que el sujeto nació, en cambio el ideal del yo, el cual se encarga de las metas y valores a los que aspira el sujeto, puede estar directamente involucrado en el conflicto. Es decir, cualquiera que sea la neurosis en cuestión, la función de la apreciación de la realidad, a cargo del yo, es la que suele

permanecer relativamente intacta; pero dicho yo encargado de satisfacer adecuadamente las necesidades subjetivas, se ve imposibilitado para hacerlo eficazmente debido a que, en cuanto a sus otras funciones se refiere:

- ✓ No hay una adecuada percepción interna de las necesidades subjetivas
- ✓ No hay una correcta estimación externa de la situación circundante
- ✓ No hay una integración recíproca adecuada de los datos de la percepción interna y la percepción externa
- ✓ La función ejecutiva basada en el control del yo sobre la conducta volitiva es ineficiente (Alexander y Ross, 1978)

Es decir, las distintas maneras en las que participa el yo en el conflicto definen los diversos tipos de neurosis que se originan; más aún, ya en la actualidad, el concepto de neurosis incluye tanto las nociones de determinantes psicológicos inconscientes, con una etiología basada en la sexualidad infantil desviada en sus fines, como de un conflicto interestructural. Por lo tanto, el yo siempre está involucrado en las neurosis sin importar que tipo sea, y siempre busca solucionar el problema enfrentándose a cada una de las demandas de la estructura psíquica, y a su vez, busca que el individuo logre cada una de sus metas.

La neurosis es una alteración en la estructura psíquica; su principal característica es que provoca inestabilidad emocional en una persona debido a que lo lleva a distorsionar su pensamiento racional. Con esta afección un individuo puede llegar a sentir ira, angustia, o desorientación; todo dependiendo del cuadro en sí. Por otra parte, el origen de la neurosis se atribuye a un origen psíquico, emocional o psicosocial. Su característica principal es la ansiedad, personalmente dolorosa y es también el origen de un comportamiento inadaptado. Sin embargo, la neurosis puede permitir al sujeto vivir sin aislarse, de una vida social normal. Las causas o las variantes de este trastorno son muchas, y todas dependen del individuo, así como de un tratamiento adecuado para la superación del mismo. A continuación se plantean algunos trastornos donde la angustia se presenta de manera manifiesta en niños y adolescentes, así como los destinos de dicha angustia.

Para Freud (1981) la neurosis infantil es, pues, “un complejo nodal”, a partir del cual se organiza la vida pulsional del niño. Es decir, por las diversas pulsiones parciales (oral, anal y fálica) donde, deben unificarse en el momento edípico, bajo la primacía de las pulsiones genitales. Mientras tanto, la represión borra en un primer tiempo esta preforma de organización neurótica. Es así, como en la primera infancia se genera angustia por cada una de las diferentes neurosis que puede presentar el niño, como fobia, histeria u obsesiones. Donde, la represión es la encargada de evitar que se desarrolle la neurosis. Por lo que, si en esta primera etapa no se supera la neurosis como consecuencia se reactivara en la adolescencia.

Mientras que para Smirnoff citado por De Ajuriaguerra (1984) ha señalado la ambigüedad existente en el hecho de utilizar el mismo término de “neurosis infantil”, para hablar de un “estado mórbido” pero de acuerdo a Lebovici, citado por De Ajuriaguerra (1984) la neurosis infantil se refiere estrictamente a la noción del modelo metapsicológico característico de un estado del desarrollo normal del niño. Es decir, la neurosis infantil se refiere a cada una de las enfermedades pertenecientes a esta categoría, mientras que el estado mórbido se refiere a todas las enfermedades desarrolladas en el aparato psíquico. Por lo tanto, son términos que hacen referencia a situaciones diferentes

Sin embargo, Ana Freud citado por De Ajuriaguerra (1984) trató de evaluar los criterios de la organización de la neurosis infantil, para ella si existe en la organización libidinal una movilidad y una tendencia a la progresión que hacen contrapeso a la fijación neurótica, donde, todo se mantiene en un marco madurativo normal. Por el contrario, cuando la organización pulsional y defensiva parece ser rígida, y no movilizable mediante el simple movimiento madurativo, se da como resultado una neurosis, es decir, de acuerdo a Ana Freud, la neurosis infantil se desarrolla en la organización libidinal cuando esta es rígida y no existe alguna movilización.

Por otro lado, de acuerdo a sus criterios de apreciación considera ciertos factores cuantitativos y cualitativos donde, los primeros se refieren a la fuerza del yo y a sus capacidades para afrontar de forma adaptada o no las variadas exigencias

pulsionales. Y la segunda, dependen de la naturaleza de los mecanismos de defensa utilizados, como la represión, negación, formación reactiva, conversión en lo contrario, proyección, huida mediante la fantasía, donde, lo patológico no estriba en el hecho de utilizar un mecanismo de defensa, por el contrario, es la actitud normal, sino en la utilización intensiva, duradera y a menudo monomorfa de uno o algunos de estos mecanismos. Es decir, esta rigidez señala la organización patológica y, al mismo tiempo, empobrece al yo del niño.

Por su parte, H. Nagera, citado por De Ajuriaguerra (1984) siguió la línea de Ana Freud donde, distingue las intromisiones en el desarrollo, es decir, todo aquello que perturba su evolución normal, ya sea de origen cultural, educativo o individual. Un ejemplo sería la exigencia prematura del control de esfínteres en el bebé, a una edad en que no puede responder a esta demanda. Entonces, esta demanda genera angustia al no poder controlar el esfínter donde, oponen el ambiente a las pulsiones del niño. Si bien pueden aparecer síntomas pasajeros, son generalmente transitorios, y cesan cuando desaparece la represión (la angustia) inadaptada del medio.

Por lo tanto, los conflictos de desarrollo generadores de angustia son inherentes a la experiencia vivida por cada niño. Son propios de un estadio específico y de naturaleza transitoria. Es lo que ocurre con los conflictos internos característicos del estadio fálico-edípico. Es decir, el conflicto neurótico el cual es interiorizado. A menudo representa los puntos de fijación de un conflicto de desarrollo que así se mantiene y se eterniza, donde se tiene como resultado la angustia de castración.

Finalmente la neurosis propiamente dicha. Ésta atestigua los conflictos interiorizados, acaecidos sobre una organización de la personalidad suficientemente diferenciada. La cual, se caracteriza por dos factores 1) la dependencia del niño frente al mundo exterior, cuyos acontecimientos pueden todavía trastornar la organización neurótica y 2) el mantenimiento de una fluidez sintomática mínima.

Para Klein, el interés de la neurosis infantil radica en que ésta es la forma de evolución natural y positiva del estadio psicótico (esquizoparanoide) normal del niño. Es decir, éste se cura de su posición psicótica organizando una neurosis, sin mayor trascendencia según Klein. Por lo que, todas sus descripciones hacen referencia a organizaciones pregenitales con los mecanismos defensivos que las acompañan escisión, proyección, etc. Por lo tanto, la neurosis del niño se caracteriza por la proximidad de su historia organizadora y la actualidad con la puesta en acto de sus relaciones imaginarias. Es decir, la realidad en la que vive el niño puede, así, ser a la vez más traumatizante y más terapéutica que la del adolescente o adulto.

González, (2011) en cuanto a las neurosis en la adolescencia, es necesario tomar en consideración que dado el grado de debilidad del yo, es más probable que aparezcan síntomas neuróticos aunque éstos puedan ser pasajeros más que definitivos. Es decir, el adolescente pasa por cierto grado de conducta neurótica inherente a la evolución de esta etapa de la vida y que puede ser considerada anormal dentro del marco familiar o social por construir expresiones magnificadas y distorsionadas del proceso sin que alcance un grado de neuroticidad propiamente dicho.

Además, para delimitar la clasificación de neurosis en la adolescencia, han de tomarse en cuenta las pautas de adaptación a sí mismo y al medio. La locomoción de este periodo de la vida debe estimarse, según Ana Freud, como normal y sería “anormal” la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente (Aberastury y Knobel, 1994). Es decir, si un adolescente no muestra descargas emocionales neuróticas, probablemente se halla reprimido y está fracasado al enfrentarse con problemas propios de esta etapa de su vida. Lo cierto es que puede valorarse el grado de deterioro psicopatológico de un adolescente al indagar también acerca de la presencia de conductas destructivas para él y para los demás en forma repetida o demasiado prolongada (Salomon y Patch, 1976).

Por lo tanto, el adolescente presentará antes de llegar a la edad adulta características neuróticas, las cuales, pueden ser normales de acuerdo al proceso de la adolescencia como tal, lo importante es diagnosticar e identificar cuando no son ya una característica normal y es una neurosis desarrollada en el adolescente. Donde las características puede que dure varios días o semanas en lugar de unas cuantas horas o días. Y no es de extrañar que los adolescentes actúen defensivamente como una manera de exteriorizar sus conflictos de acuerdo con su estructura y sus experiencias.

Por lo que dichas conductas bien pueden tener características defensivas de tipo psicopático, fóbico o contra fóbico, etc. Es decir, si los procesos defensivos anteriores se vuelven permanentes desadaptativos se puede hablar de una verdadera patología en el adolescente. Sin embargo, las perturbaciones neuróticas de la adolescencia se pueden clasificar según el tipo de defensa que emplea el yo, o de acuerdo con la naturaleza de los impulsos reprimidos. Aunque, en la clasificación clínica de las neurosis se utiliza como regla una combinación de ambos criterios; autores como Helene Deutsch (citado por Alexander y Ross, 1978) han señalado que posiblemente todo mecanismo de defensa surge al principio para dominar algún impulso instintivo especial durante el desarrollo infantil.

Por su parte, Anna Freud citado por Alexander y Ross (1978), sugirió que la represión es empleada contra los impulsos sexuales, mientras otros mecanismos se utilizan contra los impulsos agresivos. Es decir, el periodo de la adolescencia fácilmente se puede confundir con un estado neurótico, debido a que entraña procesos en el que el yo se ve debilitado a causa de la redistribución libidinal. Por lo tanto, la adolescencia es una etapa del desarrollo en la que tiene lugar una reprogramación de estructuras mnémicas motivacionales. Donde, se movilizan los intereses originales por las personas del núcleo familiar inmediato y se depositan en objetos transitorios progresivamente más reales; este movimiento libidinal es el que conduce en último termino al adolescente a la posibilidad de elegir un objeto heterosexual (pareja) estable, no incestuoso y un grupo de pares (amigos) que lo ayuden a consolidar su identidad.

Mientras tanto, a causa de este constante movimiento progresivo-regresivo y realterativo se produce un debilitamiento yoico producido por:

- ✓ La decalectización de las figuras de los padres que dejan al joven sin apoyo yoico que le ofrecen.
- ✓ La intensificación del impulso sexual determinada por el incremento en la concentración de las hormonas circulantes en la sangre, que determinan la pubertad.
- ✓ La libido libre que queda disponible a causa de la deslibidinización de las figuras parentales y que pasa a formar parte del narcisismo secundario y que puede producir sensaciones de despersonalización debido a que aún no halla depósito en nuevos objetos sustitutos.
- ✓ Los cambios físicos que han de integrarse en la nueva representación mental de sí mismo y que mientras alcanzan dicha integración contribuyen también a la producción de sensaciones de despersonalización (Salles, 1992).

Por lo tanto, este debilitamiento genera fuentes de angustia intensas por la ruptura de los lazos afectivos infantiles tempranos, por la seguridad antes reforzadas por estas figuras. Es decir, tal debilitamiento produce un acercamiento a las figuras de los padres, el cual es regresivo y que, nuevamente, produce afectos desagradables que impulsan a una nueva progresión. Este vaivén afectivo manifiesta el segundo periodo de individuación conceptualizado por Blois (1962/1986) que recapitula la etapa de separación – individuación de la simbiosis infantil. Es decir, en este segundo periodo de individuación que el adolescente nace a su identidad, al desarrollo de la constancia y de la continuidad en el concepto de sí mismo que le permita proyectar su identidad a futuro tanto en la vocación como en lo social, lo sexual y lo psicológico; al igual que el reacomodo del trauma residual.

Es decir, los remanentes infantiles inaceptables por el yo ante determinadas circunstancias y el establecimiento de las relaciones reales en el presente. Sin embargo, en este proceso de la existencia, el yo, no siempre consigue alcanzar la difícil labor de integración que se ve obligado a realizar, y el resurgimiento de las energías psicosexuales bien puede ser a tal punto avasallador que un yo

proveniente de una infancia angustiadora y con desajustes importantes se vuelve incapaz de dominar los primitivos conflictos infantiles y unificarlos dentro de las funciones de la personalidad adulta. Es decir, si el yo no logra dominar los conflictos infantiles en la adolescencia la vida adulta del individuo estará manchada de algún trastorno neurótico.

Entonces, los diversos tipos de reacciones neuróticas que se presentan en la adolescencia se manifiestan por lo general con síntomas muy semejantes a los que se observan en los adultos con las mismas afecciones neuróticas. Por lo que, el periodo formativo de la neurosis adulta coincide muchas veces con la adolescencia, específicamente con la adolescencia tardía (Blos, 1979). A menudo no hay un acontecimiento desencadenante externo que se pueda discernir. Es decir, los síntomas pueden iniciarse de manera discreta, gradual progresiva, y pueden variar en cuanto a su gravedad, pero difícilmente desaparecen.

Mientras tanto, se va estableciendo una especie de potencial neurótico. Este potencial puede manifestarse como síntomas que van interfiriendo cada vez más en el desarrollo normal social y escolar del adolescente que lo conducen a estados de angustia y depresión crónica o bien lo encaminan a lo que en la vida adulta serán neurosis graves. Por otro lado, las perturbaciones neuróticas en el adolescente pueden dividirse en dos grandes grupos, crónica y aguda. En la segunda, es la que se refiere básicamente a las "neurosis traumáticas". En la primera, se da un desarrollo en que inicialmente las circunstancias precipitan una situación real que el adolescente no puede enfrentar. Lo cual resulta en un fracaso para resolver dicho problema real tras algunos intentos infructuosos.

Por lo que, esto conduce a un remplazo de las medidas realistas de adaptación tomadas inicialmente por fantasías o por una conducta regresiva. Entonces, los antiguos conflictos se reactivan, en particular aquellos que en el pasado indujeron al yo a abandonar las pautas adaptativas en el curso de la maduración. Así, el yo se esfuerza por resolver el conflicto infantil revivido evadiéndose de la actual situación vital; las medidas defensivas empleadas para evadir la angustia, la culpa

y los sentimientos de inferioridad generados por todos ante dicha situación, determinan la diferenciación entre los diferentes tipos de neurosis.

Entonces, más adelante los estados neuróticos crónicos tendrán resultados secundarios, que no son sino los intentos del yo por resolver el conflicto y que absorben la energía del adolescente hasta dejarlo nuevamente imposibilitado para resolver eficazmente los problemas reales de su vida, es decir, que estas soluciones secundarias o síntomas obligan a una regresión que a su vez produce nuevos síntomas, mismos que absorben más energía y disminuyen la eficacia del yo neurótico. Por ello, generalmente el adolescente se vuelve incapaz de tomar decisiones importantes en su vida. Como por ejemplo un formalizar una relación con una pareja, de una profesión, de una ocupación entre otros.

Por otro lado, la neurosis en el adolescente puede verse en interactuar con quienes lo rodean de acuerdo a sus patrones de conducta que corresponden a modalidades de relación propias del pasado al que se encuentra fijado. Es decir, a las primeras direcciones de la energía impulsiva, libidinal o agresiva, donde van en busca de la madre, padre, de los hermanos y demás figuras importantes del medio infantil. Por lo que, matizan eficazmente el aparato psíquico, alcanzando a figuras importantes como los abuelos o maestros, quienes por desplazamiento se vuelven depositarios de la energía impulsiva del niño y posteriormente del adolescente.

Para González (20011) el adolescente neurótico no puede separarse de los lazos libidinales antiguos, lo cual, restringe su desenvolvimiento personal y social; a la vez que limita sus formas de descarga, la cual le ocasiona angustia al no ver vías alternativas para dirigir su libido o agresión. Es decir, que sus relaciones de objeto se vician y sus vínculos familiares se sobrecargan al carecer de nuevas direcciones para la energía pulsional. Entonces, la angustia en la neurosis del adolescente genera un desequilibrio emocional afectando el psiquismo, donde genera conflicto en la toma de decisiones y a la vez forma una regresión a la niñez.

### 1.3.1 NEUROSIS DE ANGUSTIA

La angustia es un afecto caracterizado por sensaciones de aprehensión, incertidumbre y desamparo, sin relación con un peligro real ni externo que suele acompañarse por manifestaciones fisiológicas tales como transpiración, temblores, diarrea, vómitos, alteraciones en la respuesta pupilar, latidos cardiacos, frecuencia del pulso y respiración, por lo general, no es el temor ante un peligro real lo que genera dichos estados de angustia sino que es la presencia de una serie de sensaciones de inquietud y desamparo las que pueden terminar en pánico y en conductas desorganizadas. Es decir, cuando alcanza proporciones excesivas puede desorganizar la personalidad y conducir a la paralización de la conducta o a la actividad sin orden alguno. Por lo tanto, la angustia por sí misma sirve al aparato mental como señal de peligro de desintegración que, cuando no funciona, descubre los síntomas o bien promueve la formación de otros (Frazier y Corr 1976 citado por González 2001).

Por otra parte, la sensación de angustia es desagradable y el yo, tanto del niño como del adolescente, puede erigir defensas para evitarla. Estas defensas, reflejan los tipos de adaptación adquiridos en el curso de la vida misma que en ocasiones se convierten en formas neuróticas o psicóticas de mitigar la angustia, pero las reacciones en la adolescencia se caracterizan por sensaciones de ansiedad poco mitigadas, que no cuentan con defensas desarrolladas que den cabida a otro tipo predominante de sintomatología.

Es decir, en los adolescentes, estas reacciones pueden llegar al extremo y dar lugar al pánico y la conducta desorganizada que con suma facilidad se confunde ya sea con una enfermedad orgánica (cuando el correlato fisiológico de la angustia es malinterpretado al hacer un diagnóstico, o bien, con estados psicóticos en ciernes que requieren de atención hospitalaria psiquiátrica (Clark y Duncan, 1994).

Desde una óptica psicodinámica puede decirse que el adolescente se ve ante una situación que precipita un tipo de respuesta inadecuada e irracional, pues se reactivan los recuerdos inconscientes de conflictos anteriores. Es decir, su recuerdo reactiva los temores infantiles de pérdida de amor, de separación y de castigo,

acompañados de sentimientos de desamparo. Como no conoce directamente las fuentes de peligro, pues la amenaza que aceleró la reacción de angustia es de naturaleza simbólica, por lo tanto, el adolescente tiene sensaciones de aprehensión para las cuales no tiene bases lógicas que la expliquen, de ahí que se sienta aún más desamparado.

Por otra parte, las amenazas que dan lugar a dichas reacciones suelen ser aquellas que comprometen las modalidades cotidianas que el adolescente tiene para relacionarse con los demás; esto implica que además, se encuentra colocado en un conflicto ante su propio sistema de valores. Las situaciones amenazantes de censura, fracaso, culpa, etc., ponen en entredicho la imagen de sí mismo que procura mantener a toda costa. Se trata de situaciones, en las cuales, emergen los impulsos sexuales o agresivos antes reprimidos que para el adolescente resultan inaceptables, en la medida en que durante la infancia, si los manifestaba, se encontraba frente a amenazas de castigo o pérdida de cariño.

Cuando fracasa la represión, sea por la naturaleza de la amenaza externa que se presenta o por la de las presiones interiores que surgen de deseos intolerables, sobrevienen las sensaciones de angustia que se experimentan en forma directa y posiblemente también las manifestaciones físicas (González, 2001). Por lo tanto, la angustia en el curso del desarrollo sirve para reaccionar ante lo que se percibe como amenazante para las normas de conducta que tienen el niño o el adolescente; y dicha función señalizadora alerta al individuo para iniciar la acción que impida la desorganización de su modo de actuar. Este tipo de angustia es útil pues sirve para percibir con sensibilidad las situaciones peligrosas y, además, para llevar al individuo a la acción adaptativa.

En los adolescentes que padecen crisis de angustia, sucede, que la represión es la defensa predominante, por lo que, ellos la emplean masivamente, en especial en aquellos medios familiares o sociales que impiden la comunicación acerca de temas relacionados con el sexo o la agresión. En ellos, no se lleva a cabo una distorsión de la realidad, como sucede en quienes no pueden apaciguar sus sentimientos de desamparo e inseguridad ni siquiera con el apoyo y la seguridad que le pueden

brindar otras personas y que, por ello, terminan aún más angustiados. Es necesario acotar que, una vez diagnosticados los síntomas del adolescente como propios de una crisis de angustia, en principio será difícil reenfocar la atención tanto del paciente como de sus padres, desviándola de sus sensaciones corporales para fijarla en los hechos que fundamentan su angustia (González, 2001).

Para Freud (1981) la neurosis de angustia surge de los síntomas de la angustia propiamente como tales. La etiología de la neurosis reposa en la sexualidad, por lo que, la falta sexual, la constituye. “La neurosis de angustia es causada por todo aquello que desvía lo psíquico, la tensión sexual somática, perturbando su elaboración psíquica”, es decir, la abstinencia voluntaria o involuntaria, la actividad sexual sin satisfacción completa, el coito interrumpido, la desviación del interés psíquico de la sexualidad, etc. Sin embargo, para Löwenfeld citado por Freud (1981) la angustia no tiene nada que ver con la colaboración de las faltas sexuales, para él, se presenta por un shock psíquico.

Freud (1981), mientras tanto, diferencia la excitación sexual somática, libido sexual y placer psíquico, señala que la excitación en la neurosis de angustia es somática y en la histeria es psíquica. La etiología es hereditaria y adquirida, proveniente de la función de la vida sexual. En otros términos, la angustia se presenta como un fenómeno físico. Señala que la angustia puede corresponder a una acumulación de tensión sexual como consecuencia de una descarga estorbada, surgida por mudanza desde la tensión sexual acumulada. Se presenta como transformación de la libido y era considerada como descarga.

Por lo tanto, la neurosis de angustia se caracteriza por la aparición súbita e inesperada de varias crisis de angustia (también llamadas de pánico), seguidas de un periodo al menos de un mes con ansiedad constante relacionada con el temor de que vuelva a presentarse la crisis y las posibles consecuencias catastróficas de las mismas, lo que ocasiona que el niño o el adolescente cambie su comportamiento. Estos síntomas, causan disfunción en la vida cotidiana del chico y le ocasionan un malestar y sufrimiento importantes. Las crisis de angustia no son

precipitadas por factores ambientales, no existe un motivo que justifique la aparición de dichos síntomas y su frecuencia suelen ser variables.

A veces, es un problema distinguir la angustia de la depresión, entre otras; pues se asocian o solapan frecuentemente. Aunque en la infancia no existen diferencias genéricas, en la adolescencia parece ser un trastorno más prevalente entre chicas. Se recomienda cuidado a la hora de diagnosticarlo en niños menores de 7 u 8 años de edad, pues a esa edad ocurren cambios cognitivos que pueden condicionar la aparición de preocupaciones y temores. Las preocupaciones son múltiples y variables; son niños “preocupones” que sufren constantemente de temores poco realistas referidos a su competencia, desempeños pasados o por el futuro.

Una sencilla intervención informativa dirigida a que los niños comprendan mejor, puede ser suficiente para eliminar una fuente de tensión para el menor, que puede derivar con el tiempo en un trastorno más grave. Identificar y delimitar estos trastornos puede llegar a ser una tarea ardua y difícil, pues los niños suelen experimentar solamente el componente físico de la ansiedad. De hecho, los niños raramente describen su malestar como ansiedad directamente. Cuanto más pequeño es el niño, más limitada es su capacidad para simbolizar sus estados subjetivos y expresarlos verbalmente. Es decir, identificar la neurosis de angustia en los niños, es complicado por la limitante de su capacidad para simbolizar sus estados y solo presentan una ansiedad física, mientras que en el adolescente es más fácil identificar los componentes de ansiedad por que ya tienen la capacidad de simbolizar sus estados y expresarlos verbalmente.

Por su parte, las neurosis obsesivas son presentaciones persistentes y recurrentes, las cuales ocasionan un intenso malestar, una gran pérdida de tiempo en su realización y una interferencia significativa en su rutina habitual, en el funcionamiento escolar o relaciones interpersonales. Quien padece de este trastorno, sufre de una angustia que se controla de manera automática cuando se asocia a pensamientos y actos que se repiten en forma consistente. El niño y adolescente reconoce que los pensamientos y los rituales son irracionales y sin

sentido pero no puede controlarlos. Este trastorno engloba tanto las obsesiones como las compulsiones o una combinación de ambas.

Por otra parte, Freud (1981) define las representaciones obsesivas como “reproches transformados que retornan de la represión y se refieren siempre a un acto sexual ejecutado con placer en los años infantiles”. Esta definición parece hoy discutible en cuanto a su forma, aunque integra elementos exactos. Es realmente más correcto hablar de un “pensamiento obsesivo” y hacer resaltar que los productos obsesivos pueden equivaler a muy diversos actos psíquicos pudiendo ser determinados como deseos, tentaciones, impulsos, reflexiones, dudas, mandatos y prohibiciones. Es decir, el síntoma implica una forma de represión la cual es generada por reproches de actos sexuales los cuales fueron llevados a cabo en la edad infantil, por lo tanto, dicho indicio forma la angustia que al ser canalizada crea una desorganización, por no poder controlar las recriminaciones presentados.

Así mismo, la obsesión es una idea que asedia al paciente, acompañado de una sensación de malestar y ansiedad, de la que no puede desprenderse. Se incluyen también los rituales o acciones compulsivas a realizar (ritos de lavado, de verificación, táctiles, etc.), contra los que el paciente lucha con menor o mayor angustia. Afecta tanto al niño como al adolescente muestran las dos vertientes de los comportamientos obsesivos mentalizados (obsesiones) o actuados (compulsiones). Si bien, es frecuente la existencia de rituales en los niños, las auténticas ideas obsesivas son más raras.

En cuanto a las obsesiones en niños, es rara la evocación de auténticos síntomas antes de los 10-12 años, es decir, en el transcurso del periodo de latencia. A menudo, los padres pueden presentar a su vez rasgos obsesivos o bien un marcado carácter obsesivo (rigor, orden, meticulosidad, limpieza, etc.) Por otro lado, los rituales obsesivos, representan el primer estadio genético en la aparición de las conductas obsesivas. Hay un vínculo directo entre las primeras interacciones del bebé con su medio y la repetición y el aprendizaje resultante de éstas, hasta llegar al ritual propiamente dicho (Freedman citado por De Ajurriaguerra, 1982).

En algunos niños persisten rituales específicos, organizados con frecuencia alrededor de la limpieza, lavado de manos, de vasos, necesidades repetitivas y conjuradoras de tocar algo, a las que se asocian pensamientos obsesivos, diversos ritos de verificación (gas, puerta, electricidad, etc.). Estas conductas se observan en los niños mayores, alrededor del periodo de latencia. En un cierto número de ellos, los comportamientos ritualizados se integran en un medio familiar muy obsesionado, en el que a menudo son tolerados sin problema, o incluso favorecidos. Estos casos raramente producen tensión o molestia en el niño. Es decir, lo realizan para verificar efectivamente que su deseo no se llevará a cabo.

Por lo tanto, las obsesiones en niños se presentan a partir de la etapa del desarrollo de latencia en adelante, por lo que, no es común la presencia de ellas en las primeras etapas del desarrollo, estas se desarrollan de acuerdo a su historial infantil y constituyen el compromiso entre el deseo y la defensa donde, dicho deseo genera la angustia por temor a que se realice. Por otro lado, la presencia de rituales obsesivos en niños se desarrolla porque existe un núcleo familiar con grandes características obsesivas, es decir, cualquier familiar tiene antecedentes obsesivos, madre, padre, hermanos.

Así mismo, los rituales obsesivos parecen representar tentativas más o menos desesperadas de represión de las pulsiones experimentadas como peligrosas o destructivas. El significado primordial de estos rituales parece consistir en mantener el entorno idéntico e invariable y asegurar dicha inmovilidad. Cuando esto ocurre, se está cerca de las organizaciones psicóticas, donde abundan las conductas ritualizadas. Finalmente, algunas conductas motrices específicas, tales como los tics, han sido asimiladas a síntomas obsesivos. Sin llegar a este tipo de equivalencia (tics igual a neurosis comportamental), es decir, que es frecuente observar la asociación de tics y rasgos de conducta obsesiva, sobre todo cuando una lucha ansiosa precede a la descarga motriz. Es decir, la angustia se presenta para evitar que surjan obsesiones obsesivas, donde lo que importa es verbalizarla, darle un significado diferente a la experiencia vivida, e incluso quitarle todo significado.

Por esta razón, los rasgos obsesivos son frecuentes en el niño de esta edad (orden de la cartera, colecciones diversas, acumulación de objetos distintos.), todos ellos a menudo asociados con señales de rechazo a pulsiones opuestas (desorden, rehusar el aseo, etc.). Esto muestra pues, que los rasgos no comprometen la evolución madurativa normal. Sobre esta línea evolutiva, en la que los rasgos obsesivos o los pequeños rituales son prácticamente normales, puede injertarse una función defensiva neurótica, dando lugar a una sobrecatexis secundaria de estas conductas y fijándolas (Widlöcher, citado por De Ajurriaguerra, 1982). Es decir, el trastorno obsesivo se presenta partir de la etapa de latencia en el niño, donde, por lo general estas obsesiones tienen que ver con el rechazo a situaciones que le general angustia, pero a su vez son funciones de defensa neuróticas las cuales hasta cierto punto pueden ser normales.

El compulsivo tiene una necesidad o impulso a actuar recurrentemente y repite de manera perseverante y estereotipada como medio de evitar la angustia extrema. Las conductas compulsivas no son un fin en sí mismas, sino que intentan producir o evitar algún acontecimiento o situación impulsiva futura. Sin embargo, la actividad no se encuentra conectada de modo realista con lo que pretende impedir o provocar.

Las obsesiones y compulsiones por lo general coexisten, de manera que no siempre se hace la diferenciación y juntas integran el síndrome obsesivo. Por lo tanto, la obsesión es una idea, mientras que la compulsión es una acción, si bien alivian su tensión, son fuente de malestar para el individuo, quien no deriva placer alguno al experimentarlas. Es decir, el síntoma evita la angustia y alivia la tensión, pero no erradica el problema, al contrario, da señal de que ahí existe, de que detrás del síntoma hay algo más, algo que lo genera y lo alimenta.

El desorden psicológico se manifiesta a través de características tales como una preocupación constante e irracional, e ideas y actos repetidos que entran en esta clasificación de obsesiones y compulsiones. Las compulsiones son actos anulatorios en donde se realizan el acto compulsivo para no llevar a cabo el impulso; es decir, si no se efectúa la compulsión se tendría que llevar a cabo el impulso; éste permanece como tal, no es llevado a la acción, pero el adolescente teme que si no

realiza el ritual compulsivo perderá el control y realizará el impulso prohibido, de esa manera siente que está bajo control.

La compulsión, no necesariamente es física, como los actos rituales, quizá sea una necesidad de actuar de alguna manera socialmente inapropiada (manerismos personales) pero sin alcanzar la acción. Los impulsos prohibidos provocan tal ansiedad que obligan al adolescente a evitar la situación o el objeto que provoca el impulso.

Existen dos tipos principales de actos compulsivos: 1) los que intentan establecer un control sobre el impulso como tal, un ejemplo es el caso del adolescente que compulsivamente necesita lavarse tres veces la boca antes de salir a la escuela con la esperanza de no expresar verbalmente sus deseos de insultar y destruir a alguno de sus maestros; y 2) los que son un intento de intervenir en la defensa contra el impulso, tal es el caso del adolescente que necesita ordenar varias veces sus útiles escolares para poner en orden sus pensamientos, los cuales a su vez contienen fantasías agresivas hacia la autoridad que exige el cumplimiento de las reglas que él está impulsado a violar (González, 2001).

- ✓ A medida que los síntomas se desarrollan, ocurren algunas cosas al interior de las familias de los adolescentes con este trastorno. En general, estos pacientes se sienten avergonzados y mantienen oculto el contenido y la severidad de sus obsesiones y compulsiones. Sin embargo, se ha visto que difícilmente los padres pierden de vista lo que les ocurre a sus hijos y tratan de disuadirlos de continuar con sus rituales, brindándoles su asistencia para evitarlos. Ésta puede ser una experiencia frustrante y dolorosa en la relación padre – hijo, pues los padres reconocen que los hijos han perdido el control de sus pensamientos o acciones, y que su ayuda no brinda alivio alguno a la ansiedad de su hijo
- ✓ Por lo tanto, esta situación conduce al adolescente a una oscilación entre los afectos de miedo e ira: miedo por el deseo de actuar su mala conducta y ser atacado por ello; ira porque tiene que abandonar sus tendencias y someterse a la autoridad. Así, el miedo tiene su origen en el desafío y conduce a la

obediencia; la ira tiene su origen en la obediencia y lleva nuevamente al obsesivo al desafío. Dado que las fantasías de obediencia y desafío son muy fuertes y conllevan a una sumisión humillante, las experiencias críticas importantes necesitan defensas importantes y rígidas.

- ✓ Es así como la angustia se manifiesta en el adolescente, por los sucesos del desarrollo infantil que no se superaron adecuadamente en tiempo y forma.

Por lo tanto, la neurosis obsesiva–compulsiva en el adolescente surge por los sucesos desarrollados en la infancia, donde, desafortunadamente no se superaron y se vuelven a manifestar, pero ahora como una enfermedad patológica, donde pierden el control de sus pensamientos los cuales generan angustia. Por su parte, los padres tratan de ayudar en la desaparición de los rituales y pensamientos obsesivos para lograr un control o adaptación del adolescente, pero esto en ocasiones genera un conflicto entre padre e hijo por las ideas que presenta el adolescente como consecuencia del trastorno. Es decir, la neurosis obsesiva es desarrollada en los niños a partir de la etapa de latencia, si en esta etapa no se supera se reactivara en la adolescencia donde dará lugar a la generación de angustia.

Por su parte, la angustia en el niño se manifiesta diferente que en la niña. En el primero, sufre una angustia por miedo a ser castrado, mientras que la niña no sufre de castración como tal, pero igual que el niño, manifiesta angustia por ser separada de su objeto de amor. Así mismo, el complejo de Edipo se caracteriza por el enamoramiento del niño de su madre y de la niña de su padre, la cual genera una intranquilidad. Para Freud (1981) el complejo de Edipo va designándose cada vez más como el fenómeno central del temprano período sexual infantil. Luego ocurre la disolución, sucumbe a la represión y es seguido del período de latencia. Es decir, una de las funciones del complejo de Edipo es que tanto el niño como la niña se identifiquen con su sexualidad, pero dicho proceso genera angustia por las etapas que dicho complejo contempla, por el complejo de castración, el enamoramiento hacia su madre/padre.

Pero ¿cuáles son las causas que provocan su fin? El análisis parece atribuirlo a las decepciones dolorosas sufridas por el sujeto. El niño que considera a su madre como propiedad exclusiva suya la ve orientar de repente su cariño y sus cuidados hacia un nuevo hermanito. La niña que se cree objeto preferente del amor de su padre recibe un día una dura corrección por parte de éste y se ve expulsada de su feliz paraíso. Es decir, tanto el niño como la niña sufren una decepción ante el objeto amando, (madre o padre) lo cual conlleva a la angustia al identificar que no son ya preferidos y están en segundo término.

Klein (1928) por su parte, obtiene una serie de conclusiones con respecto al complejo de Edipo en su análisis de niños, especialmente entre tres y seis años, afirma que el conflicto edípico comienza a actuar más temprano que lo que generalmente se supone. Expone que las tendencias edípicas son liberadas a consecuencia de la frustración que el niño experimenta con el destete, y que hacen su aparición al final del primer año de vida y principios del segundo; son reforzados por las frustraciones anales sufridas durante el aprendizaje de hábitos higiénicos. La influencia determinante en los procesos mentales es la diferencia anatómica entre los sexos.

Ferenczi citado por Klein (1928) supone que, conectado con los impulsos uretrales y anales, hay una especie de "precursor fisiológico del superyó" que él llama "moral esfinteriana". Según Abraham (citado por Klein, 1928) la angustia hace su aparición en el estadio canibalístico, mientras que el sentimiento de culpa surge en la subsiguiente primera fase anal sádica. Pero la autora va más allá, muestra que el sentimiento de culpa asociado con las fijaciones pregenitales es ya efecto directo del conflicto edípico. Es decir, la angustia se presenta en la moral esfinteriana, así, como en el estadio canibalístico la cual ocasiona un sentimiento de culpa.

Esto parece explicar satisfactoriamente, la génesis de tales sentimientos, al saber que el sentimiento de culpa es en realidad un resultado de la introyección (ya realizada, o realizándose) de los objetos de amor, es decir, el sentimiento de culpa es el producto de la formación del superyó. El análisis de niños pequeños, revela que la estructura del superyó se origina en identificaciones que datan de diferentes

períodos y estratos de la vida mental; por lo tanto, la culpa no es más que una reacción de la angustia del niño generada por esta etapa del desarrollo.

Así mismo, la excesiva bondad y excesiva severidad coexisten juntas. Se encuentra en ellas una explicación de la severidad del superyó, que se manifiesta especialmente en análisis infantiles. Parece incomprensible que un niño, de cuatro años, albergue en su mente una imagen irreal y fantástica de padres que devoran, cortan y muerden. Pero es claro por qué en un niño de alrededor de un año, la ansiedad causada por el comienzo del conflicto edípico toma la forma de un temor a ser devorado y destruido. El niño mismo, desea destruir su objeto libidinal mordiéndolo, devorándolo y cortándolo, lo que le provoca angustia, ya que el despertar de las tendencias edípicas es seguido por la introyección del objeto, el que se transforma entonces en alguien de quien se debe esperar un castigo.

Por lo tanto, el niño en consecuencia teme ahora un castigo que corresponda a su ataque; el superyó se transforma en algo que muerde, devora y corta. La conexión entre la formación del superyó y las fases pregenitales del desarrollo es muy importante desde dos puntos de vista. Por un lado, el sentimiento de culpa se vincula con las fases oral-sádica y anal-sádica aún predominantes; y por otro lado, el superyó aparece cuando predominan estas fases, lo que explica su sádica severidad.

Solamente por una fuerte represión puede el yo, aún muy débil, defenderse de un superyó tan amenazador. Es decir, el superyo logra tener en momentos el control del yo en esta etapa, pero el yo logra tomar el control y seguir con los procesos del desarrollo siguientes. Las tendencias edípicas se expresan principalmente bajo la forma de impulsos orales y anales. Es decir, las fijaciones que predominarán en el desarrollo serán aquellas en las que estarán sobre todo determinadas por el grado de represión, la cual tiene lugar en estos estadios tempranos. Por lo tanto, en el complejo de Edipo el niño como la niña sufren de angustia ante el proceso que conlleva el mismo, se ve como el yo puede debilitarse ante un superyó superior el cual quiere tomar el control, a su vez, el yo se apoya en la represión para lograr

reestablecerse y superar el complejo de Edipo para pasar a la siguiente etapa del desarrollo sin ninguna complicación.

La histeria es un trastorno que se encuentra dentro de las neurosis, en la cual se presenta la angustia de acuerdo a sus características, se pueden presentar síntomas físicos como psicológicos, donde no existe un origen orgánico y se desarrolla muchas de las veces por motivos inconscientes, el cual es un estado pasajero de excitación nerviosa, en cuanto a la histeria en niños se refiere, esta relacionada con las pulsiones libidinales donde el yo no puede controlarlas ni canalizarlas por su inmadurez. Existen ataques de histeria los cuales se caracterizan por una teatralidad suprema donde el paciente realiza gritos exagerados, se revuelca en el suelo, se desgarran las ropas, araña o golpea de modo incoordinado.

Los síntomas por lo general se presentan en partes del organismo que se hallan bajo el control voluntario, principalmente son de tres tipos: 1) alteración de las sensaciones (anestesia, hiperestesia y parestesia), 2) pérdida de la función motriz (parálisis, paraplejía y afonía) y 3) movimientos involuntarios (tics, temblores, ataques y desmayos). Por otro lado, las manifestaciones de los enfermos como el displacer de recordar determinados traumas, sucesos sexuales o de comunicarlos, genera angustia, donde, su estado histérico es consecuencia de una emoción pretérita; por lo que, en la etiología de la histeria existe un factor que el enfermo no menciona nunca, sólo a disgusto acepta: la disposición hereditaria (Frazier, Carr, 1976).

En las manifestaciones del síntoma y el tratamiento de la histeria ha de emplearse su método de asociación libre u otro de naturaleza análoga para dirigir retroactivamente la atención del sujeto desde el síntoma a la escena, en la cual y por la cual surgió, y una vez establecida una relación entre ambos elementos, se logra hacer desaparecer el síntoma, llevando a cabo en la reproducción de la escena traumática una rectificación póstuma del proceso psíquico en ella desarrollado.

Los análisis de Breuer parecen facilitar simultáneamente el acceso a las causas de la histeria. Sometiendo a este análisis sucesiones de síntomas en numerosos sujetos, llegando al conocimiento de una serie correlativa de escenas traumáticas en las cuales han entrado en acción las causas de la histeria. Habrá pues de esperar que el estudio de las escenas traumáticas descubra cuáles son las influencias que generan síntomas histéricos y en qué forma. Es decir, la causa de la histeria tiene que ver con escenas traumáticas las cuales tienen que ver con los síntomas histéricos.

Por su parte, Freud menciona que las pulsiones libidinales, en exceso o intensas, se hallan frente a un yo aún inmaduro e incapaz de controlarlas ni de canalizarlas, de forma que el conjunto del cuerpo y de las conductas del niño están saturados de catexias libidinales. Por otro lado, el cuerpo del niño ciertamente es suyo, pero pertenece también a la madre. Además en el niño la distinción entre síntoma psicossomático, queja hipocondriaca y conversión histérica, es a menudo incierta, es decir, estos síntomas se pueden confundir por la gran similitud que existe entre los síntomas de cada una de ellas. Por lo general su actitud es de satisfacción si logran presionar a la gente con sus quejas constantes, esto también se presenta a la inversa pues sus enemigos son aquellos que no los proveen con las atenciones desmedidas que ellos esperan.

La personalidad histérica se genera en el núcleo familiar, donde la madre se caracteriza por ser competitiva y fría, que disfruta en lo aparente. Pero que quizá este disimuladamente resentida por el hecho de ser mujer y envidiar el carácter masculino; suele presentar permisividad y protección exagerada a la hija para compensar la incapacidad del afecto verdadero. Es decir, la histeria se genera por las pulsiones libidinales del niño donde el yo por su inmadurez no puede hacer frente a ellas, por la saturación de descargas de energía psíquica, por lo que, el infante busca una satisfacción con sus quejas con la gente que lo rodea, y si no los proveen en sus demandas los ven como enemigos.

Por lo tanto, la histeria está relacionada con las pulsiones libidinales donde el yo no puede controlarla. Y los síntomas principalmente son de tres tipos, el primero de alteración de las sensaciones, el segundo, pérdida de la función motriz y tercero, movimientos involuntarios. El recordar traumas sexuales en el paciente histérico genera angustia, pero cabe mencionar el histérico difícilmente hablara del trauma que ocasiona dicho displacer, por lo cual se debe de realizar la asociación con sus palabras para identificar la causa del trastorno.

### **1.3.2 LAS FOBIAS COMO MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA**

A continuación se verá cómo se manifiesta la angustia a través de las fobias, las cuales se presentan tanto en niños como en adolescentes. Por lo que, es de suma importancia conocer los síntomas, ya que se puede cometer el error de confundirlas con las obsesiones o la histeria. Las fobias son neurosis aparte, las cuales son provocadas por miedos generados por un objeto externo o una situación interna. Por otro lado, una de las principales reacciones es la ansiedad, generada por las amenazas de la propia fobia, a su vez, uno de los mecanismos que actúa en este trastorno es la represión, el cual es insuficiente para controlarla. Por lo tanto, la angustia que se genera provoca una alteración en el estado de ánimo del niño y del adolescente.

Las fobias se presentan principalmente en niños y adolescentes aprehensivos que sufren una elevada angustia y con mayor frecuencia aparece en las mujeres (González, 1992). El síntoma primordial del trastorno fóbico es la reacción de ansiedad, donde, lo que sucede es que el adolescente sufre un acceso agudo de angustia ante algún estímulo ambiental que desata un impulso o una sensación que resulta amenazadora por incontenible. La represión como mecanismo de defensa se vuelve insuficiente para apartar de la conciencia dicha amenaza y entonces se recurre paralelamente al desplazamiento. Con este mecanismo del yo se instala la fobia en el adolescente pues inconscientemente transfiere el sentimiento o la emoción inaceptable de su fuente u objeto interno (proveniente del ello) a un sustituto externo concreto y controlable, ya que cree que lo puede evitar.

En las fobias, el estado emotivo es siempre la angustia, mientras que en las obsesiones, el estado emotivo puede ser la duda, el remordimiento o la cólera. Las fobias, son monótonas y típicas mientras que las obsesiones son múltiples y más especializadas. También en las fobias se pueden distinguir dos grupos, caracterizados por el objeto de la angustia. Primero, las fobias comunes: miedo exagerado a aquellas cosas que todo el mundo teme, tales como la noche, la soledad, la muerte, las enfermedades, las serpientes, los peligros en general, etc. Y segundo, fobias ocasionales como: angustia emergente en circunstancias especiales que no inspiran temor al hombre sano, la agorafobia y las demás fobias de la locomoción, por lo tanto, las fobias buscan dar salida siempre a la angustia

Las fobias no son propiamente una neurosis, son síntomas que se enlazan a la histeria, son una cierta clase de obsesiones intensas, que no son sino recuerdos e imágenes no alteradas de sucesos importantes. Este sería un primer grupo pero hay que distinguir otros dos: las obsesiones propias, donde existen dos elementos, una idea que se impone al enfermo, y un estado emotivo asociado (Freud, 1981).

El estado emotivo no surge en estos casos, sino en circunstancias especiales, que el enfermo evita cuidadosamente y a como dé lugar. El mecanismo de las fobias es totalmente diferente al de las obsesiones. Se encuentra un estado emotivo de angustia, que por una especie de elección ha hecho resaltar todas las ideas susceptibles de llegar a ser objeto de una fobia. En los casos de agorafobia, etc., se encuentra con frecuencia el recuerdo de un ataque de angustia, y en realidad lo que el enfermo teme es la emergencia de tal ataque en aquellas circunstancias especiales en las que cree no podrá escapar a él, la angustia de este estado emotivo existente en el fondo de las fobias, no se deriva de ningún recuerdo. Es decir, las fobias generan grandes crisis de angustia, donde el niño o el adolescente, en su caso, temen a que se vuelva a repetir dicho estado. Por lo tanto, las fobias son más circunstanciales, es decir, más del presente y no tanto del recuerdo.

Por otra parte, las fobias, son temores justificados frente a un objeto, o una situación cuya confrontación es para el sujeto el origen de una intensa reacción de angustia. En la relación con la fobia, el sujeto, tiende a utilizar una estrategia defensiva,

siempre idéntica o variable. En ella, describe las conductas de evitación, la utilización de un objeto contra fóbico o la técnica del zambullido. Generalmente en el niño existen 1) fobias arcaicas pregenitales y 2) fobias del periodo edípico. En las primeras, se trata de una angustia muy precoz, cuyo ejemplo más típico es ante un extraño en el octavo mes, y entre los seis y los diez y ocho meses aparece clásicamente el miedo a la oscuridad y a lo desconocido. Es decir, en el niño aparecen sus las primeras fobias al rededor del sexto mes.

En las fobias arcaicas, da inicio la angustia, donde, sólo la madre puede tranquilizar al niño, al menos antes de que alcance la fase de postración. En esta situación, no se da ningún trabajo psíquico de elaboración simbólica. Por su parte, el extraño es peligroso puesto que no es la madre. La realidad se convierte en persecutoria y peligrosa, en una equivalencia directa, apenas simbolizada. Por lo tanto, estas fobias corresponden a la incapacidad del bebé para elaborar mentalmente la angustia, la cual, en el bebé, tiene que ver con la incapacidad de no poderla simbolizar. Por lo que, solo la madre puede tranquilizar al niño para que ésta disminuya; el niño genera esta fobia en los primeros meses de vida por el miedo al extraño, donde aún no tiene la capacidad para diferenciar a otras personas de su propia madre.

Por otro lado, en las fobias del periodo edípico, existe la aparición de miedos en la segunda infancia (entre los 2-3 años y 6-7 años). A esta edad, la naturaleza de los objetos y situaciones fóbicas es casi infinita: animales (ratones, ratas, arañas, serpientes, lobos, etc.); elementos naturales (agua, huracanes, trueno, relámpago); paisaje urbano ( ascensor, grúa, coche o camión); personajes (desconocidos, barbudos, médicos); personajes míticos (monstruo, fantasma, ogro); situaciones (soledad o agorafobia, oscuridad, una determinada habitación, pasillo, las alturas o el vacío) miedo a la enfermedad (miedo a la suciedad y a los microbios, a menudo precursores de rituales obsesivos); y finalmente a la escuela. Lo cual quiere decir, que esto es algo cotidiano en los niños y con lo que hay que lidiar tanto ellos como sus padres al tratar de manejar dicha angustia de la mejor manera.

En la mayoría de los casos, conforme el niño crece, las fobias se atenúan, al menos en apariencia, hacia los 7-8 años de edad. Algunos niños, excluyendo a los casos de psicosis, conservan conductas fóbicas relativamente fijas hasta la adolescencia o más allá de la misma. Parece indiscutible que la actitud de la fobia tiene un papel preponderante en la fijación o no de estos comportamientos. A menudo, uno de los padres es fóbico a su vez, por lo que, con su excesiva comprensión o con su actitud provocadora ayuda a organizar o no la conducta patológica del niño. Por otro lado, sucede igualmente en los casos de fobia escolar, algunos de las cuales, parecen ser casi inmutables (De Ajuriaguerra, 1982). Es decir, las fobias en la infancia por lo general, es esperado que desaparezcan a los 8 años. Pero, en aquellos niños que no las superen, se seguirán presentando hasta la a adolescencia y en este caso ya se estará hablando de trastornos psicóticos.

Todo ello, se relaciona con estados de angustia o con las neurosis de ansiedad, donde las principales características son la ansiedad misma, el estado afectivo caracterizado por sentimientos de desaliento, fatiga, palpitaciones, transpiración, alteraciones de la respuesta pupilar, náusea, temblor, pánico, temor, inseguridad y desamparo (Freedman et al., 1975). La fobia es un terror irracional y persistente que se relaciona con un objeto o situación que objetivamente no es fuente de peligro (Guarner, 1978/1984). En teoría, el objeto fóbico puede ser evitado si la persona hace algunos esfuerzos. Es decir, el adolescente puede evitar los malestares del trastorno fóbico si logra tener un control hacia la situación que genera la fobia.

En general, el individuo no puede definir con el uso de la razón qué es aquello tan malo que teme, y que pudiera llegar a suceder, incluso tiene tanto miedo como lo es el mismo miedo a morir. Si bien es cierto, que la conducta fóbica puede encontrarse en diversos trastornos, que van desde los neuróticos hasta los psicóticos, en la alteración denominada reacción fóbica. La fobia es un síntoma primario y básico, mismo que puede tener alcances graves que resulten incapacitantes para el individuo pues la angustia rebasa los límites tolerables para el yo del niño o el adolescente.

Así mismo, los caminos que elige el desplazamiento están determinados por factores diversos, entre ellos la historia del individuo y el carácter de los impulsos que son objeto de rechazo (anhelos sádico-orales, por ejemplo, deseos de muerte; tentaciones erótico-anales que se manifiestan como una tendencia a evitar la suciedad, el exhibicionismo, etc.); es decir, los temores se rigen como defensa ante instintos parciales en los cuales, suele haber un sustrato de culpa ante la excitación sexual. En el caso de los deseos de muerte, en cambio, la fobia sirve para revertir los impulsos agresivos sobre la propia persona. Es decir, en las fobias el mecanismo de defensa de desplazamiento se encarga de elegir las acciones a realizar hacia los objetos de rechazo, como es el deseo de muerte.

Lo importante es comprender el contenido simbólico de la fobia en el adolescente. Es decir, identificar cuáles son las causas que la generan. Por su parte, La ansiedad como neurosis fóbica, tradicionalmente ha sido considerada como defensa contra impulsos genitales edípicos. No obstante, las fobias son definidas también como ansiedad que resulta de una amenaza de pérdida de amor y de apoyo, la cual se asocia originalmente con la figura materna. Los adolescentes que sufren este trastorno presentan intensos problemas de dependencia; es decir, que las ansiedades existentes en la relación madre-hijo anteceden a las que corresponden a la etapa fálico-edípica con la primera aparición en la escena del desarrollo de los impulsos genitales infantiles. Por lo tanto, las fobias son desarrolladas en los adolescentes por que no se superó la etapa edípica en la niñez, por lo cual, genera dicho trastorno porque existe una conexión aún con el objeto de amor.

Estos problemas preedípicos de dependencia, relacionados con la ansiedad de separación de la madre, se traducen en la época infantil como fracasos para resolver los problemas comunes del desarrollo; los adolescentes fóbicos reportan que en su infancia eran temerosos, especialmente a la obscuridad.

Otros factores que explican dicho temor por parte de los niños, son los problemas tales como: 1) adquirir una hipersensibilidad para captar los temores de los padres, incorporarlos y luego identificarse con ellos. 2) dado que el niño fóbico suele tener un progenitor fóbico, con frecuencia ha sido intimidado por la madre o el padre lo

que le impidió dominar cualquier situación, fuera ésta relacionada con el sexo, la agresividad o la propia defensa. 3) no haber tenido el apoyo necesario, y sufrir burlas y humillaciones por parte de los padres o hermanos. 4) tener una debilidad constitucional que lo pone en desventaja frente a la tarea de dominar situaciones de vida. Es decir, los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de las fobias en los niños, los culés pueden ser generadores del surgimiento de dicho trastorno.

Por lo tanto, una fobia puede servir para dos fines: 1) debe de ayudar al adolescente a adaptar su problema emocional de alguna manera, aun cuando sea en una forma inadecuada y dolorosa, además 2) debe servir al joven como una realización, al menos como en la fantasía, de deseos reprimidos no aceptados, siendo el dolor y el sufrimiento el castigo concomitante. Así mismo, las motivaciones profundas de la angustia fóbica revelan un conflicto sexual o agresivo reprimido. Es frecuente que los adolescentes fóbicos busquen acompañantes de su fobia que permanezcan continuamente cerca para evitarles el pánico o las angustias excesivas, como durante la infancia buscaban a su madre o padre para pedirles que arreglaran mágicamente cualquier situación peligrosa.

Es decir, los niños y adolescentes fóbicos, permiten a sus acompañantes obtener la ganancia secundaria de satisfacer sus necesidades de dependencia y apoyo, quienes llegan a representar simbólicamente a una figura parental que protege frente a los miedos o que impide la expresión de los impulsos agresivos. Todo esto, crea en el adolescente la ilusión (la cual a veces se realiza) de tener el control sobre las personas a través de sus síntomas.

Por otra parte, la angustia se presenta en tres formas de inicio, principalmente: 1) las formas agudas; son las más frecuentes y que se manifiestan por un estado delirante y confusional agudo que también puede estar acompañado de síntomas maniacos, melancólicos o mixtos, inquietantes por su carácter atípico, 2) las formas progresivas o subagudas; estados delirantes de evolución subaguda que presentan estereotipos mentales y conductuales, así como estados seudoneuróticos y 3) las formas imperceptibles; las más difíciles de detectar pues se presentan

frecuentemente junto con un decremento en el rendimiento escolar de niños y adolescentes, acompañado de conductas raras, impulsivas y compulsivas.

Es en estas últimas, donde se dan los casos más difíciles de percibir y tratar, debido a que el niño deja de manifestar síntomas que permitieran saber lo que ocurre en su mundo interno y externo. Al no haber manifestaciones claras de que algo sucede, su malestar puede verse incrementado al grado de llegar a ser irreversible.

Por lo tanto, si la angustia es difusa, invasora y rara vez se ausenta; si está acompañada por una excentricidad de conductas y frialdad de contacto, es probable que se desarrolle una esquizofrenia donde hay toda una estructura propia. En la adolescencia es importante determinar si representa un episodio recurrente o si se está manifestando por primera vez. Es decir, es importante saber el tiempo, la frecuencia y la intensidad del síntoma. Para tener una idea clara de lo que está experimentando el niño y la gravedad del asunto a tratar. Por lo tanto, la ansiedad que experimenta el adolescente casi no está diferenciada, es repentina y violenta, presentándose bajo la forma de una emoción pavorosa. Dicha ansiedad absorbente más adelante se elabora ligeramente de manera que el adolescente la experimenta como pavor, terror, aversión y horror.

El pavor es la emoción menos opresiva, repentina y paralizante, de estas cuatro emociones. La aversión es una combinación peculiar de enfermedad física y cosas desagradables (descritas quizá como deseos de vomitar sin sentir náuseas). El horror es una combinación paralizante de la repulsión, una sensación de deseo casi total de estar en alguna parte, lo más lejos posible de lo que ocurre quizás unida también al deseo de vomitar y tal vez a sufrir diarrea (Sullivan, 1974). Por lo tanto, solo el tiempo y la evolución permiten establecer un diagnóstico preciso; se recomienda no realizarlo sino hasta los seis meses de duración.

Debe tomarse en cuenta si es que hay pérdida de contacto con la realidad, si el adolescente puede dominar su angustia o no y si siente una inquietud desorganizante. Se tratará entonces, de un pronóstico reservado y de reacciones que tienen un comienzo lento, insidioso, sin factores precipitantes discernibles. Así mismo, la conservación de las áreas libres de conflicto (funciones cognitivas) da el

pronóstico de la enfermedad; cuando la inteligencia, percepción, memoria, aprendizaje, pensamiento, lenguaje, atención y motricidad están disminuidos, se espera un pronóstico más grave (González, 2001). Porque estarán alteradas varias habilidades mentales primarias, indispensables para un funcionamiento adecuado del diario vivir en los adolescentes.

Por otro lado, una de las principales características de la esquizofrenia es la angustia la cual, siempre estará presente en el individuo con algún tipo de psicosis, una de las formas de reprimirla es a través de la ansiedad donde, genera en el adolescente una cierta tranquilidad (Gonzalez, 2001). Es decir la angustia se presenta por los delirios y alucinaciones que presenta el adolescente esquizofrénico en cada una de sus crisis, por otro lado, la angustia se presenta parcialmente, en los primeros años de la adolescencia, puede ser de progresión lenta o grave, desafortunadamente la salud mental en dichos pacientes no se reestablece en su totalidad, solo se controla con la ayuda de medicamentos psiquiátricos y psicoterapia. En estos casos, es de suma importancia, que el paciente esté medicado para poder lograr un trabajo psicoterapéutico, de lo contrario no se obtendrán resultados favorables.

Por lo tanto, las fobias son fuertes trastornos generadores de angustia, los cuales aparecen desde la infancia formando un desequilibrio emocional en niños y adolescentes, es de suma importancia el identificar y ayudar a superar las fobias a cada uno de los pacientes ya que si no se da un tratamiento, se puede llegar a transformar en una enfermedad psicótica. El tratamiento de las fobias varía de acuerdo al paciente, si es niño o adolescentes, una de las ventajas para el niño es que las fobias se presentan a consecuencia de su propia etapa del desarrollo y puede llevar a desaparecer una vez que es superada, mientras que, en el adolescente desafortunadamente puede presentarse nuevamente si no se superó en la infancia, y si no es superada prevalecerá por el resto de su vida.

Finalmente la angustia en niños y adolescentes siempre estará presente, porque es una característica propia del proceso psíquico. Donde, se vive en cada una de las etapas del desarrollo y si no es superada en la niñez, por lo general se vuelve a

reactivar en la adolescencia. Por lo tanto, la angustia es una sensación que afecta el estado de ánimo en niños y adolescentes, la cual, se genera por una reacción ante un peligro. Es decir, la angustia, es una reacción interna en la mayoría de las veces, donde el yo no puede controlarla y como consecuencia se manifiesta. Por otro lado, uno de los mecanismos que genera la angustia es la represión, el cual tiene la función de buscar el equilibrio emocional. Por lo tanto, es fundamental que sea superada para que no genere algún trastorno neurótico como: neurosis de angustia, histeria, obsesiones o fobias, de lo contrario, en la vida adulta no existirá una plenitud emocionalmente hablando, donde el yo no tendrá la maduración suficiente para enfrentar cada peligro, como consecuencia, el individuo adulto actuara como niño de por vida.

## CONCLUSIONES

La angustia, es un síntoma que está presente en el transcurso de la vida, además, es una característica de los trastornos psíquicos, es un elemento básico de los diferentes tipos de neurosis. La primera vivencia de angustia se presenta en el niño en el momento del nacimiento, la cual, es el modelo de toda situación de peligro, también se presenta en el momento de la separación de la madre y posteriormente en el complejo de castración. Por otro lado, cuando la madre está ausente o ha sustraído su amor al hijo, la satisfacción de las necesidades de éste ya no será segura, y posiblemente quedará expuesto a los más penosos sentimientos de tensión.

En cada una de las etapas del desarrollo, se genera una angustia, la cual, pone en peligro al sujeto, pero lo que debe de importar es que en cada una de ellas, se sobrelleve la angustia y se llegue a una solución adecuada. La angustia debe de ser abandonada con la ayuda del yo, al ir adquiriendo un fortalecimiento, de lo contrario, la persona no logrará una independencia por lo que continuará con una conducta infantil. La sede de la angustia es el yo, donde solo él puede producirla y sentirla, se encarga de cuidar que no se realice, por lo que, genera la represión para evitarla y a su vez busca un displacer mayor.

La angustia y la ansiedad son términos que se pueden confundir, por lo cual, es importante distinguir la diferencia entre ambos. La angustia, está acompañada de manifestaciones somáticas y de miedo, asociadas a un objeto o situación precisa, es decir, surge de la dotación madurativa del individuo donde no puede responder de forma adecuada a una situación experimentada como amenazadora, generada por algo desconocido. Mientras, que la ansiedad está vinculada a un afecto penoso asociado a una actitud de espera de un acontecimiento imprevisto pero experimentado como desagradable generado por algo conocido.

Por otro lado, la ansiedad se presenta en el segundo organizador del desarrollo, de acuerdo a la teoría de la angustia de los 8 meses, donde el niño, tiene una función de adaptación y supervivencia, por lo que, a la edad de los 8 a 12 meses puede ser normal la presencia de ansiedad de separación. La ansiedad en el niño tiene que ver con los impulsos y fantasías sádicas, las cuales alcanzan un clímax en los estadios más tempranos del desarrollo, es provocada en los bebés por sus impulsos destructivos por las defensas más tempranas del yo y la cual se dirige contra la ansiedad provocada por impulsos y fantasías agresivas.

La ansiedad surge por el temor a ser devorado y destruido. Los impulsos prohibidos, provocan ansiedad, que obliga a evitar la situación o el objeto que provoca el impulso. En el estadio del narcisismo con fin sexual canibalista, la primera prueba de inhibición instintiva aparece en forma de ansiedad mórbida. La cual, es generada por una insatisfacción, ésta provoca que el niño tenga miedo a la muerte por sus deseos sexuales hacia el objeto. Por otro lado, en las neurosis, la ansiedad es una de las principales características, donde genera malestar de la cual, no puede desprenderse.

Al analizar la angustia, se debe buscar el “cómo” se estructuró el síntoma y no el por qué se estructuró. De esta manera, se logra disminuir la angustia en la etapa del desarrollo de la que se trate. El aparato mental ve a la angustia como un peligro, la cual genera una desintegración, donde da como resultado la formación de síntomas psíquicos. A su vez, la angustia sirve para reaccionar ante una amenaza, donde, alerta al individuo a realizar una acción para evitar una desorganización.

Por otro lado, la ausencia de la madre provoca en el niño la conversión de la libido en angustia, la cual provoca que se reactive la represión para controlar dicha angustia. Por lo que, se generan impulsos destructivos por los mecanismos de defensa del yo, los cuales, se dirigen hacia la ansiedad provocada por los impulsos agresivos, por lo tanto, la ansiedad es generada por una insatisfacción libidinal. Por otro lado, la angustia es una señal de alarma, la cual, es desencadenada por el yo, por la reacción a un peligro, cuando busca escapar de las exigencias de la libido.

Entonces, el yo la provoca para indicar un peligro, sobre todo en los peligros libidinales.

La angustia realista, es generada por algo externo donde crea una perturbación en la persona, lo que hace que el individuo evite tal fenómeno, es decir, se presenta ante una situación real, la cual es consciente. Por su parte, la angustia neurótica, es generada por una excitación libidinal frustrada, la cual, no se satisface y como consecuencia surge un estado de angustia. Ante esto, el yo reacciona con angustia de manera natural, y trata de manejarla. Cuando no lo logra, es cuando el ello o superyó han sometido a un yo débil. Por lo que, la angustia es una reacción ante una señal de peligro, interno o externo.

Las reacciones ante las situaciones desconocidas para el sujeto, llevan al adolescente a ataques de pánico y a conductas desorganizadas, donde a consecuencia de esto se puede llegar a necesitar hasta de una atención hospitalaria. La neurosis de angustia surge de los síntomas de la angustia propiamente como tal. Las causas de la neurosis reposa en la sexualidad, por lo que, la falta sexual, la constituye. La neurosis de angustia es generada por la reactivación de recuerdos infantiles, los cuales tienen que ver con la pérdida de amor, de separación y castigo, los cuales, son acompañados por sentimientos de aislamiento.

Los síntomas de la neurosis de angustia causan disfunción en la vida cotidiana, del niño y del adolescente donde, ocasionan un malestar y sufrimiento. Por otro lado, no existen factores ambientales que la ocasione y la aparición de los síntomas suelen ser variables. Lo que predomina en el adolescente, es la angustia, la cual, puede impedir la comunicación con temas relacionados con el sexo o la agresión, por lo que, en el tratamiento se debe de reenfocar su atención, desviándolo de sus sensaciones corporales y fijarlo en los hechos que precisamente lo angustian.

En las obsesiones de los niños, hay que tener cuidado sobre todo, en aquellos menores de 8 años, debido a que en esta edad surgen cambios cognitivos los cuales generan la aparición de preocupaciones y temores donde, se puede cometer el error de considerarlos como síntomas obsesivos, sin serlo. Por su parte, las obsesiones

en el adolescente tienen que ver con la obediencia y el desafío, las cuales, son muy fuertes, por lo que, conllevan a una sumisión humillante que da como resultado la generación de angustia. Por otro lado, en las obsesiones, el síntoma es generado por la represión como reproches de actos sexuales generando angustia, los cuales, fueron llevados a cabo en la etapa infantil. Las obsesiones y las compulsiones alivian una tensión, pero no generan placer alguno, si no, todo lo contrario, son fuente de angustia.

Las manifestaciones de la angustia se generan por que el niño no posee la maduración necesaria para simbolizarla, por lo que, la madre es la única que puede tranquilizarlas. Así mismo, la represión se vuelve insuficiente para apartar de la conciencia dicha amenaza y entonces se recurre al desplazamiento. Por otro lado, las fobias son desarrolladas en los adolescentes porque, entre otras cosas, no se superó la etapa edípica en la niñez, por las características de la conexión con el objeto de amor.

Por su parte, la represión tiene una de las funciones más importantes en la angustia, ya que es un mecanismo de defensa que reacciona ante los peligros provocados por la misma con la finalidad de proteger tanto al niño como al adolescente. Por lo tanto, La angustia reaccionar ante lo que se percibe como amenazante para las normas de conducta que tiene el niño y dicha función es útil pues sirve para percibir con sensibilidad las situaciones peligrosas y, además, para llevar al individuo a la acción adaptativa. A su vez, alerta al individuo para iniciar la acción que impida la desorganización de su modo de actuar, a medida que avanza el desarrollo.

La angustia es el estado afectivo por excelencia, no está vinculado a la pérdida de un objeto sino a la insatisfacción que resulta del crecimiento de la tensión de la necesidad frente a la cual el niño es importante. Por lo que, el yo es el encargado de controlarla y busca siempre el cómo hacer para que no afecte al individuo, no siempre tiene éxito, y es entonces cuando se desencadenan las enfermedades patológicas. Es decir, si el yo pierde el sentido de realidad a causa de la angustia, entonces tanto el niño como el adolescente sufrirán de trastornos mentales, los cuales, afectarán su desarrollo psíquico de por vida.

Cabe mencionar que para identificar los síntomas y dar un mejor tratamiento es necesario conocer de dónde vienen y como se estructuran. Así mismo atacar la raíz del problema indagando desde la personalidad de los padres y saber, qué relación tienen estos con el síntoma que el niño o el adolescente presenta. Es importante lograr que el niño tenga la madurez adecuada para superar cada etapa de su vida e ir resolviendo sus propias necesidades que el ambiente le amerita, sin esperar que la madre sea quien lo haga por él. Los padres pueden nutrir a sus hijos desde la mirada, posteriormente el psicoterapeuta psicoanalítico de la infancia y la adolescencia podrá restablecer lo que quedó pendiente en esa relación, dando un giro diferente y ayudando a la reestructuración del vínculo afectivo, para ayudar al niño y al adolescente a sentirse feliz y llegar a ser adulto.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Aberastury, A. (2009). "El niño y sus juegos". Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Cárdenas E.M., Fera M, Palacios L, De la Peña F. (2010). "Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes". Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de trastornos mentales).
- De Ajuriaguerra, J, Marcelli, D. (1984). "Manual de psicopatología del niño". Edit. Masson.
- Freud, S. (1981). "Obras completas", 4.ª ed. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- González, J. de J. (2001). "Psicopatología de la adolescencia" Edit. Manual Moderno.
- Jiménez, M. (1998). Psicopatología Infantil. España: Aljibe.
- Kernberg, P. y otros. (2000). "Trastornos de personalidad en niños y adolescentes" Edit. Manual Moderno.
- Klein, M. (1921). "El desarrollo de un niño". Biblioteca de psicoanálisis, Obras completas de Melanie Klein.
- Klein, M. (1923). "Análisis infantil". Biblioteca de psicoanálisis, Obras completas de Melanie Klein.
- Klein, M. (1928). "Estadios tempranos del complejo de Edipo". Biblioteca de psicoanálisis, Obras completas de Melanie Klein.
- Klein, M. (1948). "Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa". Biblioteca de psicoanálisis, Obras completas de Melanie Klein.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). El nacimiento Psicológico del Infante Humano. Buenos Aires Argentina. Marymar.
- Spitz, R. (1985). Los primeros años de vida del niño. Barcelona: Paidós.

Ruiz, A. M., Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones p. 265-280.

### **REFERENCIAS ELECTRÓNICAS**

De la Portilla. S. R. internet. Recuperado el 06 de abril de 2015.  
<https://books.google.es>

DSM-IV. Internet. Recuperado el 11 de mayo de 2015.

<http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Karothy, R. H. (1979) internet. Recuperado el 19 de abril de 2015.  
[http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.2431/pr.2431.pdf](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2431/pr.2431.pdf)