

Revisión de la noción de angustia de Freud y su presencia en la categoría diagnóstica trastornos de ansiedad del DSM V

Review of Freud's notion of anxiety and its presence in the diagnostic category of anxiety disorders of the DSM V

Recepción: 20 de enero de 2025 / Aceptación: 30 de abril de 2025

Judith Muñoz Salas¹

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol14.num29.1>
Licencia CC BY 4.0.

*Cuando el que camina en la oscuridad canta,
niega su angustia, pero no por ello ve más claro*

(Freud, 1926/1996b)

¹ Licenciada en Psicología Universidad de Chile. Magíster en Filosofía Universidad de Chile. Psicoanalista en la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Afilación: Docente Asociada, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Central de Chile.

Autora para correspondencia: Código postal 8330507.

Correo electrónico: judith.munoz@ucentral.cl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6906-5705>

Resumen

La noción de angustia formulada por Freud es revisada a la luz de su presencia en la categoría diagnóstica Trastornos de Ansiedad del DSM V. El objetivo es verificar la distancia, desaparición o equivalencias posibles de la noción de angustia, concepto central de la teoría freudiana de la neurosis. Para ello se hace un recorrido por la teoría de Freud sobre la angustia y se revisa sintéticamente la trayectoria y evolución de este manual clasificatorio. Los resultados muestran la tensión entre la mirada psicoanalítica sobre el aspecto representacional y afectivo de la angustia y la visión fenomenológica, comportamental y biomédica de los DSM actuales.

Se concluye que la última teoría de Freud sobre la angustia cubre en su totalidad los trastornos de ansiedad y abarca también trastornos que fueron separados en este DSM, como lo son los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

Palabras clave: angustia; ansiedad; DSM; trastorno

Abstract

The notion of anxiety formulated by Freud is reviewed in light of its presence in the DSM V. The objective is to verify the distance, disappearance, or possible equivalences of the notion of anxiety, a central concept of the Freudian theory of neurosis. To do this, a tour of Freud's theory on anxiety is made and the trajectory and evolution of this classificatory manual is synthetically reviewed. The results show the tension between the psychoanalytic view on the representational and affective aspect of anxiety and the phenomenological, behavioral, and biomedical vision of the current DSM.

It is concluded that Freud's latest theory on anxiety covers anxiety disorders in their entirety and also encompasses disorders that were separated in this DSM, such as disorders related to trauma and stress factors.

Keywords: distress; anxiety; DSM; disorder

Si estudiamos el uso actual de la palabra angustia nos encontramos con tres vocablos que intersectan en sus significados y referencias: angustia, ansiedad y estrés. Etimológicamente, la palabra angustia proviene del latín *ango*, angostura, dificultad, constreñimiento. Ansiedad proviene también del latín *anxiëtas*, agitación. Ambas provienen de la raíz indoeuropea *angh*. Estrés es una castellanización de la palabra inglesa *stress*.

En algunas definiciones, la ansiedad aparece a cargo de los componentes mentales y la angustia es más corpórea; en otros, es justamente al revés (Ey,

1978). En el manual de diagnóstico DSM, se habla de los Trastornos de Ansiedad. Luego, en las descripciones detalladas de los síndromes, estos son adjetivados en el correr del texto muchas veces con la palabra angustia y ansiedad indistintamente. Primera tarea entonces es desentrañar estas posibles diferencias.

Aparentemente, el distingo es idiomático, más claro en la lengua francesa y española. Es interesante consignar que Freud, al traducir del alemán al francés la palabra alemana *Angst*, usó indistintamente *angoisse* y *anxiété*. En alemán e inglés parece diluirse esa diferencia o, al menos, es menos clara la distinción entre *angoisse* y *anxiété* para traducir el término alemán *Angst* (Sarudiansky, 2013).

En español, la palabra ansiedad tiene una variante positiva: ansia, lo cual no se produce en nuestra lengua con la noción de angustia. La angustia es esencialmente displacentera, remite a un proceso constrictivo. Angostamiento del canal respiratorio, es aflicción, tal vez parálisis. En nuestra lengua, la ansiedad es una expectativa de un futuro incierto, temido o fantaseado; en cierta forma hay una tendencia a la huida, una alta movilización en la persona que la experimenta.

Será decisión del lector a cuál de ellos otorga un papel más mental; en general, se puede dar una combinación de ambos elementos. Todo el aparato de la sobrevivencia se ofrenda cuando la respuesta frente al peligro requiere ser adaptativa o de sobrevivencia, acorde a fines, en palabras de Freud. Pero nuestro trabajo es encontrarnos con defensas no exitosas o que dejaron de serlo, con una indeterminación o con el anonimato del objeto temido de la angustia.

Desde la filosofía, a mediados del siglo XIX, Soren Kierkegaard realiza un aporte esclarecedor e inspirador, diferenciando la angustia del miedo:

Casi nunca se ve tratado el concepto de angustia dentro de la Psicología; por eso mismo debo llamar la atención sobre la total diferencia que intercede entre este concepto y el del miedo, u otros similares. Todos estos conceptos se refieren a algo concreto, en tanto que la angustia es la realidad de la libertad en cuanto posibilidad frente a la posibilidad. Ésta es la razón de que no se encuentre ninguna angustia en el bruto, precisamente porque éste, en su naturalidad, no está determinado como espíritu (Kierkegaard, 2006, pp. 87-88)

Para el filósofo, el ser humano, en su naturalidad, está determinado como espíritu a vivenciar subjetivamente la angustia; por ello enfatiza que los animales no presentarían angustia. Profundizando en el sentido de este argumento, desembocamos indefectiblemente en el pensamiento existencialista, donde el objeto temido de la angustia resulta ser finalmente la nada.

Esta concepción nos muestra cómo la angustia se yergue en el centro de la subjetividad humana, en tanto ella es un efecto de la libertad humana, un vértigo frente a lo indeterminado de nuestra existencia: la realidad de la libertad en cuanto posibilidad frente a la posibilidad, la característica del habitar en nuestra conciencia.

López-Ibor (como se citó en Ojeda, 2003) plantea una distinción tomando las ideas de Kierkegaard y de Heidegger; la experiencia vital de nuestro yo existiendo supondría intrínsecamente la experiencia de la angustia, sin que ello signifique una condición psicopatológica, sino más bien una condición de la conciencia de existir.

Este aporte de Kierkegaard a la psicopatología le da a la angustia un lugar privilegiado en la concepción del mundo subjetivo que sostiene el psicoanálisis. Lacan destaca este concepto señalando que el objeto ante el cual la angustia sucumbe es el *objeto a*. Es decir, el objeto causa del deseo, el objeto perdido, que no ha sido nunca poseído pero determina el curso del deseo.

Para Lacan, tras el nacimiento queda un residuo de la completitud narcisista. Como lo señala el autor, luego de la división del sujeto se origina este objeto irreducible, no simbolizable, pero que implica a la persona en una búsqueda permanente del deseo (Lacan, 1963). En su característica retórica, Lacan planteará entonces que la angustia sí tiene un objeto y este objeto es inconsciente.

Uno de los aportes de Freud al estudio de la angustia, contribución que subsiste hasta nuestros días, es la noción de neurosis de angustia. La neurosis, concepto acuñado en 1769 por Cullen, tomará en la teoría de Freud fuerza y potencia al describir el padecimiento vertebral de la neurosis. La sexualidad fue la puerta de entrada; fue el nivel existencial que permitió a Freud ingresar a la compleja maraña que fue durante mucho tiempo la etiología de la histeria.

Freud y la primera teoría de la angustia

Podemos ubicar este primer planteamiento con anterioridad a la publicación en conjunto con Breuer de los *Estudios de histeria* de 1895 (Breuer y Freud 1895/1996), llegando a su fin con la emergencia de la segunda teoría en *Inhibición*, síntoma y angustia del año 1926, cuando Freud tenía ya 70 años. Las primeras formulaciones son de carácter fiscalista. Un punto de vista económico dominará la escena por varios años. Cuando la libido se ve impedida de descarga eficaz por una conducta corporal, mecánica, inadecuada como la masturbación, el *coito interruptus*, el *coito reservatus*, excitaciones frustradas y otras situaciones similares, se llega al cuadro de neurosis actuales, en que la libido es retenida a nivel somático y se transforma en angustia por falta de una descarga psíquica adecuada.

Si el impedimento de descarga de la libido ocurre debido a un conflicto psíquico previo, que originó una represión de las vías de representaciones adecuadas para la descarga, se llega al cuadro de las psiconeurosis, en que la libido es retenida a nivel psíquico y se transforma en angustia; esa es la angustia neurótica. Freud considera, desde un punto de vista clínico, tres estados de angustia neurótica caracterizados por su vinculación con la amenaza de peligro: la angustia flotante, la angustia de las fobias y la angustia con carencia absoluta de relación con algún peligro.

En lo esencial, el peligro, en este momento de la teoría freudiana, permite ser caracterizado por un factor económico: aflujo excesivo, imposible de aminorar por la descarga o, en otras palabras, la impotencia frente a una exigencia libidinal proveniente de factores traumáticos, definiendo trauma como un exceso de tensión que, por diferentes razones de la realidad interna o externa, se hace intramititable en la relación mente-cuerpo.

La angustia flotante se nos presenta como un estado general de angustia difusa, libremente flotante. El paciente está permanentemente dispuesto a explicar su apronte angustiado mediante cualquier representación que se ajuste en esos distintos momentos a sus cambiantes expectativas. Es el estado que Freud llama angustia expectante, en que los pacientes prevén, entre todas las posibilidades, la más terrible, esperando múltiples desgracias. La acentuación de estos elementos corresponde a una de las neurosis actuales, la neurosis de angustia. En la otra forma clínica, las fobias, la angustia está firmemente ligada a una determinada situación u objeto. No representa la ambigüedad de la angustia difusa.

Frente a una determinada pulsión libidinal que entra en conflicto con las representaciones yoicas, el yo enfrenta la situación reprimiendo la pulsión libidinal. Esto provoca una acumulación de libido y una regresión al sistema inconsciente, donde se produce la transformación en afecto-angustia. El padecimiento que implica la angustia pone en marcha los mecanismos de defensa, que darán origen a los síntomas.

Esta nueva concepción del aparato y del funcionamiento mental lleva a Freud a una primera modificación de la teoría de la angustia, que aparece ya en el último capítulo de *El yo y el ello*. Afirma allí que el yo, sometido a la presión que sobre él ejercen el Ello, el Superyó y el mundo externo, experimenta temor frente a ellos.

Del ser superior que devino ideal del yo pendió una vez la amenaza de castración, y esta angustia de castración es probablemente el núcleo en torno del cual se depositó la posterior angustia de la conciencia moral; ella es la que se continúa como angustia de la conciencia moral. (Freud, 1923/2003, p. 58)

Afirmará que la sede de la angustia es el yo. Con esta afirmación se abre el camino al cambio posterior de la teoría de la angustia. En *El yo y el ello*, Freud postuló el yo como un almácigo de angustia (Freud, 1923/2003), expresión que reaparece en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926/1996a).

La angustia resultante de situaciones traumáticas, en la que se cumple la condición económica para que el aparato mental se halle inundado por estímulos; a esta angustia Freud la denomina angustia automática. La otra angustia es la que se presenta cuando el yo prevé un peligro, interno o externo, y da la señal de disiplacer, reactivando el afecto-angustia. A esta angustia Freud la denomina angustia señal. La angustia señal es la reacción del yo ante la situación de peligro y el yo ejecuta ciertas maniobras encaminadas a evitarla. Las defensas y los síntomas son, no para defenderse de la angustia, como sosténía en su primera teoría, sino para evitar la situación peligrosa señalada por la angustia señal.

La descripción de la angustia automática es una contribución incalculable al desarrollo de la psicopatología psicoanalítica. Permite entender la conformación, en sus posibles orígenes, de los cuadros con origen en situaciones traumáticas, cuadros psicosomáticos complejos, el conjunto de las llamadas patologías del desvalimiento (Maldavsky, 2017).

Tal como ocurre con la noción de la represión primaria, la angustia automática es una postulación metapsicológica que permite entender el tiempo anterior del tiempo: los orígenes del psiquismo, el nacimiento del infante humano, lo perinatal y la discontinuidad del tiempo en la situación traumática, donde se puede diferenciar lo que es el surgimiento del psiquismo de la emergencia de la subjetividad (Maldavsky, 1997).

Recordemos nuevamente que la angustia es un afecto caracterizado por una sensación displacentera específica, diferenciada de otras sensaciones, y cuya especificidad estaría dada por determinadas vías de descarga ligadas a los aparatos circulatorio y respiratorio (Freud, 1926/1996a). Aparatos que, en el inicio de la vida fuera del útero, inauguran la actividad autónoma del neonato respecto de la biología de la madre. Corazón y pulmones son los órganos que se deben activar en el nacimiento. Por ello, Otto Rank postuló que la angustia originaria provenía de la experiencia traumática del nacimiento. Freud no estuvo completamente de acuerdo con esta teoría; finalmente plantea que la angustia del nacimiento sería muy relevante, pero más cercana a un arquetipo de todas las angustias.

Aparecerán en la obra de Freud, en 1926, los verdaderos peligros a los que se teme en esta nueva formulación de la angustia. Serán la pérdida del objeto, la pérdida del amor del objeto, la amenaza de castración y el temor al superyó. Este desfiladero de exigencias vitales por las cuales atravesamos los seres humanos es, en parte, responsable de la constitución y evolución del psiquismo.

Para seguir la huella de la teoría freudiana de la angustia, a continuación presentamos un cuadro explicativo y esquemático de los diferentes momentos y giros de la teoría del maestro vienes sobre la angustia.

Tabla 1*Desarrollo histórico del concepto de angustia en la teoría de Freud*

Año	Texto	Cita/comentario	Tipo de argumento
1895	Carta a Fliess manuscrito E	Freud neurólogo se pregunta por la causa. "...Esto es muy asombro, pero sólo puede tener un sentido fuente de la angustia no ha de buscarse dentro de lo psíquico" (Freud, 1895/1996b, p. 229)	causa exógena = tensión sexual Mirada fisicalista
1895	Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia	"la conjectura de que quizás se trate de una acumulación de excitación; luego, el importantísimo hecho de que la angustia que está en la base de los fenómenos de esta neurosis no admite ninguna derivación psíquica". (Freud, 1895/1996d, p. 107) se trata de una acumulación de excitación; que la angustia, correspondiente probable de esa excitación acumulada, es de origen somático, con lo cual lo acumulado sería una excitación somática. (Freud, 1895/1996d, p. 108)	La tensión sexual no halló espacio mental para ser elaborada. No hubo tránsito, pero lo psíquico aún no es la causa
1909	Caso Juanito	"Ella se justifica por el pleno acuerdo entre el mecanismo psíquico de estas fobias y el de la histeria, salvo en un punto, pero un punto decisivo y apto para establecer la separación. Y es este: la libido desprendida del material patógeno en virtud de la represión no es convertida, no es aplicada, saliendo de lo anímico, en una inervación corporal, sino que se libera como angustia (Freud, 1909/1976, p. 94) "Desde ahí quedaba expedito el camino para el retorno de lo reprimido, y se lo recorrió de tal manera que el material patógeno apareció refundido (trasladado) sobre el complejo del caballo, y los afectos concomitantes aparecieron uniformemente mudados en angustia" (Freud, 1909/1976, p. 110)	Aparece un mecanismo psicológico: la represión. La libido que acompaña a la representación es reprimida y descargada como angustia. Primero hay represión, luego angustia.

Año	Texto	Cita/comentario	Tipo de argumento
1917	Conferencia 25 La angustia	<p>“...«angustia» se refiere al estado y prescinde del objeto, mientras que «miedo» dirige la atención justamente al objeto” (Freud 1916-1917/1998, p 360)</p> <p>“Decimos que es el acto del nacimiento, en el que se produce ese agrupamiento de sensaciones displacenteras, mociones de descarga y sensaciones corporales que se ha convertido en el modelo para los efectos de un peligro mortal y desde entonces es repetido por nosotros como estado de angustia” (Freud 1916-1917/1998, p 361)</p>	<p>El nacimiento aparece como una posible fuente primera de la angustia. Luego en 1923 se publicará la obra de Rank sobre el trauma del nacimiento</p> <p>Tres afectos angustia miedo y terror. Angustia es miedo sin objeto</p>
1920	Más allá del principio del placer	<p>“La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido.” (Freud, 1920/1992b, p. 12)</p> <p>“Pero también el terror conserva para nosotros su valor. Tiene por condición la falta del apronte angustiado...; este último conlleva la sobre investidura de los sistemas que reciben primero el estímulo” (Freud, 1920/1992b, p. 31)</p>	<p>Angustia se relaciona con la posibilidad de perecer. Particularmente en la desmezcla de pulsiones</p>
1923	El yo y el ello	<p>“tres clases de peligros: de parte del mundo exterior, de la libido del ello y de la severidad del superyó. Tres variedades de angustia corresponden a estos tres peligros, pues la angustia es la expresión de una retirada frente al peligro” (Freud, 1923/2003, p. 56)</p>	<p>El yo teme a tres amos es la sede de la angustia, ese es el temor. Esta dado el camino para la segunda teoría.</p> <p>La proyección es el mecanismo que deposita en la realidad externa los temores internos</p>

Año	Texto	Cita/comentario	Tipo de argumento
1926	Inhibición síntoma y angustia	Cap. V Yo almácigo de angustia “La mayoría de las fobias, hasta donde podemos abarcarlas hoy, se remontan a una angustia del yo, como la indicada, frente a las exigencias de la libido. En ellas, la actitud angustiada del yo es siempre lo primario, y es la impulsión para la represión. La angustia nunca proviene de la libido reprimida.” (Freud, 1926/1996a, p. 104)	La angustia parte del yo. Es una señal de alarma y alerta que parte del yo. Vuelve a tomar caso Hans pero ahora realiza otra interpretación en el último capítulo de este texto
1933	Conferencia 32 de Nuevas aportaciones al Psicoanálisis	Recurrimos al proceso del nacimiento como el evento que deja tras sí esa huella afectiva; en él, los cambios en la actividad del corazón y la respiración, característicos del estado de angustia, fueron acordes con el fin. Por tanto, la primera angustia habría sido una angustia tóxica.” (Freud, 1933/1996c, p. 76)	Retoma el trauma. O vuelve al trauma ahora considerando que la angustia es la reacción originaria frente el desvalimiento en la situación traumática.

Clasificaciones y nomenclaturas de los manuales de diagnóstico de las afecciones mentales

La ciencia nombra y clasifica; de esta forma ordena los fenómenos. Las taxonomías psiquiátricas tienen por fin ofrecer a la comunidad científica diagnósticos estandarizados para facilitar la observación, identificación y discriminación de los síntomas y signos de las manifestaciones psicopatológicas. Este panorama, claramente, es un campo fértil para los parámetros de la investigación científica y para la comunicación entre los distintos profesionales del campo.

Luego del término de la Segunda Guerra Mundial, fue una necesidad perentoria desarrollar diagnósticos, ya que los soldados requerían atenciones por las afecciones mentales agudas que solían presentar posteriormente a las experiencias traumáticas de la guerra. A su vez, fue necesario clasificar e identificar la emergencia de nuevos síndromes.

Tabla 2
Fecha de aparición de los sistemas clasificatorios DSM y CIE

Año	Manual DSM	Manual ICD	Características
	DSM DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (APA) USA	ICD INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (WHO) EUROPE (CIE clasificación internacional de enfermedades)	
1900	-	ICD-1	Solo enfermedades orgánicas
1910	-	ICD-2	Solo enfermedades orgánicas
1920	-	ICD-3	Solo enfermedades orgánicas
1929	-	ICD-4	Solo enfermedades orgánicas
1938	-	ICD-5	Solo enfermedades orgánicas
1948	-	ICD-6	Solo enfermedades orgánicas

Año	Manual DSM	Manual ICD	Características
1952	DSM-1 Orientación psicodinámica en sus fundamentos. Contribuciones importantes de K. Menninger	La ansiedad síntoma central de los Trastornos Psiconeuróticos. La denominación de los cuadros era reacción	El argumento es la noción de angustia señal
1955		ICD-7	Se agregan enfermedades mentales en el CIE 7
1966			
1967	Dato relevante homo sexualidad estaba tipificada, se elimina solo en 1973	ICD-8	
1968	DSM-II Orientación psicodinámica aun presente.	Del concepto de reacción se sigue con categoría neurosis	Presente la neurosis de ansiedad
1975		ICD-9	Surge antipsiquiatría
1978		ICD-9-CM	
1980	DSM-III neo-kraepelianismo se erradica el concepto de neurosis y es subsumido por los trastornos de ansiedad. Modelo biomédico domina su elaboración, desterrando a la mirada psicodinámica	La neurosis de ansiedad se divide en TAG y trastorno de pánico	Aparece el Trastorno de ansiedad generalizada TAG (antes panofobia) y se lo distingue de las crisis de ansiedad
1987	DSM-III-R		
1992		ICD-10	
1994	DSM-IV		
1996		ICD-10	El ICD 10 incluye trastornos en niños
1998	DSM-IV-R		
2000	DSM-IV- TR		
2013	DSM-V		Los trastornos obsesivos son separados de los trastornos de ansiedad
2018-2022		ICD-11	

En un esfuerzo por rastrear la presencia de la nomenclatura freudiana de la neurosis, se establece un cuadro comparativo entre las actuales especificaciones de los trastornos de ansiedad y los ecos de las formulaciones freudianas en posible asociación. Es una primera aproximación que requerirá, evidentemente, posterior reflexión.

Tabla 3
Trastornos de ansiedad DSM V

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico	Concepto freudiano asociado
TA por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.	Angustia traumática por separación con el objeto amado. Angustia señal por expectativa de separación con el objeto amado
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).	Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).	Inhibición operativa del yo. Yo apresado por angustia. A diferencia del síntoma que posee contrainvestidura.

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico	Concepto freudiano asociado
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, entorno natural, sangre, heridas, inyecciones, situacional, Otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.	Cuadro similar a Histeria de angustia.
TA social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.	Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.	La fobia descrita por Freud describiría una proyección de los temores internalizados de carácter inconsciente
Trastorno de Angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes.	Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.	Neurosis de angustia freudiana

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico	Concepto freudiano asociado
Agorafobia	Miedo o ansiedad que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.	Agorafobia con expectación ansiosa
Trastorno de Ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.	Angustia flotante Expectativa angustiosa. Angustia señal falla. Pierde el sello del acorde a fines
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.	No se dan exclusivamente durante delirium.	

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico	Concepto freudiano asociado
Trastorno de Ansiedad debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.	No se dan exclusivamente durante delirium.	
Otros TA especificados	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún Trastorno de Ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.	
TA no especificado	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún trastorno de ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).		TA no especificado

Discusión y conclusiones

El DSM caracteriza los trastornos de ansiedad como miedo y ansiedad excesivos y las alteraciones conductuales asociadas. Miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria. Ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (DSM V, p. 189). Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y según la cognición asociada, siendo las crisis de pánico un tipo particular de respuesta al miedo.

La incorporación de los trastornos de ansiedad en el DSM IV subsume y hace desaparecer la tradicional taxonomía de la neurosis. Los trastornos de ansiedad incluyen las fobias anteriormente denominadas hysteria de angustia y la neurosis de angustia.

Llama la atención el aumento de subtipos de angustia y no solo en las fobias, que se definen por el objeto fobígeno. Esta variabilidad puede tener la misma lógica que la desaparición de la nomenclatura de hysteria en el DSM III, que quedó fragmentada en diversos trastornos desconectados: trastornos disociativos, trastornos conversivos, trastornos somatoformes, desapareciendo su identidad singular. Tantos subtipos de angustia serán los brazos del mismo río.

La necesidad de tipificar las variedades de la angustia en nuestro tiempo puede deberse al aumento de los cuadros de ansiedad. La salud mental es una preocupación mundial. La salud mental será la principal causa de discapacidad en el mundo hacia el año 2030 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Paradójicamente, es un síntoma de nuestro tiempo el aumento de los cuadros angustiosos y, tal vez, de las clasificaciones; es engrosar el listado de las angustias.

Freud, en su segunda teoría de la angustia, señala en esta nueva concepción que el peligro es complejo y, si bien los estresores pueden ser actuales, el eco del pasado se hará sentir y la sintomatología será más intensa en función del despertar de aquellos fantasmas. A medida que Freud avanza en su camino hacia la última teoría, se reencuentra con la variable trauma, que abandonó en 1897. Si bien este trauma era de carácter sexual, la sexualidad, al igual que el nacimiento, son experiencias ejemplares para dar cuenta de un momento vital donde el estímulo presenta grandes montos de excitación/tensión y, sobre todo, en ese momento particular de la vida está destinado

a adquirir un carácter nocivo o tóxico. El primer modelo fue el trauma del nacimiento: un buen arquetipo o paradigma, un modelo, pero, a juicio de Freud, no fundacional, como lo pensaba su discípulo Rank.

Sin duda, la postulación de esta primaria experiencia permite conceptualizar y al mismo tiempo recrear un escenario perinatal propicio al desvalimiento, con grandes montos de tensión que no encuentran un camino o espacio mental donde gestionarse. Entonces, los órganos que pusieron en marcha el pulso de la vida y detuvieron a la pulsión de muerte —corazón y pulmones— en los primeros momentos de la vida vuelven a ser exigidos y deben tomar un protagonismo obligado cuando se enfrentan a estímulos que rebasan la capacidad de respuesta adecuada del sujeto. Freud plantea que en el nacimiento la primera investidura erógena recae sobre estos aparatos, respiratorio y circulatorio, los que serán activados frente al peligro una y otra vez en la respuesta angustiosa.

Ahora bien, el cuerpo del niño, antes de ingresar en la etapa oral, sería un soma en su expresión más cruda; el camino para llegar a la simbolización es solo un borrador, todo es cuerpo, todo es cantidad. Esta es una idea que desarrolla Maldavsky (1997), postulando una etapa previa a la etapa oral que denominó libido intrasomática. Noción que nos retrotrae a la idea freudiana de una prehistoria de la energía en camino al psiquismo: no ligada, no libre, un antes en un cuerpo que solo es quantum energético.

Ya sea que conceptualicemos la angustia como una forma natural de encarar la existencia o como una respuesta fracasada frente a los peligros y a la exigencia interna o externa, la angustia será un concepto que necesariamente nos empuja a reflexionar sobre la relación mente-cuerpo. Recorriendo su conformación desde las primeras investiduras pulsionales hacia la inauguración culminante de un aparato psíquico continente (Bion, 1962). En todo ese recorrido están las huellas de la angustia traumática, cuando la cualidad no había sido dada a luz desde cantidad. En las tinieblas del ritmo, del pulso, del empuje de la contracción, un acto psíquico (Freud, 1914/1992a) debe fundar un territorio mental. Aquellos ecos de los movimientos sin palabras que reaparecen cuando se terminan los significados: un campo de estudio que no perece nunca y en el que nacemos incesantemente.

Referencias bibliográficas

- Bion, W. (1962). *Learning from experience..* Basic Books.
- Breuer, J. y Freud, S. (1996). *Estudios sobre la histeria*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 13-318). Amorrortu. (Obra original publicada en 1895).
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Toray Masson.
- Freud, S. (1976). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 1-150). Amorrortu. (Obra original publicada en 1909).
- Freud, S. (1992a). Introducción del narcisismo. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Amorrortu. (Obra original publicada en 1914).
- Freud, S. (1992b). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-62). Amorrortu. (Obra original publicada en 1920).
- Freud, S. (1996a). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 71-164). Amorrortu. (Obra original publicada en 1926).
- Freud, S. (1996b). Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia? En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 228-234). Amorrortu. (Obra original publicada en 1895).
- Freud, S. (1996c). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 1-182). Amorrortu. (Obra original publicada en 1933).
- Freud, S. (1996d). Sobre la justificación de separar la neurastenia de un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia». En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 85-115). Amorrortu. (Obra original publicada en 1895).
- Freud, S. (1998). Conferencias de introducción al psicoanálisis (25^a conferencia: “La angustia”). En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 357-374). Amorrortu. (Obra original publicada en 1916-1917).

Freud, S. (2003). El yo y el ello. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Amorrortu. (Obra original publicada en 1923).

Kierkegaard, S. (2008). *El concepto de la angustia* (Hered. de Demetrio Gutiérrez Rivero, Trad.). Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1844).

Lacan, J. (2001). *El seminario, libro 10: La angustia* (J. A. González y P. L. Cornejo, Trads.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1962-1963).

Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad: Exploraciones y conjeturas*. Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2017). Libido intrasomática: Conceptos, instrumentos para evaluarla y aportes del equipo de investigación. *Revista de Desvalimiento Psicosocial*, 4(1). <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/4045>

Ojeda, C. (2003). Historia y redescipción de la angustia clínica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41(2), 143-150. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200002>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis: Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.

Bibliografía recomendada

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Crocq, M. A. (2017). La historia del trastorno de ansiedad generalizada como categoría diagnóstica. *Diálogos Clínicos en Neurociencias*, 19(2), 107-116. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq>
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.
- Freud, S. (1996). *A propósito de las críticas a la neurosis de angustia*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 118-138). Amorrortu. (Obra original publicada en 1895).
- Freud, S. (1996). *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 183-188). Amorrortu. (Obra original publicada en 1924).
- García, O. (2019). La construcción del DSM: Genealogía de un producto sociopolítico. *Theoria: Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3), 441-460.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Pizarro, F. (2011). La inscripción de la angustia en el campo psicopatológico: Referencias etimológicas, consideraciones filosóficas y categorías precursoras. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 229-241. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200004>
- Strachey, J. (1999). Nota introductoria a “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’”. En S. Freud, *Obras completas: Primeras publicaciones psicoanalíticas* (Vol. 3, pp. 83-84). Amorrortu.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace: Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 110.
- Vargas Castro, D. A. (2020). Ataque de pánico y motivos de consulta en psicoanálisis. *Affectio Societatis*, 17(33).