



SIGMUND FREUD

**CRÍTICA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA
1895**

En el número 2 del Neurologisches Zentralblatt, de Mendel, correspondiente al año 1895, publiqué un breve estudio en el que intenté separar de la neurastenia toda una serie de estados nerviosos, reuniéndolos en un grupo independiente bajo el nombre de «neurosis de angustia». Me movió a ello una constante coincidencia de caracteres clínicos y etiológicos suficiente para justificar una diferenciación. Había descubierto, en efecto, que los síntomas de referencia pertenecían todos a la expresión de la angustia, descubrimiento en el cual vi luego que me había precedido Hecker, y mis investigaciones sobre la etiología de las neurosis me permitieron agregar que tales elementos del complejo «neurosis de angustia» poseían condiciones etiológicas particulares casi opuestas a la etiología de la neurastenia. Mis experiencias me habían enseñado que en la etiología de las neurosis (por lo menos en los casos adquiridos y en las formas susceptibles de adquisición) desempeñan un importante papel, poco o nada estudiado hasta ahora, factores sexuales, de manera que la afirmación de que «la etiología de las neurosis reposa en la sexualidad» se hallaba, pese a toda su inevitable inexactitud per

excessum et defectum, más cerca de la verdad que las demás teorías actualmente aceptadas. Otra aserción a la que me obligaban también mis observaciones fue la de que las diferentes prácticas sexuales viciosas no actuaban indistintamente en la etiología de todas las neurosis, sino que existían relaciones especiales entre sus diferentes órdenes y determinadas neurosis. Hube así de suponer que había descubierto las causas especiales de las distintas neurosis. A continuación intenté encerrar en una breve fórmula la característica de las faltas sexuales que constituyen la etiología de las neurosis de angustia, y apoyándome en mi concepción del proceso sexual (véase el estudio citado), obtuve la conclusión de que la neurosis de angustia tenía por causa todo aquello que desviaba de lo psíquico la tensión sexual somática, perturbando su elaboración psíquica. Pasando a las circunstancias concretas en las cuales se realiza este principio, resultó entonces que los factores etiológicos específicos de los estados denominados por mí «neurosis de angustia» eran la abstinencia voluntaria o involuntaria, el comercio sexual sin satisfacción completa, el coito interrumpido, la desviación del interés psíquico de la sexualidad, etc.

Al publicar el estudio al que vengo refiriéndome no me hacía ilusión alguna sobre su poder de convencimiento. En primer lugar, sabía no haber realizado en él sino una exposición sintética incompleta y a trozos difícilmente comprensible de la materia suficiente sólo, quizá, para preparar la atención del lector. Además, apenas si citaba algunos ejemplos; no daba cifra alguna; no describía la técnica de la anamnesis; no tomaba en consideración, para evitar errores de juicio, más que las objeciones más próximas, y sólo acentuaba de la teoría el principio fundamental sin hacer resaltar de igual manera sus restricciones. Quedaba así el lector en libertad completa para enjuiciar adversamente la coherencia de toda la construcción teórica que se le ofrecía. Pero no era éste el único de los factores que me hacían contar con una mala acogida de mi teoría. Sé muy bien que con la «etiología sexual» de las neurosis no he descubierto nada nuevo, sino algo conocido incluso por la Medicina oficial escolástica. Pero esta última ha hecho como si lo ignorase, evitando deducir de ello conclusión alguna. Esta conducta ha de tener algún profundo fundamento, consistente quizá en una especie de horror a lo sexual o en una reacción contra antiguas tentativas de aclaración, que se consideran ya superadas. De todos modos, al emprender la tentativa de hacer verosímil a otros algo que ellos hubieran podido descubrir por sí mismos sin gran trabajo, era de esperar tropezase con una vigorosa resistencia.

En tal situación hubiera sido quizá más adecuado no responder a objeción crítica ninguna hasta después de haber expuesto con todo detalle el complicado tema y haberlo hecho claramente comprensible. Pero no me es dado resistir a los motivos que me mueven a contestar sin más dilación a una crítica de mi teoría de la neurosis de angustia publicada en estos últimos días. Lo hago así, en primer lugar, por la persona del crítico L. Löwenfeld, de Munich, autor de la Patología y terapia de la neurastenia y hombre cuya opinión ha de pesar mucho en el público

médico; en segundo, por la necesidad de rechazar una errónea concepción que se me atribuye en dicha crítica, y en tercero, porque quiero combatir desde un principio la impresión de que mi teoría puede rebatirse sin trabajo alguno con las primeras objeciones halladas a mano.

Con segura intuición ve Löwenfeld lo esencial de mi trabajo en mi afirmación de que los síntomas de la angustia tienen una etiología unitaria y específica de naturaleza sexual. No siendo esto un hecho, desaparecerá la razón principal para separar de la neurastenia una neurosis de angustia independiente. Ahora bien: como los síntomas de la angustia representan también innegables relaciones con la histeria, resultará que, aceptando la opinión de Löwenfeld, queda igualmente dificultada la diferenciación de la histeria y la neurastenia. Para Löwenfeld desaparece esta dificultad acudiendo a la herencia como causa común de todas estas neurosis.

Veamos los argumentos con que Löwenfeld apoya su crítica de mi teoría:

1) Hemos considerado esencial para la comprensión de la neurosis de angustia el hecho de que la angustia de las mismas no es susceptible de una derivación psíquica, no pudiendo ser adquirida la disposición a la angustia que constituye el nódulo de la neurosis por un sobresalto único o repetido psíquicamente justificado. El sobresalto provocaría una histeria o una neurosis traumática, pero nunca una neurosis de angustia. Esta negación no es sino la contrapartida de mi afirmación de contenido positivo de que la angustia en mi neurosis correspondía a una tensión sexual somática desviada de lo psíquico, que de otro modo hubiera actuado como el libido.

Contra esto afirma Löwenfeld que en un gran número de casos «surgen estados de angustia inmediatamente o al poco tiempo de un shock psíquico (simple sobresalto o accidente unido a él), dándose circunstancias que hacen muy improbable la colaboración de faltas sexuales de la especie indicada». Como ejemplo convincente, cita brevemente una observación clínica (una sola). Trátase en ella de una mujer de treinta años, casada hacía cuatro y con taras hereditarias, que un año antes de acudir a él había tenido un parto difícil. Pocas semanas después de su alumbramiento se asustó al ver a su marido presa de un repentino ataque, y levantándose en camisa anduvo por la habitación largo rato. A partir de este día enfermó, presentándose primero estados nocturnos de angustia con taquicardia, y más tarde ataques de temblor convulsivo, fobias, etcétera, hasta quedar constituido el cuadro clínico completo en una neurosis de angustia plenamente desarrollada. «En este caso -concluye Löwenfeld- los estados de angustia tienen un indudable origen psíquico, habiendo sido provocados por el sobresalto experimentado.»

No dudo que mi distinguido contradictor disponga de muchos ejemplos análogos. Yo mismo puedo ofrecerle toda una serie de ellos. Quien no haya visto tales casos de explosión de la neurosis de angustia después de un shock psíquico, no puede siquiera permitirse intervenir en una

discusión sobre tal neurosis. Pero he de advertir que la etiología de tales casos no ha de integrar siempre necesariamente un sobresalto o una espera angustiada; cualquiera otra emoción produce el mismo efecto. Repasando rápidamente mis recuerdos de este orden, encuentro en seguida los siguientes ejemplos: un hombre de cuarenta y cinco años, que sufrió el primer ataque de angustia (con colapso cardíaco) al recibir la noticia de la muerte de su anciano padre, desarrollando luego una plena y típica neurosis de angustia con agorafobia; un joven que cayó en la misma neurosis por la excitación que le producían las querellas domésticas entre su mujer y su madre, sufriendo en cada una de estas ocasiones un nuevo ataque de agorafobia; un estudiante desaplicado, que comenzó a sufrir los primeros ataques de angustia en una época de trabajo intenso al que le obligaban la proximidad de un importante examen y la severidad con que su padre castigaba su anterior desaplicación; una mujer que no tenía hijos y enfermó a causa de la preocupación que le ocasionaba la salud de una sobrinita. Y así muchos casos. El hecho mismo que Löwenfeld opone a mis teorías es indiscutible.

No así su interpretación. No creemos lícito aplicar en esta ocasión el sencillo principio de post hoc ergo propter hoc, prescindiendo de toda colaboración crítica de la materia prima. Conocemos, por el contrario, muchos casos en los que la última causa provocadora no pudo mantenerse ante el análisis crítico como causa eficiente. Recuérdese, por ejemplo, la relación entre el trauma y la gota. El papel desempeñado por el trauma en la provocación de un ataque de gota en el miembro al que ha afectado no es distinto del que podría desempeñar en la etiología de la tabes y de la parálisis. Ahora bien: en este ejemplo de la gota nadie se atreverá a sostener el absurdo de que el trauma había «causado», y no meramente provocado, el ataque. El hecho de encontrar factores etiológicos de este orden -a los que podemos dar el calificativo de «vulgares»- en la etiología de los más diferentes estados patológicos debe movernos a reflexión. El sobresalto es también uno de estos factores vulgares, y del mismo modo que la neurosis de angustia puede producir la corea, la apoplejía, la parálisis agitans e infinidad de enfermedades más. No me sería lícito seguir argumentando que a causa de tal ubicuidad no podían satisfacernos las causas corrientes, debiendo haber, además, causas específicas, pues argumentar así supondría anticipar el principio que queremos demostrar. Pero sí tengo derecho a sentar la conclusión de que si en la etiología de todos los casos de neurosis de angustia, o de su inmensa mayoría, descubrimos la misma causa específica, no tenemos por qué preocuparnos de que la explosión de la enfermedad tenga efecto después de la acción de cualquier factor general, como lo es la emoción.

Así sucedió en mis casos de neurosis de angustia. El hombre que al recibir la noticia de la muerte de su padre enfermó tan inexplicablemente (y hago esta observación porque la muerte del padre no fue inesperada ni sucedió en circunstancias extraordinarias); este hombre, repito, venía practicando, desde hacía once años, el coito interrumpido, cuidando de que su mujer obtuviese en él satisfacción; el

joven que no pudo soportar las querellas domésticas entre su mujer y su madre practicaba también el coito reservado desde el primer día de su matrimonio, para evitar la procreación; el estudiante que con un exceso de trabajo contrajo la neurosis de angustia, en lugar de la debilidad cerebral que era de esperar, mantenía, desde tres años atrás, relaciones amorosas íntimas con una muchacha a la que no debía embarazar; la mujer sin descendencia propia, que contrajo la neurosis de angustia con ocasión de una enfermedad de su sobrina, estaba casada con un impotente y no había obtenido jamás una plena satisfacción sexual. Y así sucesivamente. No todos estos casos son igualmente claros ni demuestran con igual fuerza mi tesis. Pero si los agregamos a otros muchos en los que la etiología nos muestra tan sólo el factor específico, se adaptarán plenamente a nuestra teoría y nos permitirán ampliar nuestra comprensión etiológica más allá de los límites actuales.

Si alguien quisiera demostrarme que en las consideraciones precedentes he disminuido indebidamente la importancia de los factores etiológicos vulgares, tendría que oponerme observaciones en las cuales faltase por completo mi factor específico, o sea casos de emergencia de la neurosis de angustia después de un shock psíquico en sujetos que observan una vida sexual totalmente normal. El lector juzgará si el caso presentado por Löwenfeld llena esta condición. Mi distinguido crítico no se ha dado cuenta, sin duda, de tal necesidad, pues de lo contrario no hubiera dejado en la oscuridad la vida sexual de su paciente. Por mi parte, quiero prescindir del hecho de que el caso aducido se halla claramente complicado con una histeria, enfermedad de cuyo origen psíquico soy el último en dudar, y concedo, naturalmente, sin discusión, que al lado de esta histeria se haya desarrollado una neurosis de angustia. Pero antes de utilizar un caso en favor o en contra de la teoría de la etiología sexual de las neurosis, es preciso haber estudiado más detenidamente de lo que Löwenfeld lo hace en ésta ocasión la conducta sexual de la paciente. No es posible contentarse con la conclusión de que habiendo sufrido la señora el shock al poco tiempo de un parto no podía haber desempeñado papel alguno durante el último año el coito interrumpido, faltando, por tanto, toda influencia procedente de prácticas sexuales viciosas. Conozco casos de neurosis de angustia, a pesar de sucesivos embarazos anuales, pues a partir del coito fecundante cesaba todo comercio carnal entre los esposos, resultando así que la mujer, teniendo cada año un hijo, sufría, no obstante, de privación sexual. Ningún médico desconoce la existencia de mujeres que conciben de maridos muy poco potentes, incapaces de proporcionarles una plena satisfacción sexual. Por último, y es éste un hecho con el que debían contar los defensores de la etiología hereditaria, existen mujeres afectas de una neurosis de angustia congénita; esto es, mujeres que traen consigo o desarrollan, sin perturbación exterior visible, una vida sexual análoga a la que se adquiere con la práctica del coito interrumpido u otras faltas sexuales. En un cierto número de estas mujeres descubrimos que padecieron durante su juventud una enfermedad histérica, a partir de la cual quedó perturbada su vida sexual y desviada de lo psíquico la tensión sexual. Las mujeres de esta clase de sexualidad son incapaces de

satisfacción, incluso en el coito normal, y desarrollan la neurosis de angustia, bien espontáneamente, bien después de la emergencia de otros factores eficaces. ¿Qué es, de todo esto, lo sucedido en el caso de Löwenfeld? No lo sé, pero repito que este caso sólo probará en contra mía si la sujeto que a un sobresalto único respondió con una neurosis de angustia gozaba antes de una vida sexual normal.

Si al interrogar al enfermo nos limitamos a acentuar todo lo que nos vaya diciendo, contentándonos con lo que quiera comunicarnos, no nos será posible utilizar la anamnesis para investigaciones etiológicas. Si los especialistas de la sífilis hicieran depender de la confesión de los enfermos la referencia de las manifestaciones luéticas primarias al comercio sexual, habrían de achacar a un simple enfriamiento numerosos casos de chancros en individuos sedicientemente vírgenes. Tampoco los ginecólogos tropezarían con dificultades para comprobar en sus clientes solteras el milagro de la partenogénesis. Nada puede obligarnos a los neurólogos a partir, en las anamnesis de las grandes neurosis, de análogos perjuicios etiológicos.

2) Alega en segundo lugar Löwenfeld haber visto emerger y desaparecer muchos estados de angustia en casos en los que no existía, seguramente, modificación alguna de la vida sexual, interviniendo, en cambio, otros factores. También nosotros hemos tenido múltiples ocasiones de comprobar este mismo hecho, pero sin que haya logrado inducirnos a error, y también hemos hecho desaparecer, por medio del tratamiento psíquico o de una acción terapéutica general, etc., los estados de angustia. Pero, naturalmente, no hemos deducido de ello que la falta de tratamiento fuese la causa de los accesos de angustia. No está tampoco en mi ánimo atribuir a Löwenfeld una tal conclusión. Con la observación precedente pretendo sólo indicar que la cuestión es lo bastante complicada para quitar todo valor a la objeción de Löwenfeld. No me ha sido difícil enlazar el hecho de que aquí se trata con mi afirmación de la etiología específica de la neurosis de angustia. Se me concederá fácilmente que existen factores etiológicamente eficaces que, para producir su efecto, tienen que actuar con una determinada intensidad (o cantidad) y durante un cierto espacio de tiempo, siendo, por tanto, factores que actúan por acumulación. El efecto del alcohol es un ejemplo de una tal causación por acumulación. En consecuencia, habrá de existir un período de tiempo en el que la etiología específica se halla absorbida en su trabajo, sin que su efecto se haga común, manifiesto. Durante este tiempo el sujeto no está aún enfermo, pero sí propenso a una determinada enfermedad; en nuestro caso, la neurosis de angustia, y el sobrevenir cualquier factor corriente, hará emerger la neurosis del mismo modo que la hubiera hecho surgir una intensificación de la acción del factor específico. Esto mismo puede expresarse también en la forma siguiente: no basta la existencia del factor específico etiológico; es necesario que exista en cierta cuantía, y para alcanzar este nivel puede ser sustituida una cantidad de factor específico por una cantidad de factor vulgar. Si este último desaparece luego, el nivel vuelve a descender, y los fenómenos patológicos desaparecerán también. Toda la terapia de las neurosis

reposa en la posibilidad de hacer descender por bajo del límite el nivel de la carga que gravita sobre el sistema nervioso por medio de diversas influencias ejercidas sobre la mezcla etiológica. Pero de esta circunstancia no puede deducirse conclusión alguna sobre la existencia o la falta de una etiología específica.

Creemos que estas reflexiones son inatacables y evidentes. Sin embargo, para aquellos a quienes no basten, expondremos un nuevo argumento. Según la opinión de Löwenfeld y de otros muchos, la etiología de los estados de angustia ha de buscarse en la herencia. Ahora bien: la herencia escapada a toda modificación. Pero si la neurosis de angustia puede ser curada por medio de un tratamiento, el mismo Löwenfeld habrá de concluir que la herencia no puede contener la etiología.

Por lo demás, me hubiera podido evitar el trabajo de rebatir las dos indicadas objeciones de Löwenfeld sólo con que mi estimado contradictor se hubiera tomado la molestia de dedicar alguna mayor atención a mi estudio. Ambas están ya previstas y contestadas en él. No tenía, pues, más que repetir mis argumentos, y así lo he hecho, analizando de nuevo aquí los mismos casos clínicos. También las fórmulas etiológicas que antes hice valer se hallaban contenidas en nuestro primer escrito. Las consignaremos de nuevo: existe, para la neurosis de angustia, un factor etiológico específico cuya acción puede ser reemplazada cuantitativamente por influencias nocivas vulgares, pero nunca sustituida cualitativamente. Este factor específico determina, sobre todo, la forma de la neurosis, mientras que la emergencia o la falta de la enfermedad neurótica dependen de la carga total que pesa sobre el sistema nervioso (en proporción con su capacidad para soportarla). Por lo regular, las neurosis se muestran sobredeterminadas, actuando en sus etiologías variados factores.

3) Menos trabajo aún ha de costarme rebatir las restantes observaciones de Löwenfeld, en parte porque atacan menos directamente a mi teoría, y en parte por limitarse a hacer resaltar dificultades que yo mismo reconozco. Dice Löwenfeld: «La teoría freudiana es insuficiente en absoluto para explicar al detalle la emergencia y la desaparición de los ataques de angustia. Si los estados de angustia, esto es, los fenómenos de la neurosis de angustia, fueron simplemente motivados por la acumulación subcortical de la excitación sexual somática y el aprovechamiento anormal de la misma, los enfermos de ataques de angustia tendrían que sufrir de tiempo en tiempo, en tanto su vida sexual no cambiase, uno de tales ataques del mismo modo que los epilépticos sus ataques de grand mal y de petit mal. Pero la experiencia cotidiana testimonia en contrario. Los ataques de angustia surgen, en su gran mayoría, sólo en determinadas circunstancias, y el paciente que logra evitarlas o paralizar su influjo permanece al abrigo de todo ataque, lo mismo si practica el coito interrumpido que si goza de una vida sexual normal.»

Sobre esto habría mucho que decir. Ante todo, es de advertir que

Löwenfeld impone a mi teoría una deducción que la misma no tiene por qué aceptar. Que la acumulación de la excitación sexual somática haya de motivar procesos de curso análogo a los dependientes de la acumulación del estímulo provocador de las convulsiones epilépticas, es una hipótesis para la cual no hemos dado ocasión alguna, no siendo tampoco la única posible. Para destruir la conclusión de Löwenfeld nos bastará admitir que el sistema nervioso puede dominar cierta medida de excitación sexual somática, aunque ésta se halle desviada de su fin, y que las perturbaciones no surgen sino cuando la cuantía de tal excitación experimenta un súbito incremento. Pero no hemos querido desarrollar nuestra teoría en esta dirección, porque no esperábamos hallar en ella sólidos puntos de apoyo. Me limitaré, pues, a indicar que no debemos representarnos la producción de tensión sexual como independiente de su gasto y que en la vida sexual normal se conforma esta producción de un modo muy distinto, según sea estimulada por el objeto sexual o suceda en estado de reposo psíquico, etc.

A la otra afirmación de Löwenfeld de que los estados de angustia sólo emergen en determinadas circunstancias, evitando las cuales no se presentan nunca cualquiera que sea la vida sexual del sujeto, hemos de oponer que nuestro contradictor no debe de haber tenido en cuenta, seguramente, al hablar así, más que la angustia de las fobias, como lo prueban los ejemplos que aduce. De los ataques de angustia espontáneos, constituidos por vértigos, taquicardia, disnea, temblores, sudores, etc., no dice absolutamente nada. Y sin embargo, no nos parece nuestra teoría incapaz de explicar la emergencia y la falta de tales ataques. En toda una serie de estos casos de neurosis de angustia se da realmente la apariencia de una periodicidad de los ataques de angustia análoga a la observada en la epilepsia, con la diferencia de que el mecanismo de tal periodicidad se muestra aquí mucho más transparente. Una detenida investigación nos descubre con gran regularidad un proceso sexual excitante (esto es, capaz de producir tensión sexual), al cual se enlaza, después de un determinado intervalo, a veces constante, el ataque de angustia. Tales procesos son en las mujeres abstinentes la excitación menstrual, las poluciones nocturnas, también de retorno periódico, y, sobre todo, el comercio sexual nocivo por su imperfección, que transmite a sus consecuencias, o sea los ataques de angustia, su propia periodicidad. Cuando se presentan ataques de angustia que interrumpen la acostumbrada periodicidad, se consigue casi siempre referirlos a causas ocasionales, de aparición más rara e irregular, tales como una experiencia sexual aislada, una lectura, una representación, etc. El intervalo antes indicado oscila entre algunas horas y dos días, siendo el mismo con el que en otras personas se presenta, a consecuencia de iguales causas, la conocida jaqueca sexual, relacionada seguramente con el complejo de síntomas de la neurosis de angustia.

Al lado de estos hay otros muchos casos en los que el estado de angustia es provocado por la acumulación de un factor vulgar o por una cualquier excitación. Así, pues, en la etiología del estado de angustia aislado

pueden tener los factores vulgares la misma intervención cuantitativa que en la causación de la neurosis total. El hecho de que la angustia de las fobias obedezca a otras condiciones no tiene nada de extraño. Las fobias poseen una contextura más complicada que los ataques de angustia meramente somáticos. La angustia se encuentra enlazada en ellas al contenido de una representación o una percepción determinadas y la emergencia de este contenido psíquico es la condición principal para la de la angustia. La angustia es desarrollada entonces análogamente a como lo es la tensión sexual por el despertar de representaciones libidinosas. Pero, de todos modos, la conexión de este proceso con la teoría de la neurosis de angustia no ha quedado aún aclarada.

No veo por qué habría de procurar ocultar las lagunas ni los puntos débiles de mi teoría. Para mí, el rasgo principal del problema de las fobias está en el hecho de que tales perturbaciones no surgen jamás dada una vida sexual normal del sujeto, o sea cuando no aparece cumplida la condición, consistente en la existencia de una perturbación de la vida sexual en el sentido de un extrañamiento entre lo somático y lo psíquico. Por muy densa que sea aún la oscuridad en que permanece el mecanismo de las fobias, sólo podrá rebatirse nuestra teoría sobre ellas demostrando su aparición en sujetos de vida sexual normal o la falta de una perturbación específicamente determinada de la misma.

4) Nuestro distinguido crítico hace aún otra observación que no queremos dejar sin respuesta.

En nuestro estudio sobre la neurosis de angustia decimos así:

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

«Pero cuando poseemos algún fundamento para creer que se trata de una neurosis adquirida, hallamos siempre, después de un cuidadoso examen, como factores etiológicos, una serie de perturbaciones e influencias nocivas provenientes de la vida sexual.» Löwenfeld reproduce este pasaje y lo glosa en la forma siguiente: «Así, pues, Freud considera 'adquirida' la neurosis siempre que le es dado hallar causas ocasionales en la misma.»

Si es éste el sentido que se deduce de mis palabras, habré de confesar que no he acertado a expresar con ellas mi verdadero pensamiento. Ya habrá visto el lector que mi valoración de las causas ocasionales es bastante más severa que la de Löwenfeld. Si hubiese de aclarar el pasaje antes copiado, lo haría ampliándolo en la siguiente forma: «Pero cuando poseemos algún fundamento para creer que se trata de una neurosis adquirida...», puesto que no nos resulta posible comprobar la existencia de una tara hereditaria... En concreto, mi verdadero pensamiento es éste: creo que se trata de una neurosis adquirida cuando no hallo en el caso huella alguna de herencia. Obrando así me conduzco como todos, quizá con la pequeña diferencia de que algunos ven también una etiología hereditaria en aquellos casos en los que nada la hace suponer,

prescindiendo así, en absoluto, de la categoría de las neurosis adquiridas. Ahora bien: esta diferencia no puede ser sino favorable. De todos modos, confieso haber dado fácil ocasión al error de interpretación de Löwenfeld al hablar de «casos de neurosis de angustia» en los que «nos resulta imposible descubrir un proceso etiológico». No extrañaré tampoco oír que mi investigación de las causas específicas de las neurosis es totalmente superflua, toda vez que la verdadera etiología de la neurosis de angustia, como de las demás neurosis, no es otra que la herencia, no pudiendo coexistir en ningún caso dos causas primeras. Y no habiendo yo negado el papel etiológico de la herencia, todas las demás etiologías no serían sino causas ocasionales de un igual valor muy secundario.

No comparto ciertamente esta opinión sobre la significación de la herencia, y siendo éste el tema al que menos espacio concedí en mi breve comunicación sobre la neurosis de angustia, intentaré ahora compensar tal omisión, para que no se me acuse de no haber atendido en mi estudio a todos los problemas que la cuestión tratada planteaba. Para formarnos una idea lo más precisa posible de las circunstancias etiológicas, realmente muy complicadas, de las neurosis, creo conveniente fijar los siguientes conceptos etiológicos:

a) Condición. b) Causa específica. c) Causa concurrente y como término de valor inferior a los anteriores. d) Motivación inmediata o causa provocadora.

Para hacer frente a todas las posibilidades, supondremos que se trata de factores etiológicos susceptibles de transformación cuantitativa, o sea de aumento y disminución.

Aceptando la representación de una ecuación etiológica de varios términos, que habrá de cumplirse para que el efecto se produzca, la motivación o causa provocadora será aquella que se incorpore en último lugar a la ecuación, precediendo así inmediatamente a la emergencia del efecto. Este factor temporal es lo que constituye exclusivamente la esencia de la motivación. Cualquiera de las demás causas puede así desempeñar en su caso este papel.

Llamamos condiciones a aquellos factores faltando los cuales no surgiría nunca el efecto, pero que son incapaces de producirlo por sí solos, cualquiera que sea su magnitud. Es necesario que se agregue a ellos la causa específica.

Esta causa específica es aquella que no dejamos jamás de hallar en los casos de emergencia del efecto, bastándole para producirlo alcanzar una cierta intensidad o cantidad, siempre que las condiciones se encuentren cumplidas.

Causas concurrentes son aquellos factores que no siendo indispensables ni pudiendo producir por sí solos el efecto, cualquiera que sea su intensidad, colaboran con las condiciones y la causa específica en el cumplimiento de la ecuación etiológica.

La peculiaridad de las causas concurrentes o auxiliares no presentan

oscuridad alguna.

2010 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Súmese como **voluntario** o **donante** , para promover el crecimiento y la difusión de la **Biblioteca Virtual Universal**. www.biblioteca.org.ar

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente **enlace**. www.biblioteca.org.ar/comentario

