

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Adolescencia y crisis de angustia: la demanda de asistencia terapéutica.

Varela, Jesica Verónica y Fernández Raone,
Martina.

Cita:

Varela, Jesica Verónica y Fernández Raone, Martina (2013).
Adolescencia y crisis de angustia: la demanda de asistencia terapéutica.
*V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en
Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de
Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -
Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/838>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/Xz4>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*

ADOLESCENCIA Y CRISIS DE ANGUSTIA: LA DEMANDA DE ASISTENCIA TERAPÉUTICA

Varela, Jesica Verónica; Fernández Raone, Martina
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Argentina

Resumen

La adolescencia es un momento propicio para la aparición de los llamados nuevos síntomas los cuales motivan la consulta de muchos jóvenes. Estas manifestaciones son solidarias del contexto social actual y aparecen frecuentemente como respuesta subjetiva a la irrupción de lo real del sexo y a la problemática identificatoria ligada a la separación de la autoridad parental. A partir de poner en relación las características que presentan el motivo de consulta, la demanda y la presentación clínica inicial de los jóvenes que solicitan asistencia hemos seleccionado en dos instituciones terapéuticas (una dependiente de la Universidad Nacional de La Plata que brinda asistencia psicológica y un hospital especializado en el consumo de sustancias), una viñeta clínica de cada establecimiento en las que observamos la presentación de un síntoma bajo la forma de un "ataque de pánico" o crisis de angustia. A pesar de que estas viñetas clínicas fueron construidas a partir de una primer entrevista de admisión, consideramos que nos brindan material clínico que nos permite analizar la temática abordada. Nos proponemos realizar un abordaje teórico-clínico que, atendiendo a la singularidad de cada caso, nos permita orientar la dirección de la cura y delimitar intervenciones posibles.

Palabras clave

Adolescencia, Demanda, Crisis de angustia, Dirección de la cura

Abstract

ADOLESCENCE AND ANGUISH CRISIS: THE DEMAND OF ASSISTANCE THERAPEUTIC

Adolescence is a critical period during which many of the so called "new symptoms" may arise, being the cause of frequent consultation. These symptoms are closely related to nowadays social background and their arousal obeys to a subjective response to the burst of sex, as a real, and the problem of identification, product of the fading, in adolescents view, of parent's authority. Having as point of depart the analysis of the particularities of consultation motives, demands and initial clinical presentations of subjects, we have selected several clinical samples from two therapeutic institutions, one of them belonging to La Plata National University (which provides psychological assistance to students) and the other, a hospital specialized in drug abuse. In these samples we focused on the presentation of symptoms under the aspect of a "panic attack" or anguish crisis. This material was selected from first interviews, nevertheless we think they provide enough clinical evidence to fulfil our purpose. Framing this data in a theoretical and clinical context, and, having in mind the singularity of each case, we believe we will be able to establish the direction of the cure and possible further interventions.

Key words

Adolescence, Demand, Direction of the cure, Anguish crisis

Introducción

La adolescencia es un momento de la vida propicio para la aparición de los llamados síntomas actuales o nuevos síntomas los cuales motivan la consulta de muchos jóvenes. Estas manifestaciones son solidarias del contexto social actual y aparecen frecuentemente como respuesta subjetiva a la irrupción de lo real del sexo y a la problemática identificatoria ligada a la separación de la autoridad parental.

Nuestro interés es analizar las características que presentan los motivos de consulta y demanda de tratamiento de jóvenes adolescentes de entre 12 y 25 años que demandan atención psicológica en dos instituciones de la ciudad de La Plata: una especializada en Drogodependencia y Alcoholismo y otra dependiente de la Universidad Nacional de La Plata que brinda asistencia psicológica, entre los servicios ofrecidos, a estudiantes de colegios secundarios y universitarios.

Utilizando la entrevista de admisión en la instancia de inicio de tratamiento como principal estrategia de abordaje de la problemática adolescente, hemos observado que la demanda no es ajena a la institución que recibe el pedido. Así, en el primer caso, se trata de jóvenes que generalmente son traídos por sus padres preocupados por el consumo de sustancias de sus hijos, quienes solicitan su asistencia y tratamiento, muchas veces en contra de lo que sus propios hijos declaman. En el otro caso, el motivo de consulta se circunscribe a problemáticas psicológicas que repercuten en el ámbito educativo y universitario.

Especial interés reviste para nuestra investigación analizar el origen de la demanda, el cual en el caso de la institución especializada en toxicomanías, se divide en espontánea (los padres o el propio joven) y judicial (por una causa penal o a través del Tribunal de Familia). La demanda en el caso de los estudiantes de secundaria es en su mayoría por derivación de los gabinetes psicopedagógicos de las escuelas y en el caso de los estudiantes universitarios la demanda es espontánea, siendo ellos mismos quienes piden el turno para iniciar un tratamiento.

A partir de considerar el motivo de consulta, es decir, la descripción de síntomas que un sujeto presenta al asistir a un ámbito institucional o privado de salud y por las cuales un sujeto o su familia realiza una consulta, advertimos divergencias entre los dos grupos analizados. En la primera institución la gran mayoría de los consultantes acude debido a la preocupación del grupo familiar o instituciones del Estado por el abuso o consumo de sustancias del joven y sus consecuencias. En el caso de la segunda institución el motivo de consulta es variado: en el caso de los estudiantes de secundaria, se trata de problemáticas que repercuten en el rendimiento educativo y en la relación entre pares, y que son manifestaciones de situaciones más complejas como consumo de sustancias, angustias, violencia, bulimia, anorexia, depresión entre otras. En el caso de los estudiantes universitarios el motivo de consulta se encuentra muy ligado a la institución que recibe la demanda, es decir, en un inicio y en gran número de casos, se trata de problemáticas como ataques de pánico, depresiones, inhibiciones que afectan el rendi-

miento educativo. En relación al sexo de los consultantes en el caso del hospital notamos una mayoría de consulta de varones, mientras que en las instituciones escolares y universitarias los guarismos son variables.

Por otro lado, no podemos dejar de considerar que el motivo de consulta muchas veces se formula en el curso de varias entrevistas, razón por la cual es necesario esperar un período de tiempo para delimitar en forma precisa la problemática que determina el pedido de asistencia.

A partir de poner en relación las características que presentan el motivo de consulta, la demanda y la presentación clínica inicial de los jóvenes que solicitan asistencia en cada una de las instituciones anteriormente mencionadas, hemos seleccionado una viñeta clínica de cada institución en las que observamos que, a pesar de las particularidades de la consulta y su coyuntura, se trata de la presentación de un síntoma bajo la forma de un “ataque de pánico” o “crisis de angustia”. Este modo de manifestación nos resulta de sumo interés en razón, por un lado, de considerarlo como un nuevo síntoma por su carácter epidémico y características que más adelante desarrollaremos, y, por el otro, teniendo en cuenta que la adolescencia es el período propicio para la emergencia de este tipo de síntomas los cuales motivan la consulta de muchos jóvenes. Debemos aclarar que, a pesar de que estas viñetas clínicas fueron construidas a partir de una primer entrevista de admisión, consideramos que nos brindan material clínico que nos permite analizar la temática abordada.

A lo largo del presente trabajo, nos proponemos realizar un abordaje teórico-clínico que, atendiendo a la singularidad de cada caso, nos permita orientar la dirección de la cura y delimitar intervenciones posibles.

Algunas referencias acerca del ataque de pánico para el Psicoanálisis y la Psiquiatría

Etimológicamente el significante pánico proviene del griego *Panikón* o *Panikus*, y hace referencia a terror pánico, al “miedo intenso por algo de origen desconocido”, lo cual se vincula íntimamente a la angustia.

El “ataque de pánico” es un fenómeno que aparece con una llamativa prevalencia en la población actual y en la consulta psicológica y es incluido por varios autores entre los denominados “síntomas actuales” o “nuevos síntomas” junto a las depresiones, anorexias, bulimias, adicciones, impulsiones, etc. Los aúna su carácter epidémico y el presentarse como síntomas mudos, que no dicen nada. Así, estos síntomas no tienen localización subjetiva, ni envoltura formal, por lo cual no conllevan implicación subjetiva que divida al sujeto. De esta manera, aparecen por fuera del sentido y no llaman a la interpretación, lo cual dificulta la intervención analítica.

Desde la psiquiatría, esta categoría transnosográfica, es descrita por el DSMIV como un “trastorno” o “desorden” que fenomenológicamente se caracteriza por diversas manifestaciones, a saber, palpitaciones, taquicardia, sudación, temblores o sacudidas, disnea, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión torácica, náuseas, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, temor a la locura o muerte, escalofríos, sofocaciones o parestesias.

A pesar de su actualidad, no podemos dejar de destacar que Freud tempranamente se ocupó de la descripción clínica de este fenómeno, al que denominó “ataque de angustia” (Freud, S 1895b), y lo incluyó en su primer nosografía, dentro de las llamadas Neurosis actuales, entre las que se incluyen la neurastenia y neurosis de angustia., las neurosis actuales son un tipo de forma psicopato-

lógica donde la etiología sexual es actual y no presentan mecanismo psíquico, diferenciándose de las psiconeurosis, las cuales están condicionadas por la importancia de la sexualidad infantil y la operación de la represión como modalidad defensiva frente a la irrupción pulsional.

De esta manera, Freud sostiene que el estado de angustia muchas veces se mantiene latente en la conciencia y puede irrumpir de pronto y provocar un *ataque de angustia*, es decir, de pánico, que puede consistir en “...el sentimiento de angustia solo, sin ninguna representación asociada, o bien mezclarse con la interpretación más espontánea, como la aniquilación de la vida, «caer fulminado por un síncope», la amenaza de volverse loco; o bien el sentimiento de angustia se contamina con una parestesia cualquiera (semejante al aura histérica) o, por último, conectarse con la sensación de angustia una perturbación de una o varias funciones corporales -la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz, la actividad glandular-. De esta combinación, el paciente destaca ora un factor, ora el otro: se queja de «espasmos en el corazón», «falta de aire», «oleadas de sudor», «hambre insaciable», etc., y en su exposición es frecuente que el sentimiento de angustia quede completamente relegado o se vuelva apenas reconocible como un «sentirse mal», un «malestar” (Freud, 1895, p.94-95).

Posteriormente Lacan, a diferencia de Freud, establecerá que los síntomas de las neurosis de angustia no son subrogados de la acción omitida del coito, sino del desborde de un goce que angustia, que irrumpe por fuera de la regulación fálica. Se trataría de una falla en esta regulación del goce que irrumpe como real desorganizando lo simbólico-imaginario.

Si relacionamos este planteo con la distinción que establece Freud entre angustia señal y angustia automática, luego del cambio de su teoría a partir de 1920, observamos que la angustia no se liga a un objeto determinado como en el caso de las fobias, sino que ella se impone al sujeto como ataque. En consecuencia, en este caso la angustia no funciona como señal, sino que irrumpe como angustia automática, es decir, como reacción directa y automática frente a un cúmulo de excitación que el yo no puede tramitar quedando éste en un estado de extrema inermidad e indefensión.

Teniendo en cuenta estas referencias, es discutible lo que tiene de “actual” este fenómeno en el sentido de la relación con presentaciones sintomáticas propias de la sociedad posmoderna ya que no hay nada novedoso en la fenomenología de los sujetos que lo padecen. Lo novedoso sería el carácter epidemiológico del pánico, es decir, el número elevado de pacientes que consultan por este malestar al que podemos considerar ligado a la época posmoderna actual que con sus particularidades tiende a favorecerlos.

La crisis de angustia como respuesta subjetiva a la irrupción de lo real en la pubertad

La adolescencia como forma de tramitar la injerencia de lo real de la pubertad se presenta como un momento particular de la vida, en el cual el sujeto debe apelar a un Otro que le proporcione emblemas simbólicos con los cuales identificarse y elaborar ese momento análogo a un agujero en lo real. Por otro lado, el empobrecimiento de lo simbólico favorece la aparición en el campo psicopatológico de los llamados nuevos síntomas o síntomas mudos, como respuesta de los jóvenes al atoladero que implica la salida de este momento de transición en el que se decide la estructura del sujeto. A pesar de que A. Stevens en sus desarrollos acerca de los nuevos síntomas en la adolescencia no menciona a los ataques de pánico, podemos pensarlos dentro de esta categoría. La crisis de angustia de este modo parece extenderse a la vida entera del sujeto como un

modo de goce organizado por el sujeto presentándose inicialmente fuera de sentido (Stevens, A.; 2001). La caída de la función paterna y de los ideales, en una época caracterizada por el consumo generalizado actúa favoreciendo la aparición de estas formas de malestar. Es aquí donde el ataque de pánico convoca al padre quien ya no puede responder.

Casos clínicos: Ana y Laura, entre la desesperación y la huida

Ana de 22 años, estudiante de segundo año de medicina, consulta en el área adolescencia de una institución dependiente de la Universidad Nacional de La Plata, por indicación médica.

Motiva su consulta la presencia de “ataques de pánicos” que aparecen en el momento en que debe rendir un examen final. Al respecto refiere: “...me agarró como una desesperación, no podía respirar, me agarró un ataque de llanto... primero sentí que se me bajaba la presión, estoy consciente pero no puedo hablarte, luego se me contraen las manos, y siento dolor muscular...”

Estos ataques que al principio eran suaves y consistían sólo en bajones de presión, luego se hicieron cada vez más fuertes, situación que la llevó, por orden médica, a realizar una interconsulta con un neurólogo y un cardiólogo, quienes señalando la inexistencia de compromiso fisiológico le diagnosticaron “stress” y la medicaron con ¼ de clonazepam y epinefrina. Entre risas comenta que esto le sucede desde que ingresó a la facultad, a la que considera causante de su malestar. Es con la pérdida de una materia de segundo año que empieza a “ponerse mal” y es en donde ubica el primer desmayo. Es a partir de aquí que está impedida de rendir exámenes finales. Los días previos a la evaluación no puede dormir llegando a pasar hasta tres días sin lograr conciliar el sueño. Comenta angustiada que al principio podía controlar estos desmayos anticipando su aparición y evitándolos mediante la ingesta de unas gotitas, luego con ¼ de clonazepam para “estar más tranquila” y para poder dormir. Sin embargo, ahora no los puede “controlar más”. En varios momentos de la entrevista la angustia la desborda al mencionar esta situación culminando en un gran llanto que dificulta que pueda hablar.

A diferencia de la situación que vive actualmente, cuando era estudiante de secundaria era muy buena alumna, presidente del centro de estudiantes y militante en grupos políticos, en los cuales la toma de la palabra era fundamental. Ahora *no puede hablar*, no puede expresar todo lo que sabe, cuando entra a rendir un final hablar *le cuesta, le da miedo, se bloquea, se angustia, se desespera con ganas de llorar y se termina yendo*. Considera que esto que le pasa está en relación a la materia que perdió, pérdida que la afectó emocionalmente y a la que cree injusta por la dedicación al estudio, al mismo tiempo que la “embronca” el advertir que la situación no está superada.

Laura tiene 22 años, se presenta en el hospital especializado en el consumo de sustancias planteando que sufre lo que ella denomina “ataques de pánico”. Tiene un hijo de cuatro años, fruto de la relación con su ex pareja, el cual se encuentra preso. Su hijo está bajo tratamiento psicológico a causa de encopresis y enuresis, presentaciones que comienzan cuando sale transitoriamente de la cárcel el padre del niño hace unos meses. Laura fuma marihuana desde los 15 años hasta hoy. También ha consumido psicofármacos recetados por “la ansiedad” en un principio por la psiquiatra que la atendía a sus 16 años (cuando también asistía a un centro de adicciones) y cocaína, pero en la actualidad ya no refiere utilizar este tipo de drogas. Si no consume marihuana no puede dormir, el insomnio se presenta si no apela al tóxico, el cual la “tranquiliza”. Laura sufre de crisis de angustia desde los 11 años, cuando su padre, “alcohólico” según L. y el cual había estado ausente duran-

te más de cinco años, reaparece en su familia. Sitúa el momento preciso de la primera emergencia de la crisis de angustia: sus padres estaban discutiendo y Laura comienza a sentir que le “falta el aire”, sintiendo que va a morir. Hace dos años que los ataques no aparecían, pero hace poco tiempo han resurgido a partir de ciertos episodios que L. sitúa: la salida transitoria del padre de su hijo de la cárcel (que también fue apuñalado e internado hace unos meses) y la nueva aparición de su padre que había estado ausente (el cual se presenta en su casa y le roba algunas cosas). Sin embargo, en la entrevista plantea que le “agarran de la nada”, algo que irrumpe sin que ella puede adjudicar frente a qué, “me agarra una desesperación”, insiste. Cuando se presentan las crisis de angustia L. se corta las piernas y los brazos, se muerde los dedos, “cuando estoy así no sé qué hacer, busco algo que me saque de ese estado, un baño de agua fría, me corto, lo que sea”, afirma. Plantea que los ataques han sido generalmente por la noche, lo cual relaciona con su necesidad de consumir marihuana antes de dormir.

En ambos casos la consulta es determinada por la crisis de angustia en la cual la envoltura formal del síntoma es la misma, sin embargo, la demanda terapéutica está condicionada en cada uno de los casos por la institución. Así como en Laura los ataques de pánico son relacionados a su consumo, precisa apelar a la marihuana para poder calmarse, dormir, no cortarse. En el caso de Ana, las crisis de angustia se desencadenan en el momento previo de rendir examen o durante el mismo y si bien antes podía evitar estos ataques angustiosos mediante la ingesta de gotitas y clonazepam, ahora no los puede controlar más. Es decir, tanto Ana como Laura recurren al tóxico y al psicofármaco para poder afrontar la emergencia del afecto que no engaña. Sin embargo, es lo fallido de estos recursos los que promueven la consulta.

Como señalamos anteriormente, la irrupción pulsional de la pubertad confronta al joven con lo real del sexo que desestabiliza el modo en el que el sujeto se las arreglaba con su sexualidad infantil y frente al cual una respuesta debe inventar.

Aquí es central la función del Nombre del Padre que permite la constitución del Ideal del yo, reconociendo esa respuesta particular que el joven ha encontrado para arreglárselas con lo real de la “no relación sexual” alcanzando cierta estabilidad.

Si pensamos en las salidas de la adolescencia por la vía de un nombre, una profesión, etc observamos en Ana que con la elección de una carrera aparece como respuesta subjetiva el ataque de angustia. Es decir, la coyuntura de inicio de estas crisis de angustia coincide con el comienzo de la facultad.

Podríamos pensar que la respuesta subjetiva que ha elaborado se presenta como fallida, ya que se trata de un fracaso en la regulación del goce que irrumpe como real, desorganizando el campo imaginario y simbólico, dejándola sin recursos para tramitar lo real. En el caso de Laura, las crisis de angustia se inauguran con la reaparición de su padre y la discusión entre éste y su madre cuando ella tenía 11 años. Aunque desde el punto fenomenológico los síntomas descritos por esta paciente se asemejan a los de Ana, si tomamos el caso por caso e intentamos articular la presentación formal con la estructura, podemos observar divergencias. Por un lado, la reaparición de su padre y la salida del padre de su hijo de la cárcel marcan un momento de disrupción en la vida de Laura, en el cual ella responde con un tipo de angustia que paraliza. Las crisis que desde su adolescencia emergían eventualmente sin que pueda situar ante qué, resurgen frente a la situación del encuentro con estos padres que no pueden responder al llamado de desempeñar su función. Por otro lado, frente a la aparición del afecto de angustia L. apela al corte en lo real del cuerpo buscando el efecto de “aliviar

transitoriamente los síntomas de dolor y angustia” (Napolitano, G.; 2009). Finalmente, L. también recurre a la marihuana como forma de apaciguar “la ansiedad”, apelando a la inmediatez de soluciones por la ingesta del tóxico.

Conclusiones

A partir del análisis de los motivos de consulta y la demanda de asistencia de jóvenes que concurren a dos instituciones, hemos abordado dos viñetas clínicas en las que la presentación inicial del síntoma es bajo la forma de un “ataque de pánico” o crisis de angustia”.

A diferencia de Freud, quien al considerar al “ataque de angustia” dentro de las neurosis actuales, lo excluía del universo del psicoanálisis por no ser atacable mediante psicoterapia, consideramos que es posible señalar algunas intervenciones analíticas frente a la crisis de angustia.

De esta manera, mediante el establecimiento del dispositivo analítico, intentaremos crear las condiciones particulares para el establecimiento de un lazo transferencial que, por vía de la palabra, permita al sujeto elaborar la irrupción del goce. Las intervenciones analíticas apuntarán a reinstalar al sujeto en su condición deseante, acompañándolo a tramitar simbólicamente lo insoportable de lo real.

NOTA

**Las autoras de este trabajo son becarias tipo A en investigación de la Facultad de Psicología de la UNLP. Este trabajo está enmarcado en los proyectos de investigación en curso de cada una de las autoras respectivamente.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DSM-IV, (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Massons S. A., Barcelona, 1995.

Freud, S. (1895) “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”” En Obras completas, tomo III, Buenos Aires, Argentina. Amorrortu, 2010.

Freud, S. (1926) “Inhibición, síntoma y angustia” En Obras completas, tomo XX, Buenos Aires, Argentina. Amorrortu, 2010.

Lacan, J. (1962-63) El Seminario, Libro 10: La angustia. Buenos Aires, Paidós, 2012.

Napolitano, G. (2009) “Actualidad de la automutilación: soluciones sintomáticas en la adolescencia”. Publicado en Memorias del Congreso AASM “Trauma, histeria y subjetividad”, Buenos Aires, 2010. Pp. 244- 247.

Stevens, A. (2001) Nuevos síntomas en la adolescencia. En Revista Lazos Nº 4, EOL Sección Rosario, Editorial Fundación Ross.

Stevens, A. (2002) Salidas de la adolescencia. En Sexuación y otras investigaciones, Pequeño Hans. Buenos Aires. Editorial Tres Almenas.