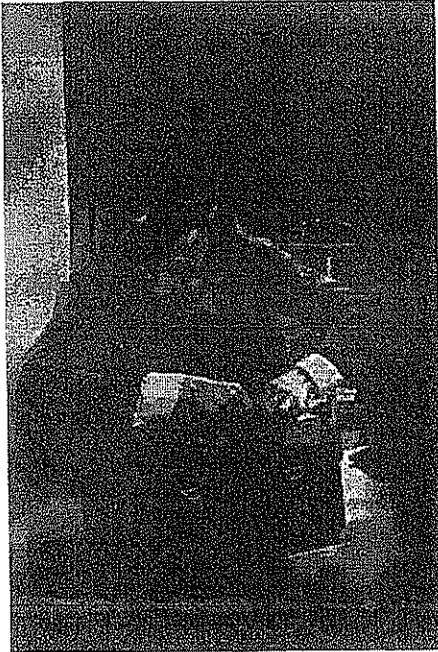
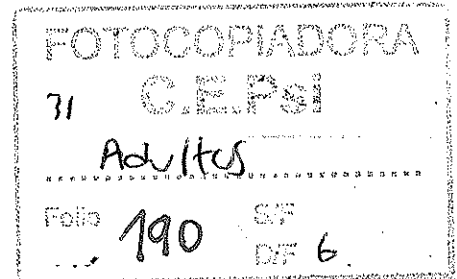


La moda del «Ataque de Pánico» (O el vaciamiento del sujeto)

José Méndez *



FOTOCOPIAS DIAGONAL
Carpeta ADULTOS
FOLIO 61
OF. 6 SF. -



Planteo central

Considero, que este “nuevo concepto” clínico (ataque de pánico) es otra prepotencia intelectual importada y canalizada a través de los discursos de las corporaciones farmacéuticas y médicas, en otro intento desmedido de garantizarse para sí el monopolio del saber y la tecnología.

La denominación “ataque de pánico” -rótulo pomposo y desesperante: “ataque” y “pánico”- es un término globalizado del “nuevo orden mundial”, importado, de moda, y lanzado por los medios -también monopolizados y listos a la caza de incautos con urgencias- que logró instalarse en el imaginario popular rodando por los consultorios médicos y psiquiátricos con “made in USA=verdad” que todos debemos repetir y hacer lucir como el “nuevo mal” del siglo presente, sería algo así como una enfermedad de moda, “fashion”, de la “época”.

Cuando profundizamos un poco más el tema, encontramos, como siempre, descripciones -importadas-, enlatadas sin mayores profundizaciones en los fundamentos teóricos psicopatológicos, pero con estadísticas -de desconocido origen- que intentan reafirmar el valor de la etiqueta diagnóstica por la cantidad, antes que por la calidad. Y como los actos debemos medirlos por los efectos, la consecuencia inmediata parece ser una “militarización medicamentosa” sostenida por los repetidores de siempre que caen sobre los incautos de turno. Es decir, una enfermedad fashion atada a una militarización medicamentosa que nos guía desde este pretendido “orden” mundial.

Seguidamente, intentaremos desplegar algunas argumentaciones teóricas, en un espacio reducido, desde nuestro modestísimo entender clínico y también con el objeto de abrir, en lo posible algún debate sobre tanta certidumbre impuesta.

El dramatismo de la nomenclaturas

La denominación “ataque de pánico” está extraída del DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), la encontramos en el capítulo referido a Trastornos de ansiedad, capítulo que incluye Crisis de angustia (panic attack) y Trastornos de angustia (panic disorder). Observaremos que el concepto que domina este “trastorno” de ansiedad está referido centralmente a la angustia, tema que ocupa un lugar importantísimo en el psicoanálisis, en cantidad y calidad.

Si tomamos la palabra “trastorno”, pareciera que estamos ante cierta conceptualización que se mide con algún patrón de normalidad, ¿estar angustiado nos coloca en la anormalidad de cierta adaptación?

La palabra ataque, es más simple de resolver: otro/a persona o cosa se nos viene encima para dañarnos, doblegarnos, vencernos o aniquilarnos. Y pánico nos remite a una situación de descontrol casi total en el cual estamos totalmente a merced, casi al borde de la desesperación total en que nuestra vida pende de un solo y débil hilo. ¿Impactante, no?

Me pregunto si habrá alguna segunda intención en la nomenclatura de este “nuevo mal”, pues semejantes títulos ensayan una situación límite que nos arroja urgente y desesperadamente a las manos de algún profesional o medicamento que detenga semejante ataque. Es decir, rótulos inminentes y urgentes plantados en el origen de una concepción mortal.

No dejaremos de reconocer que el estado de angustia surge de un abismo, en apenas segundo y la situación displacentera requiere ser calmada apresuradamente, y que cualquier persona intentará rehabilitarse rápidamente. Aquí comienza la discrecionalidad clínica de quien diagnostica, desde una posición (¿filosófica?) respecto al sufrimiento del otro/paciente y desde una plataforma teórica que lo sustenta. ¿Es corporal o existencial la angustia?. De algo estamos seguro los analistas: es un afecto que no miente.

Desde Freud

Los síntomas descritos como “ataque de pánico” en el DSM IV, están tempranamente descritos por Freud en uno de sus primeros textos de 1894, Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia, en dónde describe un cuadro -Neurosis de angustia- correspondiente a la clasificación general de las Neurosis actuales y perteneciente a la denominada Primera Nosología (Neuropsicosis de defensa). Recordemos cómo estaba constituido este primer entendimiento psicopatológico freudiano de 1894/1900

Así la definía: (...) Llamo «neurosis de angustia» a este complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia (...)

Posteriormente despliega la sintomatología clínica (**)

1. La irritabilidad general

2. (...) La expectativa angustiada es el síntoma nuclear de la neurosis; (...) aquí está presente un quantum de angustia libremente flotante,

3. (...) el estado de angustia, que se mantiene las más de las veces latente para la conciencia, pero en continuo acecho. (...). Un ataque tal 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; (...)
- por último, se conecta 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 o un factor, o el otro:

se queja de «espasmos en el corazón», «falta de aire», «oleadas de sudor», «hambre insaciable», etc., (...)

4. (...) un hecho interesante; y de importancia diagnóstica, es que la medida de la mezcla de estos elementos varía enormemente en el ataque de angustia, (...)

a. (...) acompañado por perturbaciones de la actividad cardíaca, palpitations, arritmia breve, taquicardia persistente, hasta llegar a estados graves de debilidad del corazón que no siempre es fácil distinguir de una afección cardíaca orgánica; (...).

b. (...) acompañados por perturbaciones de la respiración, varias formas de disnea nerviosa, ataques semejantes al asma, etc.

c. Ataques de oleadas de sudor, a menudo, nocturnos.

d. Ataques de temblores y estremecimientos, que es muy fácil confundir con ataques histéricos.

e. Ataques de hambre insaciable, a menudo conectados con vértigos.

1. Diarreas que sobrevienen como ataques.

g. Ataques de vértigo locomotor.

(...)

5. (...) terror nocturno, acompañado de angustia, disnea, sudor, etc.

6. vértigo, «mareo», «ataque de vértigo»; que puede estar subrogado también por un ataque de desmayo. (...)

7. dos grupos de fobias típicas, referidos, el primero, a las amenazas fisiológicas comunes, y el segundo a la locomoción. (...). El otro grupo contiene la agorafobia con todas sus variaciones colaterales, caracterizadas en su conjunto por su referencia a la locomoción. (...)

8. perturbaciones de la actividad digestiva como ganas de vomitar y náuseas, y el síntoma del hambre insaciable inclinación a la diarrea, (...)

(...)

Señalados los síntomas, Freud, como es habitual, comienza a desplegar las posibles causas (II. Producción y etiología de la neurosis de angustia y III. Esbozos para una teoría de la neurosis de angustia) o etiología, es decir despliega la psicopatología del cuadro propuesto, ofrece explicaciones del origen:

(...) uno halla como factores de eficiencia etiológica una serie de nocividades y de influjos que parten de la vida sexual. (...). Esta etiología sexual de la neurosis de angustia se comprueba con frecuencia tan abrumadora que me atrevo a eliminar, a los fines de esta breve comunicación, los casos de etiología dudosa o de otra clase. (...)

Concluyendo provisoriamente:

- conjetura que puede tratarse de acumulación de excitación
- la angustia está en la base de todos los fenómenos que se producen en esta neurosis y no tiene ninguna derivación psíquica.
- adjudica como causas al coitus interruptus
- en muchos casos la neurosis de angustia se conjuga con el más nítido aminamiento de la libido sexual, del placer psíquico

Este es un texto clave para la primera formulación de la primera teoría de la angustia, y así lo explicitará en estas épocas:

(...) 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; y además, que esa excitación somática es de naturaleza sexual y va apareada con una mengua de la participación psíquica en los procesos sexuales-, todos estos indicios, digo, favorecen la expectativa de que el mecanismo de la neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de lo psíquico la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal. (...)

En estos conceptos de Freud observamos:

La angustia no está estructurada como un síntoma, si bien el señala a la angustia como "el síntoma alrededor del cual...", en concreto, no tiene lo que hoy llamaríamos una estructura de metáfora, de retorno de lo reprimido, en especial tomando en cuenta el momento en que escribe este artículo y los desarrollos posteriores del tema. Esto lo confirma:

- que la descripción de síntomas que realiza Freud no son producto de una ecuación simbólica, no es una significante reprimido que retorna
- no se tramitaría mediante la palabra, su origen es actual y no surge nada respecto a la historia del propio sujeto.
- la angustia sería producto de un metabolismo energético que sólo puede descargarse en forma de angustia.
- la angustia queda libre, flotante y no encuentra una ligadura que la represente a través del lenguaje.
- en el ataque de angustia de esta neurosis, algo de la mediatización imaginaria se relaciona con lo real de esta manera únicamente.

Desde el DSM-IV

El ataque de pánico es una categoría diagnóstica incluida por la Asociación Americana de Psiquiatras en 1980, en el Manual de desórdenes Mentales (DSM III), y extendido en el DSM IV en 1994. Antes la Organización Mundial de la Salud (OMS), planteó en 1997, que el planeta asiste a una "catástrofe epidemiológica", en dónde el 12% de las causas de enfermedad son los desordenes mentales. Vayamos a la letra:

Crisis de angustia (panic attack)

Características diagnósticas

(...) La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o marco (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. (...)

Los individuos que solicitan ayuda terapéutica por estas crisis de angustia inesperadas acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o «volverse locos». Describen asimismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis. Al ir repitiéndose, estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo. La falta de aire constituye un síntoma frecuente en las crisis de angustia asociadas al trastorno de angustia con y sin agorafobia. (...). La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su característica gran intensidad.

Las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo). Al determinar la importancia de la crisis de angustia en el diagnóstico diferencial de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que ésta aparece. (...)

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

Trastorno de angustia (panic disorder)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias (...) Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor. (...) La frecuencia y gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente. (...)

Comparaciones

Es fácil deducir que las observaciones de este “nuevo mal”, ya fueron descritas por Freud en 1894. Prácticamente son una copia. Esto nos lleva a preguntarnos ¿Por qué esta propuesto como una cuestión novedosa algo tan antiguo?. Alguien alguna vez dijo: Sigue la pista del dinero y el poder, y encontrarás la verdad. Esto merece otras consideraciones.

Luego de leer el DSM IV observamos un amplio espectro de posibilidades abiertas, muy poco definibles y bastantes inciertas. Queda claro si, la efectividad combinada de los psicofármacos antipánicos (Benzodiazepinas de alta potencia, Imidazopiridinas y Antidepresivos) “de acuerdo al cociente de riesgo/beneficio de cada paciente”, tal como reza en el manual. El apartado de las Prevalencias (Tratamiento psicofarmacológico), es de una ingenuidad tal que asombra y no merece ningún comentario, pues un elemental estudiante de psicología o un paciente avezado en el diván puede refutar estas argumentaciones de causas (ver más abajo ¿Quién diagnostica?).

No desconocemos que las comparaciones de estas dos disciplinas (Medicina/Psiquiatría - Psicoanálisis) son asintóticas, no se tocan, aunque tienden a..., corren por senderos distintos y casi antagónicos, pero es intención señalar la endeble argumentación diagnóstica que la sustenta y la difusión facilitada a través de etiquetas hacia el público en general.

Desde los ejes fundamentales del concepto de angustia

El texto de Inhibición, síntoma y angustia es casi la culminación freudiana del tratamiento del tema, lo continuará Lacan en el Seminario X (La angustia). Ambos textos son piedras angulares de la obra de ambos autores, abordan cuestiones complejas y replantean -cada uno en su tiempo- problemas de fondo para la clínica. Desde luego aquí no se detuvo y siempre se encuentran nuevas referencias y desarrollos que aportan al planteo central de la teoría de la angustia. Esquemáticamente y con el objeto de opinar sobre el denominado “ataque de pánico”, sintéticamente delineamos apenas algunos conceptos cruciales:

- La angustia es un estado afectivo displacentero, pero no siempre ese estado displacentero es angustia
- La angustia es angustia de castración. Con la angustia se revela la amenaza de castración.

- La angustia tiene un rasgo especial y no es fácil de determinar, aparecen sensaciones físicas con aumento de excitación que tiene sentido creciente lo cual le adjudica ese carácter de displacer. Esta excitación en crecimiento necesita actos de descarga y esto generalmente toma las respuestas motoras, esto es a lo que generalmente se le llama "ataque de pánico"
- No puede confundirse la angustia con un síntoma, cuestión que está planteada en el DSM-IV, en ese caso se tomará el camino de sintomatizar la angustia lo que nos lleva al "desorden de pánico" (temor permanente a un ataque de angustia).
- El síntoma está al servicio del síntoma, permite eludirla (beneficio primario). Los síntomas son creados para evitar la situación peligrosa que la angustia señala (algo de la castración en el Otro)
- Una fuga, ante situación displacentera por un peligro externo, permite eludir la situación, pero ante los peligros internos, aquellos que provienen del interior se manifiestan con angustia.
- La angustia no es ninguna sustitución, es una señal.

Reflexiones finales

La psiquiatría norteamericana es uno de los tantos tentáculos del poder, como tal ha de manifestarse en ese orden y no en otro, lo contrario sería ilógico. El discurso es básicamente médico, un discurso del saber y del poder (en los dos sentidos). Es positivista, experimentalista, cognitivista y pragmático. La eficiencia en el cierre de síntomas es su objetivo. El cuerpo es un organismo al cual hay que curar eficiente y lógicamente de acuerdo al pensamiento único de sus propios manuales. Esto no es un pretencioso reduccionismo, sino veamos la maquinaria del capricho bélico como avanza cuando no se obedece al imperio. Creo que esto subyace, en muchos ejemplos, la salud es sólo una esfera, y el ataque de pánico es apenas alguno de los ejemplos de un campo compartido (el sufrimiento humano) en que algunos -modestamente en este caso- intenta desenmascarar.

El denominado "ataque de pánico", el "mal de nuevo siglo" fue ya teorizado y descrito por Freud, con una etiología específica en 1895. Posteriormente, sobre el tema específico de la angustia, hubo desarrollos freudianos -y lacanianos- muy importantes y claves para el abordaje clínico, con una conclusión muy importante: la angustia no es un síntoma. La notable diferencia es que el DSM IV lo toma como tal, es decir es un síntoma, una enfermedad que debe ser tratada. La angustia no habla, la angustia afecta y cuando se medica, se medica la angustia. Atacados por el furor curandis, algunos (o muchos) se apresuran a suprimir aquello de lo que se queja el paciente y así nos encontramos, nuevamente, ante el discurso médico -discurso del saber- y la consecuente pérdida de subjetividad montada en ese afán de adoptar estas etiquetas impuestas.

Sumamos a esto el concepto médico de cura: suprimir el síntoma y que la medicina se ocupa de las enfermedades, no del paciente. A nuestro entender taponar el síntoma, porque mientras el circuito de la palabra este cortado, el paciente nunca se apoderará de las cosas que le suceden. Tomado de tal forma la angustia está pensada como un

fenómeno patológico, pero no como un fenómeno necesario en una estructura neurótica, un afecto que irrumpe balizando la subjetividad y que requiere más palabras.

El público también aparece sin más reflexión que una revista o un diario, pero el neurótico siempre intentará relevar su responsabilidad ante el deseo propio y "es mejor que me digan lo que tengo como enfermedad, que me ponga a revisar por qué me pasa esto". Un encastrado perfecto de uno y otro lado. Se sintomatiza la angustia al considerarse el pánico/angustia como un síntoma, sin serlo.

Existe otra, de las muchas variantes, que el paciente que padeció el ataque de angustia, y no pudo ponerlo en palabras, está pendiente -como la espada de Damocles sobre su cabeza- que esto le ocurra nuevamente, con lo cual siempre está con una vigilia de pastilla en mano. Esto sería el concepto de militarización medicamentosa, "hace lo que el Otro te ordenó (toma la pastillita) porque él (Otro/Amo) sí que sabe, y si desobedeces te sobrevendrá el castigo del Amo" (ese que sabe siempre lo que hay que hacer para que las cosas funcionen).

¿Quién diagnostica?

Tomemos, tan sólo por un momento, uno de los tópicos principales de este arranque angustioso (léase: ataque de pánico), el tema de la muerte (sensación de morir).

¿Qué sucedería con un paciente en estado de angustia cuando un profesional le dice los parámetros de tratamiento que dicta la Sociedad Americana de Psiquiatras, a través de la OMS, según este esquema?:

DSM-IV - 8-4. Tratamiento del pánico

Evitar la sensación de muerte inminente y el desamparo frente a los síntomas somáticos es posible mediante un conocimiento por parte del paciente-familia del trastorno y una educación psicofarmacológica del tratamiento y la prevención.

Desde ya, se le debe explicar al paciente con palabras sencillas, que las descargas de pánico o los "auras", se pueden controlar, si se tienen en cuenta:

- los desencadenantes psicológicos, como la sobreexigencia, el estrés y los conflictos intrapsíquicos, y
- los desencadenantes físicos, como por ejemplo el exceso de actividad corporal y el consumo de bebidas, sustancias adictivas o medicamentos de características ansiogénicas.

Este trastorno tiende a evolucionar hacia estadios de comorbilidad con la hipocondría y/o la depresión.

El tratamiento psicofarmacológico es altamente efectivo, pero en más del 60 % su diagnóstico se presta a confusión y en el 36 % de los pacientes se presenta asociado, a la depresión y al abuso de sustancias.

La cafeína, el alcohol y la cocaína aumentan los niveles de ansiedad y su deprivación genera un efecto rebote ansiogénico.

Se debe indicar a los pacientes que disminuyan el consumo de bebidas con altos contenidos de cafeína: café, gaseosas de tipo cola y mate o té (si se toman en cantidades importantes). (...)

Afortunadamente tenemos una oferta distinta cuando alguien pregunte: “¿Qué cosa cree que no funcionan en su vida?”, o “Esto que le pasa ¿usted cree que lo puede relacionar con algo particular de su vida?”. Es decir, algún camino que permita relacionar con su historia el suceso de la angustia para darnos la posibilidad de rescatar la subjetividad.

En este punto nos encontramos con un detalle de mayor resonancia en el tratamiento de la angustia y en el diagnóstico diferencial: quién pregunta y desde dónde. Nos referimos a alguien que pregunte acerca de la angustia de muerte y este alojado del lado en su subjetividad como analista, que soportar algo de la verdad de la muerte. Alguien que nos escuche sabiendo y soportando que se puede morir en cualquier momento. Y esto lleva a tender los puentes del tiempo y a deshacer la urgencia de la consulta, permitiendo armar una escena relacionada aunque sea ingenua o primariamente. Mientras el paciente pueda hablar tendrá la posibilidad de adueñarse de aquello que posiblemente lo angustie.

En la Neurosis de angustia Freud señala la insuficiencia psíquica o factores que impiden la elaboración psíquica, y en la medida en que se trabaje en la posibilidad de tramitar metafóricamente la angustia para que tenga efectos simbólicos. No es lo mismo preguntar acerca de los antecedentes familiares, educarlo psicofarmacológicamente para prevenir un nuevo “ataque” de angustia que intentar alojar esa angustia de muerte en la transferencia. No decimos qué cosa es mejor, señalamos las diferencias, pero recordemos que los resultados de una relación con el paciente se miden por sus efectos.

Los analistas debimos atravesar un análisis -o aún siendo actualmente un analizante- para poder convivir con aquello de los cuales nuestros pacientes nos convocan: la castración propia. ¿Están en la misma condición aquellos que diagnostican desde el saber de un manual?, ¿las consecuencias serán las mismas?

Observemos que nos propone el DSM-IV, en la sección de Tratamiento psicofarmacológico del “ataque de pánico”, entre otras cosas dice:

(...)-Resulta de sumo interés la vinculación entre el pánico y los eventos traumáticos. Un trauma significativo, a edad temprana -antes de los cinco años- es capaz de alterar dramáticamente el patrón de respuesta neurobiológica de un sujeto.

El trauma psíquico o sexual, antes de la mencionada edad, determina uno de los síntomas capitales del pánico que es la agorafobia (...)

Si esto pretende ser un indicador de causas, o una propuesta psicopatológica de tanta ingenuidad, desde nuestra óptica, son alarmantes.

Podemos continuar la crítica, pero este reducido espacio no permite más que abrir un debate, como reflexión final me arriesgo a opinar que las postulaciones americanas del DSM IV son descripciones cuantificadas y cuantificables, asignaciones de etiquetas a observables interesados en la frecuencia y en la permanencia de perturbaciones, pero carecen de fundamentación teórica psicopatológica. No dice nada acerca de la etiología, especula con una amplia variedad de causas observables de conductas humanas, posibilidades psicobiológicas, endócrinas, etc. interpretadas desde una concepción ideológica y filosófica. Reitera lo que conocemos de la psiquiatría: una clínica de mirada,

pero sin explicaciones psicopatológicas. Se intenta cortar el síntoma con medicación inmediata, sin tratamiento, ni intermediación de la palabra y acaricia un viejo anhelo: explicarlo mediante la neuroquímica y extraerlo del terreno de lo anímico para ser única propiedad del saber médico y de las "ciencias naturales y exactas".

Si el "panic attack" es el "nuevo mal del siglo" las causas deberán ser demostradas con estudios sociológicos internacionales de la más variadas ideologías y fundamentado clínicamente desde una teoría psicopatológica de idéntica extracción (variada) y ser colocado a discusión internacional de las distintas escuelas "psi", pero no por un manual de observaciones estadísticas impuesto desde Estados Unidos. De lo contrario estamos nuevamente ante el discurso único que intenta borrar las fronteras, no sólo de los países, sino también hasta de nuestra subjetividad.

[*] Psicoanalista, docente, director editorial y fundador de Periódico El
Øtro.elotro@comnet.com.ar

(**) El subrayado, las tabulaciones especiales de los párrafos y las letras resaltadas son del autor con el fin de enfatizar la intención del presente artículo

Bibliografía consultada

- Jacques Lacan. Seminario X . La Angustia.*
Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo III. Amorrortu editores.
-Manuscrito E,
-Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"
-La interpretación de los sueños:
-Gradita
-Tres ensayos de teoría sexual
-Proyecto de psicología
-La represión
-Lo inconsciente
-Conferencia 25
-Inhibición, síntoma y angustia
-Conferencia 32
DSM IV. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
Emmanuel Todd. La ilusión económica. Sobre el estancamiento de las sociedades desarrolladas. Editorial Taurus. 1999
Alfredo Eric Calcáneo y Eric Calcáneo. Argentina. Derrumbe neoliberal y proyecto nacional. Editorial "el Diplo" de Le Monde Diplomatic. 2003.
Un mundo mejor es posible. Autores Varios. Editorial "el Diplo" de Le Monde Diplomatic
La angustia, su razón estructural y sus modalidades clínicas. Autores varios. Compiladora Patricia Ramos.

[*] Psicoanalista. Docente. Director de Ediciones El Øtro. Email: jmendez@comnet.com.ar
<http://www.lotamendez.blogspot.com>