

Asociación de Psicopatología
y Psicoanálisis de Sevilla

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

**SEMINARIO DE PSICOLOGÍA MÉDICA:
LA ANSIEDAD**



El presente libro ha recibido la MENCIÓN DE HONOR
del Grupo de Investigación para la Salud en Ciencias Humana (IPSUM)

Seminario de Psicología Médica: “La ansiedad”.

José Manuel García Arroyo

Editado por la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla

Luis Montoto, 83 – 3º C

41018 Sevilla (España)

luysa.dl@gmail.com

ISBN: 978-84-09-45333-7

Depósito Legal: SE-488-22

Diseño, maquetación e impresión: Gabella Artes Gráficas.

Impreso en España. Printed in Spain.

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Cerrar los ojos... no va a cambiar nada. Nada va a desaparecer simplemente por no ver lo que está pasando. De hecho, las cosas serán aún peor la próxima vez que los abras. Sólo un cobarde cierra los ojos. Cerrar los ojos y taparse los oídos no a va a hacer que el tiempo se detenga.

Haruki Murakami

No vivimos como queremos, sino como podemos.

Menandro

Dedicado a mis alumnos por fomentar cada día que pasa mi vocación docente.

INDICE.

Presentación.

Capítulo 1º. Introducción.

Capítulo 2º. Las reacciones timéricas.

2.1. El miedo.

2.2. El temor.

2.3. El pánico.

2.4. La fobia.

Capítulo 3º. Aproximación a la ansiedad.

3.1. Manifestaciones clínicas.

3.1.1. Aspectos psicológicos.

3.1.2. Aspectos somáticos.

A) Acciones del sistema nervioso vegetativo (SNV).

B) Acciones del sistema nervioso periférico (SNP).

3.2. Los intentos de calma (las “conductas de alivio”).

Capítulo 4º. La ansiedad patológica.

Capítulo 5º. Comprensión del fenómeno ansioso.

5.1. El desconocimiento.

5.2. Conexión con las circunstancias externas.

5.3. El sujeto cuenta: un juego de lógica.

5.4. Como adaptarse a las sociedades complejas.

Capítulo 6º. Aproximación (psico)terapéutica.

- 6.1. Abstenerse de emplear expresiones fáciles.
- 6.2. Ayudar a concienciarse de su estado.
- 6.3. Aceptación de los límites.
- 6.4. Algunas consideraciones finales.

BIBLIOGRAFÍA.

PRESENTACIÓN.

Escoger un tema para los seminarios programados de Psicología Médica que resulte interesante para los alumnos del Grado en Medicina y que, a la vez, pueda tener cierto alcance en la futura práctica profesional de aquellos es, como cabe comprender, bastante complicado. En el pensamiento los temas se van superponiendo unos a otros, como las tejas de un tejado; a cada uno se le da un peso específico que, rápidamente, pierde en favor de otro y así sucesivamente. Pero, el debate interior tiene que terminarse y eso ocurre tan pronto como aparece en la conciencia un asunto que, por sí mismo, se convierte en el centro de todo ese flujo debido a la importancia que adquiere; en este caso, el elegido es “La ansiedad”.

Ciertamente, la ansiedad acapara por sí mismo gran parte del panorama clínico, no solo del psiquiatra, sino también del médico de familia y del especialista. Se trata de una materia que traspasa cualquier rama de la medicina, ya que afecta al paciente tenga la enfermedad que tenga, de manera que casi ninguno se libra de la impresión subjetiva de encontrarse tenso o intranquilo. Al mismo tiempo, los síntomas ansiosos pueden presentarse en la consulta médica sin asociarse aparentemente a nada; que así sea, se constituye en un enigma a descifrar y también, cómo no, en un problema clínico pues se trata de ayudar a la persona que los padece.

Una vez seleccionada la temática, resulta fácil justificarla; de este modo, una serie de razones poderosas demuestran su importancia:

1ª) Es uno de los diagnósticos más frecuentes en atención primaria; de hecho, la ansiedad, la tristeza y las somatizaciones son tres cuadros que se presentan con gran insistencia en las consultas. Tanto es así, que desde la Administración tuvo que hacerse un protocolo que incluyese a los tres y cómo actuar acertadamente con ellos.

2ª) Al mismo tiempo, la ansiedad provoca frecuentes manifestaciones físicas, las cuáles pueden confundirse fácilmente con cuadros funcionales u orgánicos. El cortejo de síntomas es tan impresionante que llegó a engañar a los autores clásicos (Osler, Da

Costa, Mc Lean, Barlow, Wilson, Mc Kenzie, etc.), quiénes denominaron a la ansiedad de distinta forma (astenia neurocirculatoria, corazón de soldado, topoalgia, neurastenia, corazón irritable, etc.). Estaban convencidos de que en su base se encontraría una alteración cardíaca, neurológica o endocrina, que aún estaba por descubrirse y que explicaría el amplio abanico de formas sintomáticas registradas. En consecuencia, el término “ansiedad” entró tardíamente en el argot psiquiátrico (1).

Que así sea, obliga al médico a tener en cuenta a la ansiedad como posibilidad diagnóstica. Hemos observado cómo algunos pacientes, creyendo tener una alteración física, se muestran disgustados al toparse con la ansiedad y no saber cómo actuar o qué hacer para aliviarse; estaban convencidos que con un simple tratamiento médico iban a darle carpetazo al asunto y ahora se encuentran frente a otro que les implica directamente como personas. Sobre este asunto volveremos en los capítulos que siguen.

3ª) El gran consumo de ansiolíticos existente en la población. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), organismo internacional que vigila la fabricación, el comercio y el uso legal de drogas, en un informe previo a la pandemia (de 2020), ha constatado que España es el primer país del mundo en el índice de consumo lícito de benzodiazepinas por cada 1000 habitantes. Le siguen: Serbia, Uruguay, Israel, Estados Unidos y Hungría.

Tales datos vienen a constatar el crecimiento progresivo en el uso de estos psicofármacos, un asunto que ya denunciaban las estadísticas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) del Ministerio de Sanidad. Las sustancias más consumidas son: alprazolam, lorazepam, diazepam, clonazepam, bromazepam, lormetazepam y estazolam.

4º) Véase que se está hablando de consumo “lícito” de ansiolíticos y, para que lleve esta denominación, tiene que existir una prescripción médica. De ahí se sigue que, probablemente, los médicos estén recetando más fármacos de esta familia de lo que realmente corresponde. Eso nos lleva a cuestiones tan importantes como: ¿cuándo es patológica la ansiedad?, ¿en qué circunstancias

requiere una medicación?, ¿siempre que el paciente solicite un tratamiento ansiolítico hay que prescribírselo?, ¿cuándo el uso de tranquilizantes resulta contraproducente en pacientes ansiosos?, etc. A lo largo del presente escrito intentaremos responder a estas preguntas lo mejor que podamos.

La exposición sigue una línea coherente que parte de lo que casi todo el mundo sabe sobre la ansiedad, hasta lo que no se conoce, siendo esto último el producto directo de la experiencia clínica con este tipo de personas; de ahí que convenga leerlo hasta el final y no soltarlo diciendo: “bueno, lo que aquí se dice es obvio, lo que cualquiera puede comentar”. Como decía el clásico aforismo: “hasta que no leas la última página, no cierres el libro”, sobre todo porque hay algunas sorpresas.

Entonces, el recorrido trazado recorre los siguientes puntos:

-Se parte del estudio de las llamadas “reacciones tíméricas” (de “temor”), que son respuestas emocionales frecuentes, entre las que se incluyen: el miedo, el temor, la fobia o el pánico. Una vez abordadas, detallaremos las características comunes que la ansiedad presenta con este tipo de manifestaciones afectivas.

-En un segundo apartado se describe cómo es la ansiedad, con sus dos componentes característicos: los psíquicos y los somáticos y hasta dónde puede llegar en su presentación clínica.

-Dado que no toda persona intranquila desarrolla todo el cortejo sintomático completo de la ansiedad, habrá algún tipo de actuación que facilite quitársela de encima. Aquí se incluyen las llamadas “conductas de alivio” que pueden tener una enorme trascendencia en la vida del sujeto y que pueden ocasionar complicaciones.

-Una vez presentado lo anterior, se hace preceptivo construir una idea precisa de lo que es la “ansiedad patológica” y sus efectos nocivos, que se ponen de manifiesto en cierto tipo de bloqueos e inhibiciones.

-La comprensión del fenómeno ansioso va a tener un lugar prominente en el discurso aquí seguido, lo que permitirá conocer a fondo cómo se inician, desarrollan y acaban estos cuadros.

-Ciertas directrices psicoterapéuticas serán necesarias para concluir el texto. Este mismo contenido también sirve como una pequeña orientación para entender bien cómo hacer una psicoprofilaxis de la ansiedad, para no caer en ella y/o sufrir sus efectos devastadores (“ansiedad patológica”).

Solo resta desear que los lectores sepan apreciar el esfuerzo que se ha empleado en componer, redactar y presentar estas páginas, que tienen una triple finalidad: hacer comprensible la materia sobre la que se diserta, que lo expuesto resulte ameno y, sobre todo, que sea provechoso. En relación a este último punto, es bueno precisar que las cuestiones psicológicas no deben quedarse en una teoría, más o menos elaborada, sino que los conocimientos adquiridos tendrían que servir para vivir mejor.

Capítulo 1º. Introducción.

Dado que el estudio que emprendemos ahora no va a ser superficial, antes de meternos en faena, vamos a hacer una serie de observaciones que resultan necesarias para comprender la ansiedad a fondo:

1ª) Cuando se estudia cualquier fenómeno humano (p. ej. la tristeza, la culpa, la inseguridad, la timidez, etc.) hay que tener en cuenta que se trata de un objeto que, a la vez, es “externo” e “interno”.

Vamos a intentar explicarlo:

-si un químico intenta sintetizar el etileno a partir del dióxido de carbono para, a su vez, obtener plásticos, cualquiera de estos productos son objetos externos para él.

-Si un físico manipula las ondas electromagnéticas el fenómeno que estudia se encuentra fuera de él.

Pero, cuando se aborda la ansiedad, se puede decir que a la vez es “externa”, ya que tengo delante de mí a una persona que se encuentra muy nerviosa y alterada, e “interna”, pues se halla también en mí: hay momentos en que puedo sentir que el nerviosismo me sobrepasa. En consecuencia, para poder (o saber) captar la ansiedad del otro, tengo que conocer bien la mía propia.

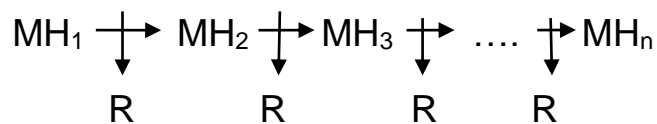
La física cuántica contemporánea no admite de una manera tan tajante la separación fuera/dentro que mantiene la ciencia, pues tiene en cuenta al observador y plantea que su presencia puede deformar el experimento; en consecuencia, la realidad depende de quién la mire. A nivel subatómico las partículas pueden entrelazarse y cambiar dependiendo de quién las estudia y la realidad que observa un individuo puede que no sea la misma que considera otro.

2ª) La afectividad sigue sus propias reglas, tiene su lógica que se encuentra al margen de la razón, cosa que hay que tener muy en presente porque la ansiedad forma parte del vasto campo de la afectividad.

Esta característica da lugar a que se produzcan paradojas que contemplamos en los pacientes (no tienen por qué ser enfermos mentales), como es el caso de la siguiente cuestión: “si esto me hace daño ¿cómo es posible que lo busque y, a veces, con tantísima insistencia?”. Tal fenómeno es motivo de frecuentes consultas; veamos un caso:

Un paciente joven ha tenido una relación fallida con una chica que lo humillaba delante de sus amigos, decía: “este que veis aquí no es tan estupendo como se presenta, tiene cosas que vosotros no conocéis...”. Mientras tanto, el susodicho se callaba y agachaba la cabeza. Naturalmente, la pareja se rompió. A continuación, ya viniendo a terapia, conoció a otra mujer de la que decía que “era diferente”. El tiempo demostró que su equivalencia con la primera pues, delante de su familia y/o amigos, hablaba en estos términos: “ahí está tan bien puesto como se le ve, pues que sepáis que es un guarro. Si vierais como tiene la almohada, totalmente negra, y la parte de los pies de la sábana también tiene un tono oscuro indefinible...”. La elección de objeto de esta persona es totalmente morbosa y, una vez que forma pareja, es incapaz de pararle los pies a la persona que tiene a su lado. Él mismo añade en la consulta: “oiga, doctor, ¿cómo puede ser que, si estamos aquí en el mundo tres o cuatro días nada más, porque la vida es bastante corta, nos jodamos tanto a nosotros mismos?”.

El paciente sigue una secuencia casi matemática, que puede representarse de la siguiente manera (MH: mujer humilladora; R: ruptura):



La asistencia del paciente a la terapia es la garantía de que no va a continuar esta linealidad sin fin. Que esto sea así, da a entender lo poco que sabemos y lo mucho que aún ignoramos, sobre el mundo (incluida la enfermedad) y sobre nosotros mismos; de ahí que tanto el

científico como el médico, tengan que adoptar una postura humilde (a la vez que respetuosa) ante la realidad tienen delante.

3º) En línea con lo anterior, es posible afirmar que la experiencia humana no se deja captar fácilmente, es compleja aunque parezca lo contrario. Si es así, quiere decir que se constituye como un bloque y, en consecuencia, hay que dividirlo en segmentos independientes para poder captar sus pormenores, una operación que se denomina “análisis”. Esto mismo lo vamos a hacer con la ansiedad: intentar separar los elementos que la componen para después volver a armar el conjunto (“síntesis”).

4º) A lo largo del seminario, se hace preceptivo deshacer algunos tópicos que circulan frecuentemente y que contravienen la idea que muestra la clínica de la ansiedad. Tal es el caso de: “tenemos que ser felices” y el que no lo es, es en realidad un “enfermo mental”. En relación a este punto, veremos las implicaciones socio-culturales de esta premisa y también los prejuicios que hoy en día se ciernen sobre la psiquiatría como práctica médica.

Otra idea que circula bastante, asociada a la anterior, es que la ansiedad “siempre es patológica”, una afirmación que se revela completamente falsa y, lo que es peor, impulsa a la acción de neutralizar con medicamentos cualquier forma de nerviosismo. Aquí el médico se ve implicado con frecuencia.

Una vez hechas estas salvedades, estamos ya en condiciones de centrarnos en el tema, comenzando por los cimientos que se refieren a las reacciones emocionales que resultan más cercanas a la ansiedad.

Capítulo 2º. Las reacciones tíméricas.

En este apartado añadimos un nuevo conocimiento antes de entrar de lleno a explorar el tema que nos ocupa, se trata de las “reacciones tíméricas”. El propósito, al describirlas, es que la ansiedad presenta bastantes coincidencias con ellas, de ahí que pueda confundirse. La expresión que encabeza el apartado alude a “temor” y, dentro de ellas, se incluye un grupo de reacciones emocionales cuyas características son: la presencia de una situación, la vivencia displacentera del sujeto que está en contacto con ella y la conducta de huida o evitación.

El conocimiento que tenemos de las reacciones tíméricas es muy antiguo, pues los papiros egipcios ya hablaban de los miedos irracionales y el mismo Hipócrates se refería a estos en su textos consagrados. Es posible distinguir las siguientes “reacciones tíméricas”:

2.1. El miedo.

En este caso la respuesta emocional tiene que ver con un peligro concreto; quiere decir, que aparece un objeto amenazador en el campo perceptivo del sujeto, que se concreta en “algo” o en “alguien”. Lejos de ser un fastidio, el miedo es protector de la vida pues, si se presenta ante mí un peligro, intento escapar y probablemente me salvo. Resulta insensato pensar que “no se tiene miedo a nada”, porque aquello que está delante puede acabar con la persona; dicho de otra forma: cuando un sujeto no reconoce su miedo van a producirse numerosos comportamientos insensatos. Veamos un caso:

Una chica de 17 años pasea con sus amigas por barrios marginales (y peligrosos) de la ciudad, en horas intempestivas. Van cantando y armando jaleo. La necesidad que ella tiene, y así lo manifiesta en la consulta, es de demostrarse a sí misma (lo mismo que sus amigas) que no tiene miedo. De momento, no ha ocurrido nada pero, evidentemente, está corriendo un riesgo bastante importante. Se añade que los padres se encuentran ajenos al comportamiento de sus hijas. La paciente confunde ser “valiente” con “no tener miedo”.

Plantear el miedo implica, además, preguntarnos: ¿cuáles son los peligros que existen? Para responder a esta pregunta es necesario tratar la evolución que ha seguido la humanidad desde los tiempos más remotos:

a) En las sociedades primitivas el miedo es real (p. ej. a un tigre, un temblor de tierra, el enemigo, un león, etc.). El ser humano en sus comienzos, en el Paleolítico, tuvo que buscar abrigos naturales (cuevas, oquedades en las montañas, etc.) para protegerse y si estos se hallaban elevados mucho mejor (atalayas); en la entrada de las cuevas ponían fuego para ahuyentar por la noche a los depredadores.

En el Neolítico y en la Edad de los Metales, cuando el hombre se hizo sedentario (cultivaba la tierra y criaba ganado) construyó poblados amurallados, que estaban fuertemente defendidos (vigías, soldados de guardia, altos torreones, gran grosor de los muros, etc.) para sentirse seguro. La jerarquización social y la concentración del poder en una figura emblemática (reyezuelo, gobernante, tirano, etc.) derivó en la definición clara de quién era el enemigo y cómo protegerse del mismo.

Véase que el peligro real se materializaba en la posibilidad de morir o de ser devorado.

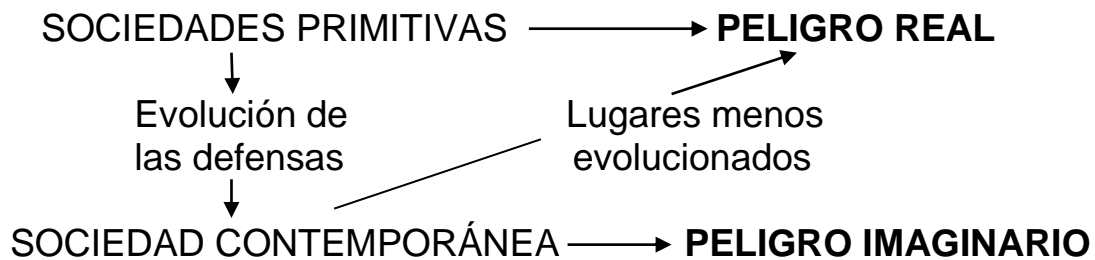
b) En la sociedad contemporánea el peligro es imaginario, ya que el nivel de protección es alto y la posibilidad de morir de las maneras descritas es remota. Los miedos actuales se concretan en:

-no saber responder a un cumplimento (p. ej. una relación sexual, un examen, la primera cita amorosa, etc.) o

-perder el estatus, la posición o una oportunidad (p. ej. no hacer bien una entrevista de trabajo, fracasar en un proyecto, perder el dinero que se tiene acumulado, fallar, no dar la talla, no conseguir un ascenso, etc.).

De todas formas, no hay que perder de vista que, en ciertos lugares del planeta, el peligro puede ser real (p. ej. la posibilidad de un ataque nuclear, el miedo a un apagón generalizado, quedarse sin alimentos y pasar hambre, etc.). Por otro lado, no hay que desdeñar a la imaginación porque tiene un poder extraordinario; por lo pronto, es

capaz de agrandar los objetos temidos, es decir, que puede exagerar aquello que asusta. La transformación descrita antes tiene que ver con la evolución de las defensas, de manera que se han ideado sistemas de contención social capaces de aportar cierta tranquilidad (policía, ejército, distribución del alimento, definición de fronteras, etc.).



2.2. El temor.

Es más vago y difícil de concretar que el miedo, de manera que se tiene la impresión de que puede pasar algo inesperado, cualquier cosa, no quedando definido por completo (p. ej. estoy en una ciudad desconocida de noche, no hay nadie por la calle y me dirijo a mi hotel). Puede adoptar la forma de un presentimiento o una corazonada, que no tiene por qué realizarse (p. ej. tengo la impresión de que a mi padre le ha pasado algo porque, con la hora que es, aún no ha vuelto a casa).

Si el miedo es protector, de donde surge la necesidad de ser reconocido por uno mismo, el temor alerta sobre lo que puede pasar, las posibilidades (nefastas) que pudieran darse.

2.3. El pánico.

Implica miedo a todo ya que el peligro amenaza por todas partes, no depositándose en nada concreto. Si el miedo es protector de la vida, el pánico puede acabar con ella. Veamos un ejemplo muy conocido:

En Alemania se venía celebrando un festival de música eléctrica que llevaba el nombre de Love Parade y que contaba con varias ediciones anteriores bastante exitosas. El 24 de julio de 2010 se

celebraba en la ciudad de Duisburgo y ocurrió una tragedia de grandes proporciones. El aforo era de 250.000 personas y acudieron más del doble. El acceso era libre y tenía realizarse, según se había programado, por un túnel estrecho; la gente empezó a agolparse en el mismo, colmándolo en seguida. De repente, alguien empezó a gritar y a intentar salir, siendo imposible debido a la gran presión existente. Esta reacción se transmitió rápidamente a toda la muchedumbre que intentaba acceder al recinto y que se hallaba atascada en el túnel. El resultado final fue de 21 muertos y 650 heridos; entre los primeros se encontraron dos mujeres españolas.

Véase que, en casos como estos, se produce un descontrol que va extendiéndose como una mancha de aceite hasta que da lugar a intentos desesperados por salir del escenario. Conocemos a la perfección el pánico que produjo en nuestra ciudad en Semana Santa. La gran paradoja del pánico consiste en que puede acabar con la vida de varias personas, mientras intentan salvarse.

2.4. La fobia.

Se trata de un miedo irracional a objetos y situaciones que objetivamente no son peligrosos o no tanto como la persona implicada cree; en tal caso, el miedo resulta infundado. Se acompaña del deseo imperioso de evitar aquello que asusta. La fobia es patológica por dos razones:

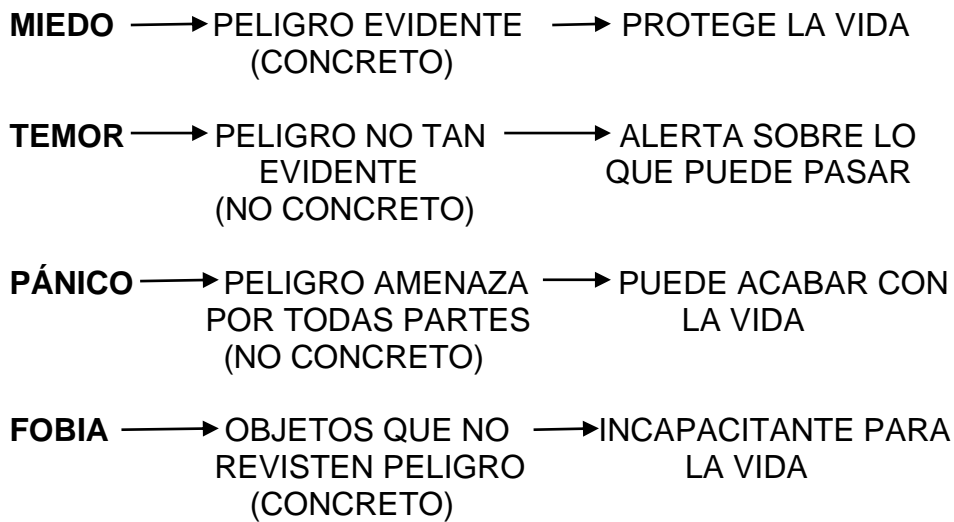
a) La desproporción de la reacción. La situación provocadora podría ocasionar miedo (o temor) a cualquier persona pero, en este caso, la reacción es demasiado intensa (p. ej. fobia a las tormentas, a pasar por un puente, a sacarse sangre, etc.).

b) La falta de correspondencia lógica (o racionalidad) entre el objeto temido y la respuesta de la persona. En condiciones normales, dicho objeto no provocaría ningún efecto (p. ej. miedo a los muñecos, al color rojo, etc.). Los objetos en cuestión resultan completamente inofensivos para cualquiera.

Si bien el miedo protege la vida y el pánico puede acabar con ella, la fobia incapacita para vivirla, ya que no permite a la persona

fluir libremente e incluso puede impedirle despliegues normales (p. ej. acudir a su lugar de trabajo); de hecho, algunas fobias son bastante incapacitantes (p. ej. la agorafobia).

El siguiente esquema plantea claramente las diferencias expuestas:



Véase que en todas las reacciones timéricas se han utilizado las dos mismas palabras: “peligro” y “vida”. Esto se debe a que en ellas ambos elementos se encuentran estrechamente unidos, dado que la existencia de la persona no es serena pues existe algún tipo de amenaza. A continuación, al tratar la ansiedad, vamos a ver esta misma característica.

Capítulo 3º. Aproximación a la ansiedad.

La ansiedad comparte algunas características con las experiencias descritas en el capítulo anterior y en este sentido:

-No se halla concretizada, no se trata de miedo a ninguna situación (u objeto) particular.

-La persona puede sentirse el peligro.

Son dos características que, más adelante, van a adquirir un notable predicamento pero, antes, describiremos cómo es la ansiedad. Se trata en este momento de estudiar detenidamente cómo aparece ante nosotros y cuáles son sus características más notables.

3.1. Manifestaciones clínicas.

Se entiende por “ansiedad” un estado duradero de intranquilidad, nerviosismo o inquietud interior que se presenta sin un motivo aparente con el que pueda asociarse. Para la persona que la sufre, la ansiedad es:

a) In-definible: se trata de una experiencia hasta cierto punto confusa que, muchas veces, al sujeto le cuesta trabajo explicar.

Una paciente de 35 años, dice: “Al mismo tiempo es todo y nada. Siento un malestar que acaba conmigo y no me deja vivir en paz. Si intento explicar cómo es, solo puedo añadir que es un estremecimiento de todas mis células y que no se termina”.

Frecuentemente, los que la padecen tienen que recurrir a expresiones metafóricas para explicar lo que les ocurre; dichas frases van precedidas de la expresión “como sí”, como ocurrió con algunos ansiosos estudiados:

“Lo que noto es como electricidad por dentro”.

“Lo vivo como si tuviera un ascensor dentro, que subiera y bajara”.

“Es como un motor que no para”.

“Parece tonta esta descripción, pero se la voy a contar: es como una cafetera vieja cuando va a salir el café”.

b) In-comprensible: no sabe de dónde le viene, aunque trate de darle explicaciones; a menudo estas son peregrinas (p. ej. lo achaca al cambio de tiempo, a la llegada de la primavera, a una alergia que tuvo, al efecto post-COVID, etc.).

La misma paciente de antes añade: “He intentado saber por qué me ocurre y no tengo respuesta. ¿Quizás son los disgustos que he tenido con mi familia? No creo, porque siempre han estado (silencio). ¿Tal vez mi matrimonio? No lo sé. Tendría un punto descubrir a qué se debe y por eso acudo a su consulta, pero de momento no tengo ninguna respuesta que sea satisfactoria”.

c) In-deseable. La persona implicada no la quiere tener, dado que le produce malestar (displacer).

La paciente de la que venimos hablando, explica: “Esto yo no se lo deseo a nadie. A veces lo puedo aguantar, pero otras se me hace insoportable. Me entran ganas de acabar con todo de una vez, pero no voy a hacer nada raro, ya me entiende”.

Si la contemplamos bien, se presenta como la experiencia contraria a la tranquilidad, la calma o el sosiego.

3.1.1. Aspectos psicológicos. La ansiedad se muestra como un cuadro caracterizado por: preocupación, amenaza continua (de carácter incierto) y expectación ansiosa. Esto último viene a indicar que no solo tiene relación con el presente (preocupación o amenaza actual) sino que se proyecta al futuro y, entonces, algo malo puede suceder o, cualquier cosa que venga, puede torcerse; de ahí que la persona espere lo peor.

Aumenta el nivel de alerta, dependiente de la conciencia. Sabemos que la alerta es mayor cuando nos sentimos en peligro y, sin embargo, disminuye cuando estamos tranquilos (o protegidos). El peligro hace que estemos más pendientes de lo que ocurre a nuestro alrededor. Esto conduce a:

-no poder dormir (insomnio); para dormir hace falta sentirse seguro (o protegido), cosa que no le sucede al ansioso,

-dificultad de concentración (p. ej. pierde el hilo de la lectura y tiene que volver a leer el párrafo, se encuentra en medio de una conversación y no se entera), lo que ocasiona secundariamente problemas de memoria que le llevan a la desvalorización (“ya no sirvo para nada”),

-irritabilidad: disminuye el umbral de la tolerancia, de manera que puede saltar en cualquier momento por cosas nimias; el resultado consiste en formar dramas: cualquier cosa hiera, creando un infierno del que (temporalmente) no puede escapar,

-explosiones de ira o rabia, que llevan al arrepentimiento,

-desrealización/despersonalización. En el primer caso, el paciente puede ver todo “como si fuera una película” o contemplar a la gente como si se “tratase de marionetas” (sentimiento de irrealidad). La despersonalización conduce a dudar sobre quién es y a tener que tocarse (o mirarse al espejo) para saber si es él/ella.

Este estado psicológico puede llegar a no poder dominarse y conducir a la persona a sentirse al límite. Sin tener que llegar a ese extremo, las manifestaciones detalladas, frecuentemente, ocasionan inseguridad.

Los distintos componentes psicológicos de la ansiedad que se han descrito (preocupación, intranquilidad, nerviosismo, sentimiento de irrealidad, etc.) son el resultado de un aumento de la excitación o tensión nerviosa, que se asocia directamente con el desbordamiento; sobre este último punto volveremos más tarde. Sí es posible añadir que la tensión puede, en principio, ser neutralizada al ser concienciada y expuesta en términos verbales (“no ando bien, todo es para mí una cuesta arriba”, “no doy pié con bola porque cualquier cosa me altera”). Pero, si se sobrepasa la capacidad amortiguadora del aparato psíquico, la tensión nerviosa pasa al cuerpo.

Si esto sucede, se cumple la “ley de la fuente”. Se trata de la comparación de la tensión nerviosa acumulada con una fuente en la que va entrando tanta agua como va saliendo, de manera que se

logra un equilibrio. Pero, si el líquido elemento sigue entrando hay un momento en que la taza se desborda y el agua escapa al exterior. Lo mismo ocurre con la tensión nerviosa: si es demasiada, el aparato psíquico se desborda al ser incapaz de contenerla, y pasa directamente al organismo, en cuyo caso tenemos las manifestaciones somáticas de la ansiedad.

3.1.2. Aspectos somáticos. Cuando la excitación nerviosa pasa al organismo, lo hace a través de dos posibles vías:

A) Acciones del sistema nervioso vegetativo (SNV). Ya sabemos que el SNV se relaciona directamente con el plano visceral y sus inervaciones son amplias, lo que quiere decir que muchos órganos van a responder a la intranquilidad (excesiva) del sujeto; estas posibles manifestaciones pueden ser contradictorias entre sí. Seguidamente se exponen algunas de ellas, que resultan frecuentes en los pacientes:

- dificultad para respirar o respiración rápida,
- calambres gástricos, vómitos o miedo a vomitar,
- diarrea o estreñimiento,
- ganas de orinar, orinar frecuentemente o retención urinaria,
- sudores localizados o generalizados,
- exceso de salivación o sequedad de boca,
- rubor o palidez,
- sensación de frío o de calor,
- anorexia o hiperfagia, etc.

La exageración de este mecanismo (que sigue la “ley de la fuente”) hace que puedan presentarse alteraciones físicas demostrables clínicamente; en tales casos, algunos autores han hablado de “equivalentes ansiosos”. Veamos estos ejemplos que son muy demostrativos:

Una mujer, de 37 años de edad, presenta una inflamación de la piel acompañada de un gran picor (eczema), de una forma recurrente. A pesar de haberse puesto distintas cremas, prescritas por el dermatólogo, el problema no remite. Tras un tiempo en la consulta, se descubre que está casada con un viajante y que las lesiones cutáneas se presentan cada vez que el marido vuelve a casa y la alteración dura el tiempo que está a su lado.

Un varón de 28 años, estudiante de piano, muestra lesiones con las mismas características del caso anterior. Estas se ponen de manifiesto antes del concurso en el que va a participar y desaparecen tan pronto como tiene éxito en dicha convocatoria.

Una paciente joven que convive con su madre, presenta ataques de asma. Cuando se estudia psicológicamente, se descubre que dichos ataques, casualmente, se presentan todos los viernes. Un acercamiento detenido al caso, demuestra que se siente ofendida porque su madre (que está separada de su padre desde hace tiempo) va al cine todos los viernes con un vecino del bloque a quién ella considera un “baboso”. Cuando descubre esto, le ruega a la madre que no lo haga, cosa que esta última lleva a cabo; en consecuencia, el asma desaparece sin dejar rastro.

B) Acciones del sistema nervioso periférico (SNP). Este se encuentra relacionado con los planos sensorial y muscular, de ahí que las manifestaciones clínicas que se presentan, debido a su influjo, sean distintas a las analizadas en el apartado anterior. Son dignas de consideración las siguientes:

-sensoriales: parestesias, hipoestесias, sensación de inestabilidad, vértigos, hormiguillas, etc.

-motoras: temblor, inquietud psicomotora, piernas inquietas, contracturas musculares que se acompañan de dolor localizado en distintas partes (cefalalgias, nucalgias, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, ciática, etc.).

Cuando aparecen los síntomas físicos:

a) Aumenta la inseguridad, dado que la alteración física se experimenta como si algo malo estuviera pasando; a partir de ahí el paciente decide acudir al médico por cualquiera de los síntomas presentes (p. ej. dificultad para respirar, necesidad de tomar aire junto a la impresión de que el pulmón no se llena por completo, etc.). El sujeto puede creer que padece una alteración física, que incluso puede dar lugar a cierta preocupación (“hipocondrización secundaria”).

b) Despreocupación por sí mismo y preocupación por las producciones físicas que se ponen en escena. Ello aumenta la ignorancia sobre los motivos de la ansiedad, que permanecen velados.

Como se dijo en el Prólogo, son estas presentaciones las que confundieron a los autores clásicos, quienes acuñaron numerosos términos referidos a otros tantos diagnósticos, con idea de encuadrar a estos pacientes en alguna categoría. Se trata de una reacción defensiva del médico que, antes que aceptar la incertidumbre que provoca la persona que consulta, prefiere crear un término que no describe nada en absoluto. Evidentemente, todos esos términos han caído en desuso, al tiempo que ha venido reconociéndose la “ansiedad” como categoría diagnóstica. De todas formas, hay que reconocer que tantas denominaciones han conseguido que el término “ansiedad” haya entrado tardíamente en el argot psiquiátrico (1).

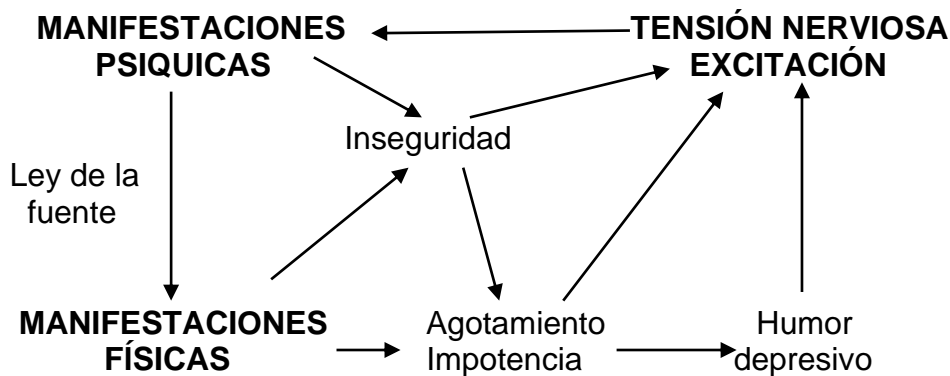
Si la excitación se sigue manteniendo en el tiempo (cosa bastante frecuente), quien la experimenta puede llegar a un estado de fatiga física (todo lo cuesta un gran esfuerzo –leer, comer, vestirse, salir a la calle, lavarse los dientes, etc.-) y, si continúa, puede dar lugar a un humor depresivo (pierde el aliciente por la vida, no quiere ver a nadie, no coge el teléfono, no desea comunicarse, etc.) (2). En este efecto indeseable, se desgajan dos componentes a tener en cuenta:

1º) el agotamiento del sistema nervioso, debido a excedente de tensión (de vigilancia o alerta) mantenida en el tiempo y,

2º) la impotencia que sigue a la imposibilidad de dominar las circunstancias (físicas y psicológicas) que se están viviendo.

Ciertamente, cuando una persona comprueba que puede hacer las cosas y le salen bien y esto se continúa en el tiempo, la sensación es de “poderío” o de “potencia”; en cambio, cuando ve que no puede hacer casi nada e, incluso, forma parte de un proceso que va a más, se experimenta como “impotencia”. Esta, a su vez, puede aumentar la tensión nerviosa creando un bucle.

El siguiente grafo presenta cómo son las interacciones que se aparecen en la persona que sufre ansiedad. Véase la cantidad de retroacciones que pueden darse, ocasionando que el fenómeno ansioso se mantenga en el tiempo, lo cual puede suceder durante años.



3.2. Los intentos de calma (las “conductas de alivio”).

El sujeto que experimenta una tensión nerviosa, que va incrementándose, pone en marcha automáticamente mecanismos para disminuirla o hacerla desaparecer. Estos coinciden con la búsqueda de descargas de distinta índole y consideración o bien, con el intento de conseguir la calma por medio de la química. Así pues, tenemos que estudiar el vasto campo de actuaciones que hemos denominado “conductas de alivio”, con las que se pretende disminuir la excitación y obtener cierta tranquilidad, bloqueando el paso hacia los síntomas físicos o a disminuirlos, caso de que se hayan presentado.

Se incluyen entre las “conductas de alivio” las siguientes:

- 1) Acciones: consumo de hidratos de carbono, cafeína o tabaco.

Una paciente de 53 años, que confiesa estar siempre “alterada” y “tener muchas preocupaciones” especifica que, cada noche, cuando se sienta a ver la tele, se come una bolsa entera de Conguitos en menos de una hora. Lo hace de manera frenética, sin poder dejar de realizarlo; sabe perfectamente que esta acción le calma su estado.

2) Adicciones: juegos, pornografía, ejercicio, apuestas, sustancias, alcohol, teléfono móvil, etc.

3) Ansiolíticos. Ya se habló al principio del abuso de tranquilizantes en nuestro país, que ha llegado a alcanzar cifras alarmantes. Entendido en su contexto, significa que, al menor disgusto o tras la discusión más anodina, se ingiere el “comprimido milagroso”, la “píldora del bienestar”, la “droga que salva” o “la pastillita que nos deja dormir en paz”. Esto hace que haya individuos que no pueden vivir normalmente si no toman la “pastillita salvadora”.

El consumo de ansiolíticos en condiciones de normalidad no está indicado y solo debería reservarse para casos de ansiedad patológica, aquellos en los que las manifestaciones, tanto psíquicas como físicas, revisten cierta envergadura. Estas premisas no siempre se cumplen, ya que muchos médicos de familia (y aún especialistas) sucumben a las presiones de los pacientes; a menudo estos exageran la experiencia que están viviendo con idea de obtener la receta.

En casos de ansiedad no-patológica el consumo de benzodiazepinas (BZ) va a provocar una serie de consecuencias nefastas que conviene conocer:

- a) no se arreglan los problemas asociados al cuadro,
- b) disminuyen el interés, la atención, la perspicacia y la lucidez, lo que influye en el apartado anterior,
- c) se adopta una posición pasiva ante las dificultades,
- d) hacen al organismo indiferente a los estímulos externos; tengamos presente que la activación orgánica colabora notablemente en el afrontamiento de los problemas y

e) provocan abuso y dependencia.

Un paciente de 39 años, que perdió a su mujer de manera rápida y dramática, padecía un cuadro de notable ansiedad junto a insomnio. Le solicitó al médico de familia un medicamento que le hiciera dormir; este accedió, prescribiéndole lormetazepam (2 mg. al acostarse), sin hablar apenas con él y sin pensar en ofrecerle un apoyo psicológico para que pudiera encontrarse mejor. También consumía alcohol (“conducta de alivio”). Tras cuatro largos años tomando Lormetazepam, acude en busca de psicoterapia ya que no se encuentra bien y le es imposible dejar el medicamento que se le prescribió. En este tiempo lo único que ha hecho es renovar la receta, cosa a la que no se le ha puesto ningún impedimento. Al recibir al paciente se descubre que en este tiempo su evolución ha sido nula y su vida se encuentra completamente estancada.

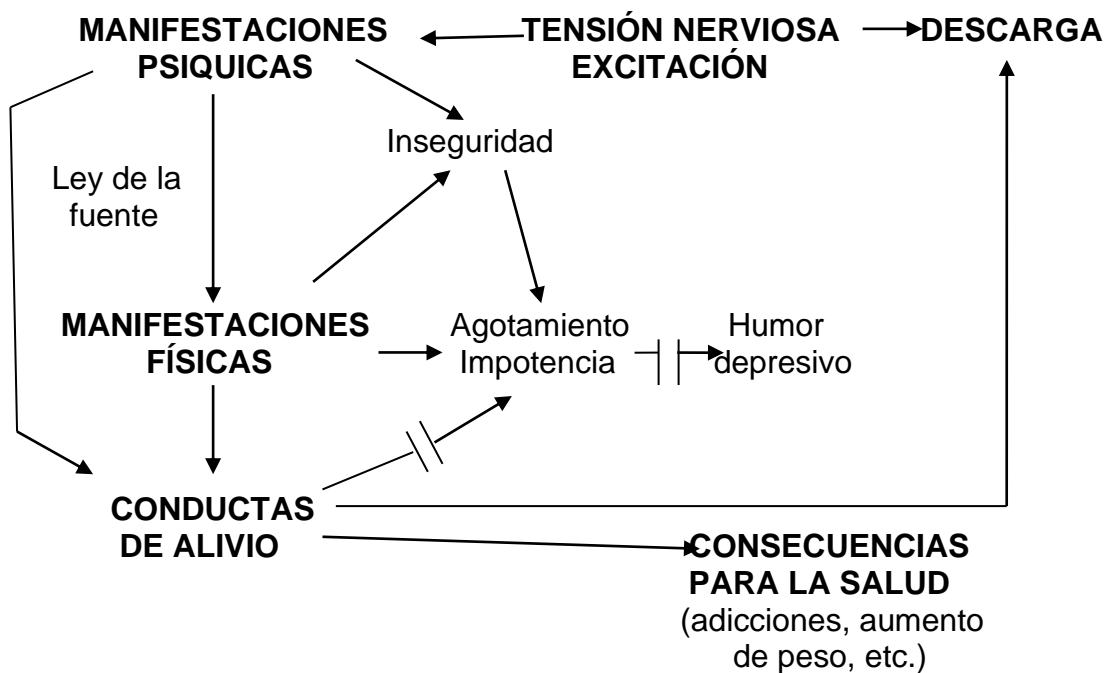
De estas afirmaciones se sigue, que el médico tiene que sentar muy bien la indicación de estos fármacos. Solo así podremos sacudirnos la lacra de estar a la cabeza del consumo de BZ a nivel mundial.

Como antes se insinuó, las “conductas de alivio” actúan descargando las tensiones nerviosas una vez provocadas (acción retroactiva), pero también pueden ponerse en marcha antes de que las tensiones se produzcan (acción proactiva) previniendo que aparezcan. Esto último tiene lugar cuando el sujeto vive las circunstancias demasiado dolorosamente, en cuyo caso usa un medio para que no se produzcan las correspondientes tensiones (p. ej. cuando empieza el día se toma una pastilla, fuma un porro antes de acudir a una reunión familiar, etc.).

Ahora surge una pregunta: ¿son todas las “conductas de alivio” dañinas o nocivas? La respuesta es afirmativa, dado que otras actuaciones (p. ej. dedicarse a la lectura, escuchar música, asistir a una conferencia, visitar un museo, etc.) pertenecen a otro grupo de comportamientos que no intentan eliminar directamente las tensiones, sino a derivarlas a campos mucho más elevados. El psicoanálisis ha denominado esta forma de proceder “sublimación”, tratándose de algo

que, lamentablemente, no todo el mundo puede llevar a cabo (p. ej. hay mucha gente que no lee, existen personas que jamás han asistido a una conferencia, para muchos la ópera o el teatro son desconocidos, algunos solo pisaron un museo cuando estaban en el colegio y fueron obligados, etc.). La “sublimación” se ha convertido en algo extraño, incluso para gente que estudian una carrera (hay alumnos que, para aprobar, solo se estudian los apuntes de clase y ¡mucho es!). Un autor dijo una vez que en el pasado la cultura estaba en manos de los nobles o los clérigos y que todo el mundo anhelaba tener acceso a ella y que llegaría un momento en que la cultura estaría en manos de todos y nadie la tomaría. Parece profética su frase y da bastante que pensar.

Así pues, cuando aparecen las “conductas de alivio” resulta peor el remedio que la enfermedad, entonces cabe preguntar: ¿es mejor hacerse adicto al cannabis que tener ansiedad? ¿es más favorable para una persona engancharse al porno que tener intranquilidad? Intentaremos responder a estas preguntas en el siguiente apartado. De momento, presentamos un grafo que completa al anterior, pues presenta el lugar que ocupan las “conductas de alivio” en relación con las tensiones nerviosas.



Capítulo 4º. La ansiedad patológica.

La idea de la “ansiedad patológica” se encuentra unida a Freud. En 1894 este insigne médico vienés acuñó el término de “neurosis de ansiedad” y con este golpe de genio separó del resto de los pacientes algunos de ellos cuya clínica se caracterizaba por tener demasiada excitabilidad y una visión funesta del futuro que se le presentaba por delante (3). De este modo, se establece por fin un diagnóstico que ha perdurado prácticamente hasta nuestros días (4).

En los años 60 del siglo pasado, un psiquiatra norteamericano llamado Donald Klein, diferenció dentro de la freudiana “neurosis de ansiedad” dos cuadros independientes (5):

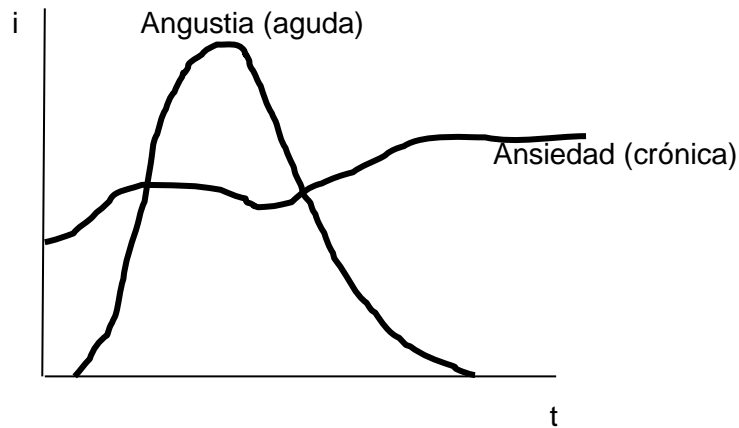
1. La “crisis de angustia”, que fue denominada por los americanos “ataque de pánico” (o *panic attack*), desoyendo lo que en Europa se había definido como “pánico” (ver apartado 2.3). Se trata de la forma de presentación aguda, donde el paciente siente una serie de efectos intensos (opresión precordial, falta de aire, malestar epigástrico, sudoración profusa, etc.) y una fuerte impresión de muerte inminente, que es la consecuencia lógica de encontrarse tan grave y no hallar un motivo que justifique ese estado de alteración física. De ahí que tenga que salir corriendo hacia el hospital en espera de un diagnóstico certero y de posible ayuda.

2. La “ansiedad generalizada” es la versión crónica del trastorno que presenta su propio cortejo sintomático, tal como antes se vio y que, normalmente, no llega a tener la intensidad de la crisis de angustia, pudiendo persistir el cuadro durante años.

La gráfica que aparece en la página siguiente expresa con claridad la evolución temporal de la angustia y la ansiedad (i: intensidad de la experiencia, t: tiempo). Véase que la intensidad de la ansiedad no alcanza la que presenta la angustia, aunque a veces el sujeto puede encontrarse “al límite”.

Sobre esta base, se define el “trastorno de ansiedad generalizada” (TAG), que empieza a aparecer en las Clasificaciones Internacionales de Trastornos Mentales desde el año 1980 (6) y que requiere para el diagnóstico, aparte del cortejo sintomático descrito, su

persistencia temporal de al menos 6 meses. La ansiedad patológica tiene las siguientes características, que se añade a las generales que ya expusimos (ver apartado 3.1):



a) In-controlable. El fenómeno escapa al dominio del sujeto, de manera que va a requerir un tratamiento específico para mitigar el cortejo sintomático.

b) In-sistente. Se puede hablar de su persistencia. Ya vimos el carácter crónico que muestra diferenciándose claramente de la angustia.

c) In-capacitante. Reviste un carácter de cierta gravedad, tanto como para interferir en la vida diaria de la persona.

ANSIEDAD EN GENERAL

Indefinible
Incomprensible
Indeseable

ANSIEDAD PATOLÓGICA

Incontrolable
Insistente
Incapacitante.

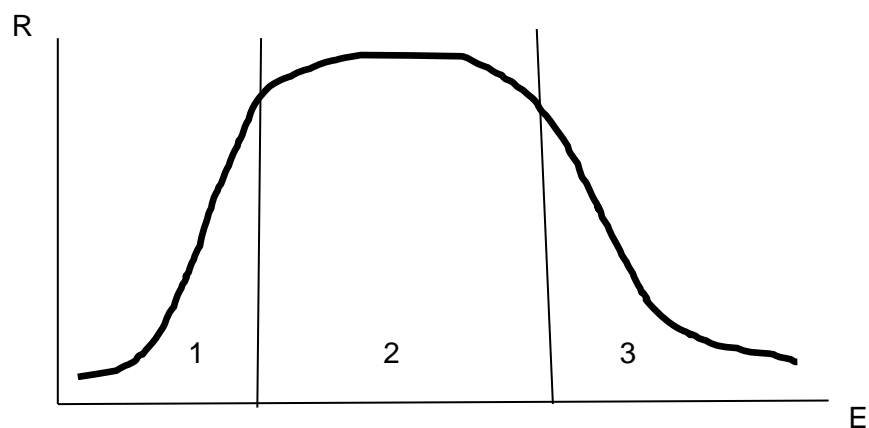
La ansiedad patológica se considera desde el punto de vista psicopatológico una “distimia”, esto es, una alteración del humor básico; ya sabemos que existen distintas clases de distimia: alegre, desconfiada, triste, etc. Este término también se confunde en la psiquiatría (y en la psicopatología) contemporánea, ya que los americanos han empezado a utilizarlo para denominar ciertas depresiones crónicas que antes se conocían como “depresiones neuróticas”.

La diferencia con la ansiedad “normal” es que esta es adaptativa, mostrando una clara utilidad defensiva pues permite afrontar cualquier circunstancia y responder de modo efectivo; tal es el caso de tareas que requieren cierta eficiencia porque es mucho lo que se pone en juego (p. ej. un examen de oposición, para un cirujano realizar una intervención quirúrgica que se presenta delicada, participar en un congreso como ponente, etc.).

La relación entre la eficiencia de una tarea y la ansiedad fue esclarecida por dos investigadores, llamados Robert Mearns Yerkes y John Dillingham Dodson, quienes enunciaron una ley que lleva sus nombres respectivos (“ley de Yerkes-Dodson”) y que tiene para nosotros una gran utilidad para establecer las diferencias entre ansiedad “normal” y “patológica”.

Lo que hicieron fue lo siguiente: tomaron una serie de ratas y las metieron en un laberinto, teniendo que buscar la salida. A continuación, las sometidas a descargas eléctricas y vieron como resolvían el problema. Observaron que, cuando se las estimulaba con pequeñas descargas, encontraban antes la salida; en cambio, cuando si eran excesivas lo único que hacían era correr para escapar no encontrando la salida.

A partir del experimento presentaron una gráfica que ha adoptado el nombre de “curva en U-invertida” y es la que mostramos a continuación:



En el eje vertical aparece el rendimiento (R), mientras que en el horizontal se encuentra el nivel de excitación o tensión nerviosa (E). Si se relacionan ambos parámetros encontramos en la curva tres partes:

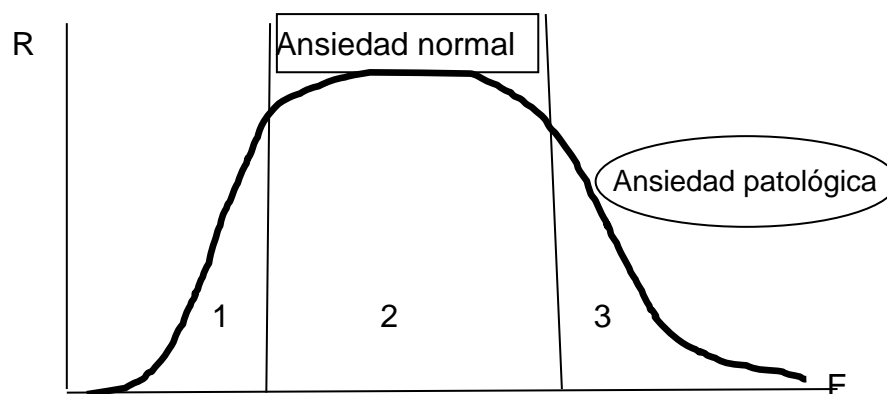
-En la primera (nº 1) el rendimiento es bajo y la activación poca, lo que sucede cuando existen problemas de motivación, monotonía o aburrimiento (p. ej. si tengo que leerme el capítulo de un libro que no me interesa nada mi activación es poca, entonces tengo que recurrir a la fuerza de voluntad y, no pocas veces, a tomar algo que me estimule –Coca-cola, café, etc.).

-En la segunda (nº 2) el nivel de activación ha aumentado y, en consecuencia, se produce un rendimiento excelente; se trata de la “zona de confort” y se corresponde con la ansiedad normal, necesaria para que la cosa marche.

-En la tercera (nº 3) el nivel de tensión es elevado pero, por no ha ocurrido lo que cabía esperar: que siguiera aumentando el rendimiento. Por el contrario, se registra una caída de aquel llevando al bloqueo o a la indiferencia; estamos ante la ansiedad patológica y el resultado es la ineficiencia. Hay una razón de peso para que así sea: el rendimiento no puede ser infinito, tiene un límite; de esta manera, la curva se convierte en asintótica, ya que establece un nivel que no puede rebasarse y, por mucho que aumente la estimulación, ya no hay forma humana de que el rendimiento siga creciendo.

Una paciente de 24 años, acaba de terminar el Grado en Filología Inglesa y busca trabajo; para ello acude a una entrevista en una empresa de transportes en la que han solicitado alguien que hable inglés correctamente. Es la primera vez que hace algo semejante en su vida y “no sabe cómo tiene que actuar”. Al entrar en la sala para realizar la prueba se encuentra muy nerviosa y está sudando bastante aunque la temperatura del local no es demasiado alta. Se siente bastante preocupada porque se le note su inquietud en el habla o en los gestos e, incluso, pueden verle el cerco de sudor que tiene alrededor de la axila. Cuando le preguntan sobre su trayectoria académica y sobre sus motivaciones para formar parte de la plantilla de la empresa, experimenta un estado particular que es

“como si no supiera nada” o “como si la mente se me hubiera quedado en blanco y no sabía nada”. Véase que ha fracasado en el uso correcto de sus funciones psicológicas: no entiende bien lo que le preguntan (problema de atención), no rememora correctamente (problema de memoria), no es capaz de hilar unas ideas con otras (problema de pensamiento), en un momento dado se le nubla la vista y siente que la voz del entrevistador principal está alejándose, como si lo escuchara a lo lejos o hubiera bajado el tono de voz (problema de percepción), etc. La paciente fracasó en la entrevista y tuvo que aprender a dominar su nerviosismo para las siguientes, cosa que adquirió a lo largo de las sesiones de psicoterapia que realizó.



La “ley de Yerkes-Dodson” dice que: “el rendimiento mejora con la excitación, pero solo hasta cierto punto, ya que la sobreactivación hace descender la productividad y la motivación”. Esta ley ha tenido un grandísimo predicamento en la gestión de la ansiedad, sobre todo a nivel laboral y académico. De este modo, un buen jefe debe conocer bien el nivel de presión que puede ejercer sobre sus empleados, ya que la carga excesiva de trabajo puede conducir a que estos no den lo mejor de sí (zona nº 3 de la curva). En cambio, si los trabajos son simples o rutinarios, pueden no ser lo suficientemente estimulantes (zona nº 1 de la curva). Se deben, pues, tomar medidas para: a) que el trabajo sea lo suficientemente estimulante y b) cuidar de no sobrepasar un nivel de tensión aceptable, controlando la presión sobre el trabajador.

En Sevilla existía una cadena de producción, en la que un grupo de mujeres contratadas iban pasando ciertas prendas de vestir y cada una de ellas realizaba una acción específica (p. ej. con los pantalones, una ponía la cremallera, la otra cosía el dobladillo, una tercera colocaba el botón, etc.). La cadena no se podía detener porque, si alguna se paraba, a la anterior se le acumulaban las prendas. El caso es que las empleadas, sometidas a esa gran presión, finalmente sucumbían y tenían que solicitar bajas laborales. Estas no se hubieran producido de haberse establecido otra forma de trabajar no tan presiva, para que las mujeres no se fueran a la parte tercera de la curva de Yerkes-Dodson.

Lo mismo puede decirse sobre la carga que se produce en el medio académico; si la presión de los profesores sobre los estudiantes es excesiva, se afectan sus capacidades no produciéndose el necesario rendimiento para acabar satisfactoriamente el cuatrimestre. Con lo dicho, se puede añadir un nuevo dato a la ansiedad patológica: la ineficiencia.

ANSIEDAD EN GENERAL

Indefinible
Incomprensible
Indeseable

ANSIEDAD PATOLÓGICA

Incontrolable
Insistente
Incapacitante.
INEFICIENTE

Un añadido más: las benzodiazepinas colocan al sujeto en la primera parte de la “curva en U-invertida”, pues mina la motivación y la dirección espontánea hacia la tarea (ver apartado 3.2).

Capítulo 5º. Comprensión del fenómeno ansioso.

Hasta ahora se ha intentado describir la ansiedad tal como se presenta en la clínica, pero no podemos quedarnos ahí (en la descripción). Tenemos que ir más allá y eso implica necesariamente intentar comprender, sobre todo:

- a) por qué aparece y
- b) qué hace que se pueda pasar de la normalidad a la patología.

Existen numerosas teorías que pretenden explicar la ansiedad (bioquímicas, genéticas, conductuales, cognitivas, interpersonales, familiares, sociales, psicoanalíticas, etc.). El intento que acometemos en este capítulo no pasa por ser excesivamente teóricos, ni tampoco por ir repasando cada una de estas teorías; de hecho, quien quiera seguir cualquiera de estas direcciones puede acudir a los textos e ilustrarse. Muchos de ellos lo que hacen es, precisamente, detallar puntos de vista irreconciliables entre sí, mostrando un amplio abanico de posibilidades para que el lector se informe de cuanto hay investigado.

Por el contrario, aquí se va a presentar una manera de acercarse a la ansiedad que tiene que ver con la experiencia clínica y no con ninguna investigación de laboratorio, ni con ningún resultado experimental basado en estudios con animales. La experiencia clínica se conecta directamente con personas, con individuos que acuden a consultar y que pretenden manejar adecuadamente los estados (internos) de tensión a los que se ven abocados, pues interfieren constantemente en su vida diaria. Son las manifestaciones verbales de los pacientes y los resultados positivos de la acción terapéutica los que aportan un saber acerca de los diferentes componentes de la ansiedad y son estos los que se presentan a continuación. Ya se dijo al principio que la vivencia ansiosa tiene un carácter “molar”, lo que significa que es un bloque pétreo que hay que descomponer en elementos para poder estudiarlos por separado (análisis) y luego ensamblarlos de diferentes maneras (síntesis). Cuando así actuamos, una serie de cuestiones se colocan en un primer plano:

5.1. El desconocimiento.

No hay que ser demasiado perspicaz para darse cuenta de que el ansioso sabe que está mal, pero no por qué se encuentra así. El motivo de la ansiedad permanece completamente velado y eso hace que no entienda exactamente qué le ocurre (malestar in-definible) ni por qué (malestar in-comprensible).

Esta forma de presentación se conecta con algo que el sujeto observa: nada ha cambiado aparentemente en su entorno, parece que todo sigue igual (no le han diagnosticado una enfermedad a su padre, no lo han echado del trabajo, tiene dinero para seguir pagando la hipoteca, no tiene un vecino que le fastidia con la música alta a todas horas, etc.). Le preocupa más su estado (mental y/o físico) que los asuntos que tiene entre manos o su propia forma de ser.

5.2. Conexión con las circunstancias externas.

Hay que llegar a la conclusión de que la ansiedad forma parte de la condición humana, tratándose de una forma de sufrimiento, como puede ser la culpa, la nostalgia, la pena o el remordimiento, entre muchos otros. Dado que nadie puede escapar de ella, puede entenderse como la experiencia normal que acompaña a los acontecimientos de la vida diaria; es el pago que hacemos por estar vivos, ya que las cosas que suceden a nuestro alrededor nos alcanzan.

Al mismo tiempo, la ansiedad forma parte de la afectividad, que se constituye en el fiel reflejo del mundo exterior y oscila a tenor de las circunstancias. De ahí que la afectividad raras veces sea serena, porque en el mundo se van sucediendo acontecimientos que nos llegan. La vida no es una piscina tranquila en la que nos bañamos plácidamente, sino que es un mar con oleaje, a veces suave y otras fuerte.

Si pensamos un poco más allá, cuanto estamos diciendo altera o va en contra de la premisa de la “felicidad”, en la que se sostiene la actual vida en comunidad: la promesa de que si compramos o poseemos esto o aquello –un coche, un chalet en la playa, una pequeña embarcación, etc.- seremos felices. La felicidad como estado

absoluto no existe, en tanto en cuanto, lo que sucede a nuestro alrededor no puede ser maravilloso o conforme a los deseos (conscientes) que formulamos; antes al contrario, numerosas situaciones por las que atravesamos resultan adversas. De ahí que lo propio del ser humano sea inquietarse y preocuparse y, quién no se preocupe ante un problema, es que está muerto. Vivir sin preocupaciones se constituye en un intento fallido y, cuando así ocurre, es que el/la implicado/a está evadiéndose de la realidad; decimos que está utilizando demasiadas “conductas de alivio” o que estas se salen de lo corriente. Dicho de otra manera: quién no soporta la realidad que vive tiende a distanciarse de ella de la forma que buenamente puede (p. ej. con pastillas, drogas, máquinas tragaperras, bingo, compras, sustancias, etc.); aquí las “conductas de alivio” se transforman directamente en “conductas de riesgo” (7,8), con todas las consecuencias que ello puede traer.

Al mismo tiempo, es un hecho claro que las privaciones, problemas y dificultades que padecemos, nos impulsan a superarlos, a desarrollar el ingenio e iniciativas; por el contrario, la evasión nos vuelve negligentes y mediocres. La felicidad solo sería posible si quitásemos de la ecuación la inquietud (asociada a la vida), pero como eso es imposible, el sentimiento subjetivo de felicidad oscila a tenor de lo que vivimos y de cómo reaccionamos ante lo vivido. La fórmula siguiente es insostenible (F: felicidad, S: situación, I: inquietud):

$$F = S - I$$

Indica que yo sería feliz solo si quitase la inquietud de mi existencia, cosa que no puede ser, ya que lo que ocurre me llega y me afecta. Si operamos con esos mismos términos (F, S, I), tendríamos:

$$F + I = S$$

Pero, felicidad más inquietud es la “infelicidad” (In):

$$F + I = In$$

De donde se deduce que:

$$S = In$$

Significa que, cuando se producen circunstancias adversas (S) solo podemos sentir la infelicidad (In) que deviene de la “alertización” que camina pareja a la ansiedad y que pretende, única y exclusivamente, resolver la situación problemática.

Hemos dicho que los hechos de la vida mandan y, a veces, tocan en suerte algunos que tienen un tinte dramático. Pero, también es posible que los acontecimientos en los que el sujeto se encuentra inmerso no sean tan importantes como él cree y, sin embargo, le producen un padecimiento excesivo; pueden referirse al rendimiento laboral o escolar, la economía, las relaciones sociales, la salud o la seguridad de los seres queridos (9).

De acuerdo con nuestra experiencia clínica, esta exagerada respuesta a los acontecimientos vitales se conecta con un factor de vulnerabilidad importante: la sobreprotección. En los casos estudiados, hallamos padres que hacen lo que sea por el hijo con tal de que no sufra; son “ahorradores de sufrimiento” y acaban consiguiendo del chico/a justo lo contrario de lo que pretendían. A la larga, esta actitud es mucho peor, ya que el hijo/a no podrá o no sabrá afrontar las situaciones que están por venir y, ante la más mínima dificultad, la reacción ansiosa que se produce es excesiva. Por lo tanto, estamos ante una educación que no enseña como es la vida y que no deja libertad al hijo/a para afrontar lo que le venga y poder equivocarse (ello no quiere decir que, si existe un problema real, no actúen).

5.3. El sujeto cuenta: un juego de lógica.

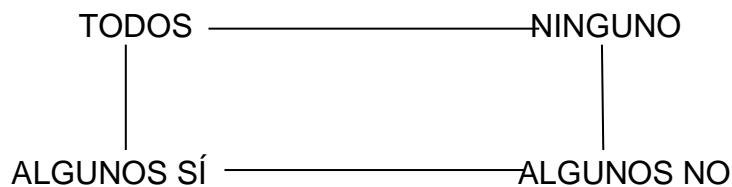
Además de lo dicho antes, el individuo ansioso también cuenta en la ecuación pues:

-en primer lugar, llega a una sobrecarga que no puede asimilar, funcionando como un auténtico “acumulador afectivo” y,

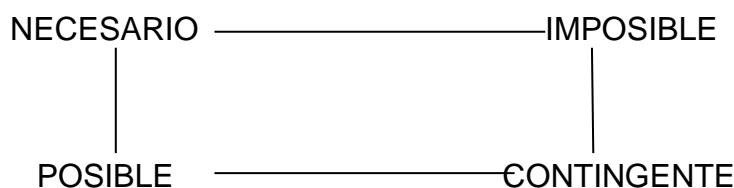
-en segundo, no es inocente del todo en el proceso pues se mete en una dinámica (mortífera) de la que no puede escapar; se trata de un hecho frecuente como soporte de la clínica ansiosa que conviene desarrollar con atención.

Este apartado nos conduce directamente al núcleo del problema, que es el siguiente: existen circunstancias en la vida que son adversas y que pueden venir juntas o que el sujeto las vive con más intensidad de la cuenta, pero ¿es eso lo común? A veces sucede eso, no se puede negar pero, en numerosas ocasiones, es el propio sujeto el que se mete (consciente o inconscientemente) en más ocupaciones de las que puede atender o asimilar. Para abordar este asunto, nada mejor que presentar un “juego de lógica”, en el que interviene la llamada “lógica modal”, que va a permitir explicar bastante bien el fenómeno de la sobrecarga (10).

Sabemos que el padre de la lógica fue Aristóteles y que, en el s. IV aC, creó una disciplina que ha tenido muy pocos retoques hasta mediados del siglo pasado. Todos recordamos del bachillerato el “Cuadrado de Aristóteles” (también llamado “Cuadrado de Oposiciones” o “Cuadrado de Apuleyo”), que contenía cuatro lugares (“todos”, “ninguno”, “algunos sí” y “algunos no”) y que daba lugar a otros tantos enunciados (p. ej. “todos los hombres son buenos”, “ningún hombre es bueno”, “algunos hombres no son buenos”, etc.).



A partir de la “lógica aristotélica” (llamada también “clásica”) diversos autores han desarrollado la “lógica modal” (11-14), que supone una extensión de aquella. Ahora las categorías son forzosamente otras, como se ve en el siguiente “Cuadrado de Oposiciones” (15, 16):



Repasemos cada una de estas categorías modales:

-“Necesario”: es lo que forzosamente tiene que suceder (p. ej. si suelto un bolígrafo siempre cae al suelo, no hay excepciones).

-“Imposible”: lo que jamás puede ocurrir (p. ej. no es el caso de que el bolígrafo lanzado al aire suba hacia arriba y se quede pegado al techo).

-“Posible”: puede suceder, pero no de manera forzosa (p. ej. si se le muere el marido a una mujer es posible que se deprima pero no tiene por qué; incluso, puede encontrarse feliz y luego sentirse culpable de sentirse así).

-“Contingente”: aquello que no es “necesario” ni “imposible”, tanto puede suceder como no (p. ej. si estoy en una fiesta mi amigo Paco puede venir, un hecho que puede ocurrir o no, dado que tiene muchísimo trabajo).

Como hemos demostrado en otro lugar (10), la ansiedad da lugar a ciertos desplazamientos dentro del cuadrado propuesto, cuyo conjunto hemos denominado “circuito modal de la ansiedad”. Para ilustrarlo, y que no quede como algo excesivamente teórico, presentamos el caso de un paciente ansioso que estamos tratando:

Varón de 26 años, presenta nerviosismo constante, intranquilidad, insomnio, sensación de ahogo, le da muchas, cefaleas y le da muchas vueltas a la cabeza. Trabaja en un bufete desde que finalizó sus estudios de Derecho. Siente que allí está aprendiendo el ejercicio de su profesión, pero tiene que dedicarle bastantes horas al día (“de sol a luna”), no pudiendo dejar ninguna de las tareas que le encomiendan. El sueldo que le dan lo considera mísero (500 euros/mes) y no se encuentra en proporción al esfuerzo que realiza: hace escritos, atiende clientes, se tiene que presentar en el juzgado, contesta correos, atiende el teléfono, etc.; considera que en el bufete hace “de todo”, incluídas actividades que no le corresponden, pero su jefe así se lo ha indicado. Además de lo anterior, se haya inscrito en un curso sobre normativa fiscal, al que asiste diariamente tras salir del bufete (de 20 a 21,30 h.) y los fines de semana los ocupa con un máster, en el que le mandan lecturas y trabajos y que considera imprescindible para su formación. Por si fuera

poco, ha empezado a salir con una chica que le gusta bastante pero, según dice, es muy demandante: quiere verlo todos los días, porque si no es así “deja la relación”. En los últimos meses se ha producido un recrudecimiento importante de los síntomas antes expuestos.

Siguiendo las categorías modales, el ansioso hace el siguiente recorrido:

1º) Comienzo en lo “posible”. Tiene voluntad de hacer y se va metiendo en distintas tareas porque puede, sin presentar ningún tipo de alteración.

2º) Continuación hacia lo “necesario”. Se debe a la autoimposición de manera que, lo que antes era voluntario, ahora se convierte en una obligación. Ya no se opera en el registro de la voluntad, desapareciendo del acto toda espontaneidad.

Se acompaña de cierta pérdida de libertad interna, que en condiciones normales le llevaría a decidir sin demasiadas presiones; de ahí que el sujeto muestre una constante necesidad de actuar, sintiéndose mal si no hace como piensa que debe hacerlo.

En este “lugar” puede aguantar lo indecible, mostrando una incapacidad para parar y no reconociendo el cansancio; de hecho, no lo nota y, por si fuera poco, cree que descansar es una lamentable pérdida de tiempo “con todo lo que hay que hacer”. Aquellas tareas que pueden ser placenteras o entretenidas, se convierten en una carga. Es el momento en que hacen eclosión las manifestaciones sintomáticas; no obstante, es posible que el paciente aprenda a convivir con la tensión nerviosa, como antes se dijo.

3º) Llegada a lo “imposible”. Aquí es donde se produce la sobrecarga y la claudicación, sencillamente no pueden más. Para arribar a este tercer momento, la persona ha seguido sin parar es decir, que no ha puesto límites. De hecho, estos ansiosos no conocen sus propias limitaciones y creen que pueden con todo (omnipotencia). Este último momento es ya irreversible y se ha entrado en la “ansiedad patológica”; de hecho los pacientes que estudiamos, diagnosticados de TAG, se encontraban en este punto.

La sobrecarga se explica del siguiente modo: se han metido en realizar tantas faenas que tienen una gran dificultad para procesarlas psicológicamente, pues no han tenido tiempo suficiente para representarlas (mentalmente) y darles un sentido; recordemos que no paran y “parar” no significa “perder el tiempo”, como ellos creen, sino poner un orden en el caos. Entonces, el pensamiento es incapaz de neutralizar la tensión y la consecuencia es que se pierde el dominio sobre las acciones (se realizan automáticamente) y los pensamientos (los cuales resultan ineficaces para elaborar las tensiones).

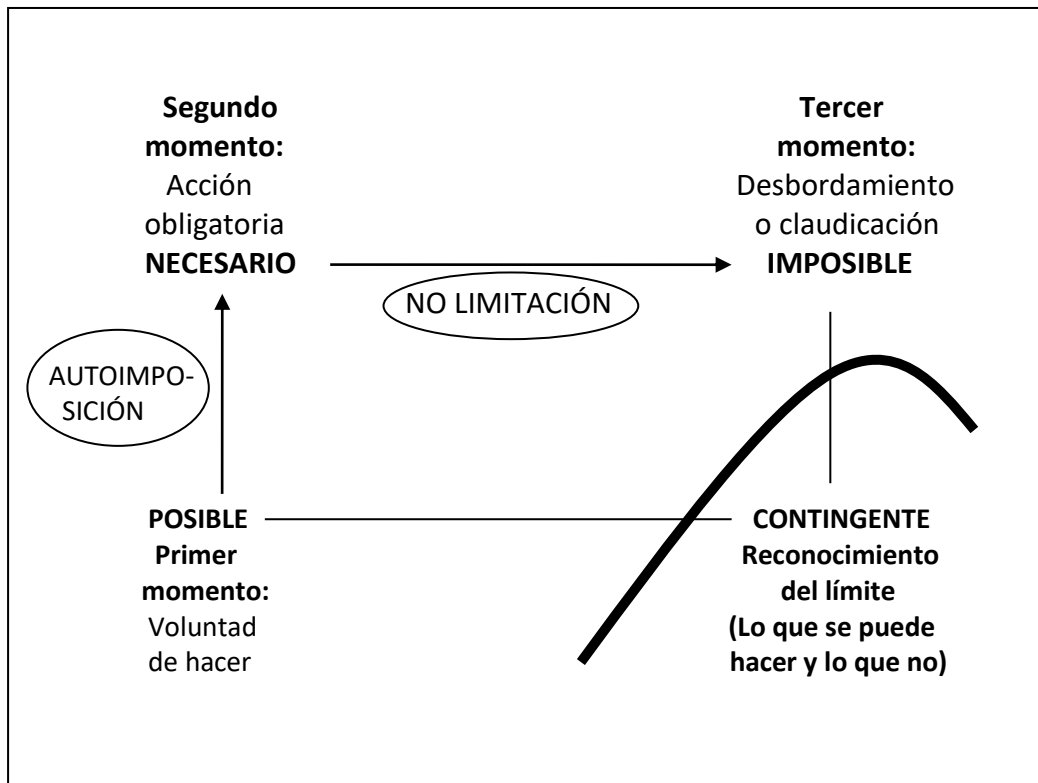
A estas personas, además, les resulta insoportable el enfrentamiento al “no-poder-más” y tener que reconocer que no son tan poderosos como creen; cualquier aproximación ideativa en este sentido, les resulta impensable. No reconocer las sensaciones de agotamiento implica que no pueden cansarse y, si ello ocurriera, es que “carecen de valor” o son “inútiles”.

El trasvase por las categorías modales nos da la oportunidad de comprobar la continuidad existente entre la ansiedad “normal” y la “patológica”, pues ambas se hallan en línea.

4º) No existe lo “contingente”. Resta decir que el ansioso no puede encontrarse en esta última categoría, está formalmente excluida de su pensamiento y actuaciones. Trátase de la categoría modal que expresa la libertad de hacer.

En las categorías de “necesario” e “imposible” el ansioso es incapaz por sí mismo de retornar al lugar inicial en el que no existe exigencia alguna (“posible”). La posición de “contingente” indica “lo que no es necesario ni imposible”, es decir, un lugar en el que existe la libertad de hacer, porque no se encuentran presentes esos dos extremos, pudiendo reconocerse lo que se puede realizar y lo que no, estableciéndose el límite.

El siguiente esquema representa de una forma clara todo el tránsito que el paciente realiza hasta el final:



Así las cosas, la “lógica modal” ha sido tremendamente útil porque demuestra lo que antes se habló de la presión, a nivel personal o individual. A continuación vamos a intentar resolver el problema de si esta presión viene de “fuera” o de “dentro”.

5.4. Como adaptarse a la vida en las sociedades complejas.

Los animales saben lo que tienen que hacer (p. ej. cómo obtener el alimento, qué hacer si otro individuo de su misma especie intenta quitárselo, como aparearse, etc.). Sin embargo, el ser humano tiene que aprender a vivir en la sociedad en la que ha nacido y tiene que desarrollarse.

Antes de ver cómo puede hacerlo, tenemos que describir cómo es una sociedad compleja. El medio (social) en el que vivimos se basa en procesos de producción y especialización, de manera que cada persona (para producir) tiene que dedicarse a un área concreta en la que ha tenido que formarse. El objetivo final consiste en obtener ganancias y desarrollar un mercado consumidor masivo: hay que comprar objetos y servicios, aunque aquello que tenemos siga

funcionando; siempre hay prestaciones que el nuevo objeto aporta y no el que ya tenemos (p. ej. un coche, un teléfono móvil, etc.). De esta manera, se constituye como una sociedad altamente competitiva en la que hay que ganar dinero con el trabajo, para consumir cada día más y más. Las premisas fundamentales en las que se sostiene son las siguientes:

- 1ª) no se puede fallar,
- 2ª) no se puede parar,
- 3ª) hay que ser el mejor,
- 4ª) hay que tener una apariencia física inmejorable y
- 5ª) la afectividad no cuenta.

Esto último viene a indicar que, si la persona se encuentra mal (anímica o psicológicamente), tiene que seguir sin parar en ningún momento. Dicho de otra forma: los demás, no siendo demasiado conscientes de cómo se encuentra, le piden lo imposible, como le ocurrió a la siguiente paciente:

Se trata de una mujer de 35 años, que ha sufrido la muerte de su marido recientemente (hace pocos meses), a quién se encontraba bastante unida. Cuenta con una serie de amigas que dicen “preocuparse por ella”. El caso es que la presionan para que salga e, incluso, han ido a su casa y le han puesto un traje de flamenca de una de ellas, que tiene su misma talla, para que vaya a la feria y se divierta. Estas mujeres son incapaces de comprender su estado y que necesita estar sola para elaborar el duelo que la aqueja y, para conseguirlo, tiene que llorar. Las sesiones con ella han creado un espacio donde puede expresarse y llorar, si así lo desea; este lugar no se lo han dado ni sus amigas ni su familia y lo necesita para poder salir del momento complicado por el que transita.

Entendiendo esto, se puede pensar que la sociedad en la que vivimos tiene algo de horroroso. Menos mal que no todo lo que aporta es negativo, pues ofrece otras cosas valiosas que permiten realizarnos a través de ellas (teatro, ópera, música, arquitectura,

museos, literatura, escultura, poesía, visitas culturales, cine, pintura, gastronomía, tenis, arte, etc.). Desafortunadamente, hay muchas personas que no sienten el más mínimo interés por estas actividades (sublimatorias), las cuales siguen el inexorable camino desde las “conductas de alivio” hasta las de “riesgo” y de ahí a la patología (7,8)..

Así pues, la ansiedad cabe entenderla como una sobresaturación o acumulo de manera que, cuando acaba imponiéndose, ya no se puede escapar de ella (ansiedad patológica). En esta línea, no se enseña a nadie a vivir dentro de una sociedad compleja (p. ej. a tomar decisiones, adaptarse a las situaciones nuevas, afrontar circunstancias adversas, etc.). Pero, sobre todo, no se sabe muy bien qué hacer con los preceptos sociales, integrados en nuestro medio cultural y ahí es donde está el meollo de la cuestión.

A todo lo expuesto, vamos a darle un conveniente remate final en el siguiente apartado; se trata de responder de modo definitivo a la pregunta que encabeza este apartado: ¿cómo vivir en una sociedad exigente con sus miembros sin morir en el intento?

Capítulo 6º. Aproximación (psico)terapéutica.

En el pasado se hicieron curas psicológicas con pacientes ansiosos obteniendo buenos resultados pero, quiénes las llevaron a cabo, no supieron explicar cómo las habían hecho; según parece intentaban disminuir la carga patógena de el/la afectado/a. Esto se debía, al menos a tres razones:

1ª) no se conocía bien el fenómeno ansioso y se confundía con problemas físicos (endocrinos, cardíacos, neurológicos, etc.),

b) la ansiedad no estaba identificada como categoría independiente dentro de las clasificaciones de trastornos mentales y

c) las herramientas con las que se contaba para llevar a cabo un cambio psicológico efectivo estaban muy poco desarrolladas; asimismo, los procesos comunicacionales médico-paciente asociados a las sesiones psicoterapéuticas tampoco se conocían demasiado bien (17).

En la actualidad, contamos con distintas formas de intervención pero, sobre todo, se han desarrollado técnicas comunicacionales y terapéuticas que abordan el problema con conocimiento de causa (18). El saber acerca de los mecanismos subjetivos implicados se convierte en un elemento sustancial, porque aporta una especie de “mapa” con el que guiarnos y descubrir en qué “lugar” concreto donde intervenir.

Siguiendo esta línea, tenemos que retener una serie de pautas en el tratamiento de la persona ansiosa:

6.1. Abstenerse de emplear expresiones fáciles.

Muchas veces, como no se sabe qué decir a estas personas, se recurre a expresiones fáciles que no ayudan en nada y que alteran aún más al paciente; tal es el caso de: “eso no es nada”, “hay que animarse”, “no es para tanto”, “no debería dejarse llevar”, “tómesele de otra forma, hombre”, “el año que viene esto será solo un recuerdo”, etc.

Tales expresiones cumplen la función de tranquilizar a quién las emite, esto es, al propio médico, mientras intranquilizan más a quién le consulta. Este último, cuando las escucha, piensa que su doctor no se ha enterado de nada, que intenta tomarle el pelo o tan solo quiere salir del paso. Por consiguiente, es mejor que el médico adopte una actitud comprensiva, que le convierta en un testigo privilegiado que escucha atentamente sin sorprenderse ni escandalizarse.

La cura del ansioso depende, pues, del propio médico; no tanto de lo que sabe, como de la actitud que adopta. En este sentido, la práctica nos enseña a dominarnos frente los pacientes; no significa que, si un médico es orgulloso o vanidoso deja de serlo, sino que por lo menos, no se deja llevar por su manera de ser, por su naturaleza o por los prejuicios que tiene al abordar al enfermo.

6.2. Ayudar a que se concencie de su estado.

Se trata de que el sujeto hable de cómo se encuentra (transformar el estado “in-definible” en “definible”) y después, que conecte la ansiedad con su forma de vivir (pasando de ser “in-comprensible” a “comprensible”). Ello implica, amén de la correspondiente expresión emocional mediante la palabra, resolver la manera en la que se instala en su medio y qué hace con los preceptos socio-culturales. Si esta acción se realiza correctamente, podrá entender que la ansiedad no aparece “porque sí” sino que tiene sus razones.

Ni que decir tiene que en la consulta se crea un espacio particular en el que el paciente puede hablar de lo inexpresable en otros contextos no terapéuticos (p. ej. temores, miserias, goces raros, formas de paliar la ansiedad, comportamientos de riesgo, etc.), lo que posibilita relativizarlos y aceptarlos. Téngase presente que si no aceptamos aquello que se asocia a la afectividad, esta prescinde de nosotros y pronto se hace anárquica y aberrante.

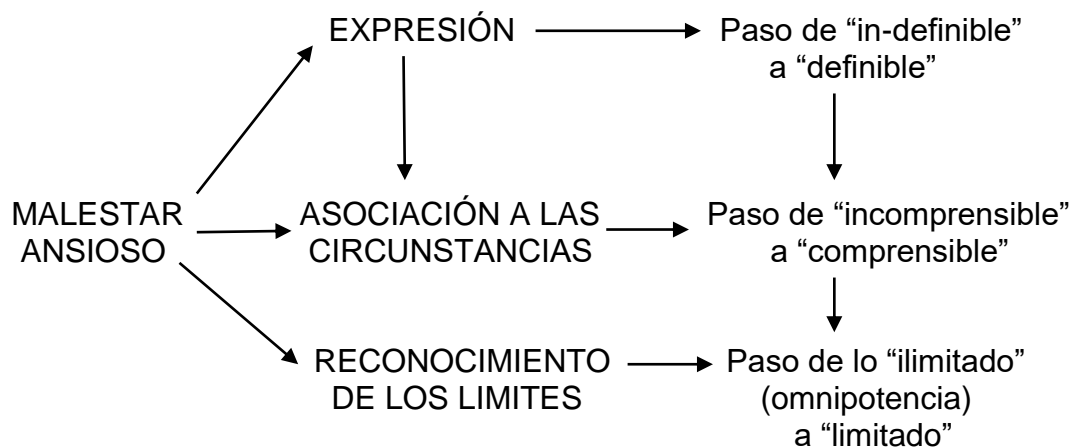
Poco a poco, el pensamiento adquiere un conocimiento profundo del estado afectivo y explora las relaciones entre necesidades propias y el cumplimiento de lo que exige mundo exterior y de las disparidades que pudieran aparecer entre ambos aspectos. Esto se comprenderá mucho mejor con lo que viene a continuación.

6.3. Aceptación de los límites.

Lo que decimos ahora viene a colación de las conclusiones a la que llegamos con el concurso de la “lógica modal”. En este sentido, el sujeto tiene que armonizar las exigencias con las capacidades y disponibilidades (tiempo, dinero, medios, apoyos, etc.), conociendo hasta dónde puede llegar y en qué puede involucrarse y en qué no.

Las tragedias griegas nos recuerdan constantemente no sobrepasar los límites; así, en *Antígona* de Sófocles (19) se puede leer: “has querido ir hasta el extremo de tu valor, que estaba demasiado lejos, y has tropezado”.

Un resumen de lo que llevamos sobre el procedimiento terapéutico se recoge en el siguiente grafo:



Para que una persona acepte sus límites y también, ponga límites al exterior (a los demás), tiene que saber decir “no”; veamos un caso:

Una mujer, de 37 años de edad, está casada con un camionero. Cuando este vuelve de hacer una entrega con su camión, tras varios días en la carretera, sin ducharse, oliendo mal, sucio, etc., con modales toscos, coge a su mujer y la empuja hacia la cama haciendo el amor con ella, sin que prácticamente ella diga nada. Cuando se le pregunta a la paciente en la consulta: “¿por qué no decías nada?”, responde: “no lo sé, solo sé que me quedaba paralizada y no reaccionaba. Simplemente me dejaba hacer,

aunque fuera una experiencia muy desagradable". Tras un tiempo de sesiones, cogiendo un poco de confianza en sí misma y reuniendo fuerzas, es capaz de decir "no" a su marido y, entonces, es el momento en que deja de ser un "trozo de carne", más o menos apetecible, para convertirse en una "persona". Cuando esto ha sucedido, el marido acude a la consulta muy preocupado diciendo que su mujer "no es la de antes" y que "algo malo le está pasando".

Volviendo a la ansiedad, y conectándola con lo dicho, existen dos opciones en relación a las presiones del medio (compras, ejecuciones, actividad laboral, buscar chalet, etc.):

a) se aceptan sin prácticamente pensar y se incorporan directamente sin ser digeridas, convirtiéndose en autoimposiciones que llevan de lo "posible" a lo "necesario". Se trata, como vemos, de tragarse las prescripciones sin elaboración ninguna o

b) se las rechaza, en la medida en que se puede, aprendiendo a decir "no", como hizo la paciente de la que antes se habló. Veamos otro caso bastante demostrativo:

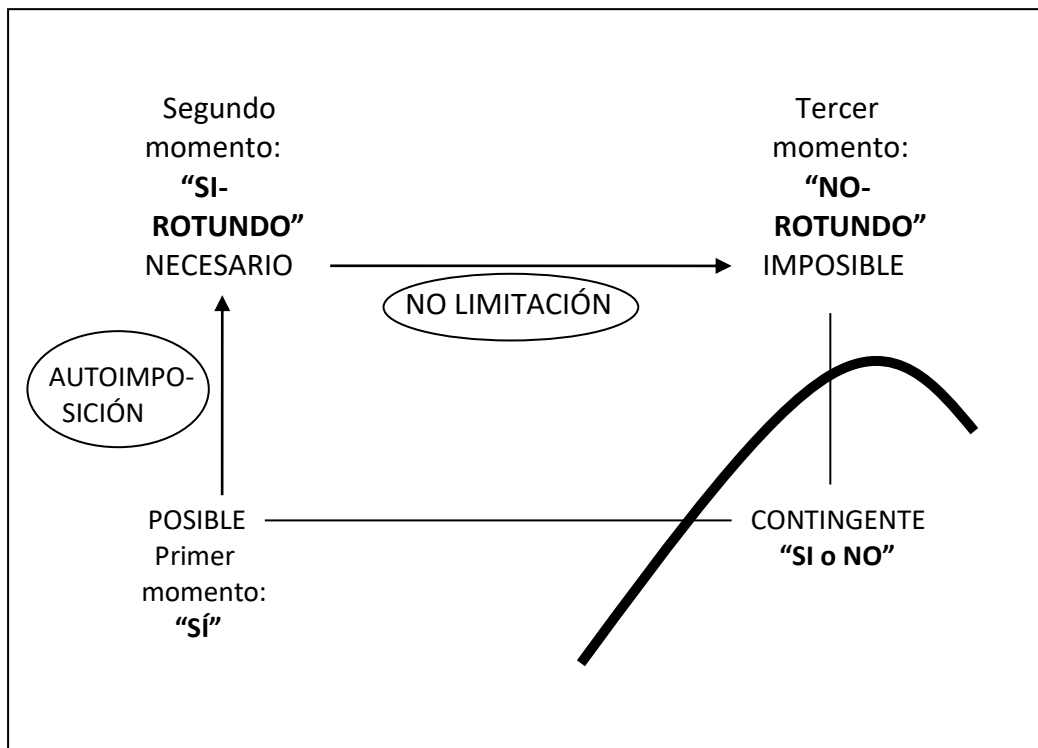
Un paciente de 32 años, que presenta un cuadro de ansiedad severo y casado recientemente, se ha metido en una gran hipoteca para tener un piso en la playa lo más cerca posible de la orilla. Para lograrlo, ha tenido que aumentar exageradamente su rendimiento laboral, haciendo muchas horas extras y llevándose el trabajo a casa. Ante la pregunta que se le hace en la consulta: "¿te merece la pena?", el paciente se queda pensativo un rato y responde con un "no" rotundo; entonces, esgrime las siguientes razones:

-“en realidad no puedo decir que disfrute de lo que he comprado porque tengo que estar muchos fines de semana trabajando para ponerme al día, -además, la familia de ella ha tomado el piso por asalto y nunca puedo estar allí solo y tranquilo con mi mujer; ellos sí que disfrutan.

-A mí me gustaría viajar, conocer mundo, y eso no lo puedo hacer porque tengo que estar clavado en ese lugar infame cada vez que tengo tiempo libre o vacaciones”.

Finalmente, decide quitarse de su cuello esa “piedra de molino” (tal como él la llama) y vender el piso playero, sacudirse la hipoteca y dejar de estar siempre atareado. Añade: “afortunadamente mi mujer está de acuerdo con mi decisión, porque no quiere tener un marido rico pero muerto”.

Véase que el “no” resulta fundamental, sobre todo porque coloca al sujeto en la posición “contingente”, ya que ahí es donde se puede decir “sí” o “no”; se entiende lo que se puede hacer y lo que no. En cambio, el “sí” es la afirmación propia de lo “posible”, en tanto que el “sí-rotundo” es lo que aparece en la posición de “necesario” (no hay posibilidad de desdecirse) y el “no-rotundo” tiene relación con lo “imposible” (sin posibilidad de desdecirse). En el siguiente esquema, variación del propuesto antes, podemos ver con toda claridad cuál es la posición más próxima a la salud: cuando un sujeto puede libremente afirmar “no”, es decir, cuando se mueve en la contingencia.



Si se lleva bien a cabo la posibilidad de decir “sí” o “no” libremente a las ofertas (tentadoras) del medio, se consigue la renuncia a muchos adornos sociales que, evidentemente, no aportan ninguna satisfacción. Lo que se consigue, entonces, es dejar de vivir la vida en comunidad como una auténtica amenaza, convirtiéndose en algo que provoca mínimas preocupaciones (salvo que sobrevengan problemas graves). Hay que tener mucho cuidado, porque la sociedad crea una idea de “felicidad” basada en cosas fútiles (tener un buen coche, poseer un Rolex de oro, tener una casa grande, conseguir un yate, etc.) y otras premisas de menor calado (p. ej. tener una lavadora nueva, cambiar de móvil, etc.). Por experiencia se sabe que, cuando se poseen estos objetos (de consumo), la idea (y el sentimiento) de “felicidad prometida” se desnaturaliza rápidamente.

Aquellas personas que no ven esto y que, en consecuencia, echan la culpa de lo que les pasa al medio exterior en el que se desenvuelven, pecan de lo el filósofo francés J. P. Sartre llamaba *mauvaise foi* (“mala fe”). Por el contrario, deja de ser “mala fe” cuando se toman decisiones meditadas y se asume la responsabilidad de saber dónde nos metemos y qué consecuencias se van a derivar de dicha acción. A fin de cuentas, somos el producto de nuestras propias decisiones y, el compromiso con lo que hacemos, se revela fundamental para poder vencer la ansiedad. Estamos advertidos.

6.4. Algunas consideraciones finales.

Una aclaración importante: aceptar los límites no significa tomar una postura pasiva o resignada, sino adoptar una actitud de confianza que dirime qué se puede hacer y llevarlo a cabo, sin excederse y, paralelamente, rechazar aquellas ofertas que, pudiendo ser atractivas, no interesan porque van a dar lugar a efectos secundarios intolerables. Se trataría, pues, de no embarcarse en más de lo que se puede llevar a cabo o de saber cuántas tareas se pueden realizar, cuánta energía puede ponerse en ellas, cuánto tiempo puede estar haciéndolas, etc. Todo ello sin cuestionarse la valía personal, lo que supone que, rechazar ciertas actividades (dependientes de otras tantas presiones), no es equivalente a sentirse un “inútil”, un “incapaz”, un “flojo”, un “retrasado mental”, etc.

Se añade que los comportamientos descritos, basados en introducirse en los engranajes del sistema, suelen justificarse en que él/ella es necesario en ese lugar y también las actividades que desempeña porque los demás no las hacen bien. Evidentemente, es mejor para el ego creer que se tiene el don de luchar en todos los frentes o de poder “salvar el mundo”; ciertamente, da que pensar.

En este contexto, hay que tener mucho cuidado con el uso de psicofármacos, pues a veces pueden resultar contraproducentes, al permitir al paciente que siga con la misma rutina e, incluso, que haga más al encontrarse más relajado; con ello solo se consigue fomentar los mecanismos que sostienen la clínica ansiosa.

Si se asume bien, si se subjetiva, lo que estamos diciendo, va a necesitarse menos consuelo de los demás, habrá menos desahogos y menos “arrastrarse por las esquinas”, al poder abandonar la postura victimista (“yo solo he hecho lo que me han mandado y mírame como me encuentro”, “no sé qué otra cosa podía hacer porque me han puesto el pié en el cuello”).

De todos modos, no siempre es fácil llegar a este punto, de ahí la necesidad de la psicoterapia, con la que es posible ayudar al sujeto a que desande la trayectoria que recorrida anteriormente (definida en el “circuito modal de la ansiedad”). Al mismo tiempo, no está de más que el ansioso explore nuevas posibilidades que le den un respiro para poder escapar a las acciones cotidianas y, al mismo tiempo, permitirse el descanso. En tal caso, deja de entenderse este último como una lamentable “pérdida de tiempo”, sino algo que posibilita el desarrollo de la vida interior y, en consecuencia, poner en orden las ideas y reafirmarse en lo que hace daño y lo que no. Precisamente, a la consulta acuden más aquellos que intentan prescindir de la vida interior, que se convierten en acumuladores de disgustos, ira, odio, envidia, etc.; cualquiera de ellos es más vulnerable al estallido ansioso.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Gastó C, Vallejo J. Aspectos históricos de la ansiedad. En Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson, 2000.
2. Vallejo Ruiloba J. Trastornos de angustia. En Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (5ª ed). Barcelona: Toray, 2002.
3. Freud S. La neurastenia y la neurosis de angustia. En Obras Completas (tomo I). Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
4. Tyrer P. Classification of anxiety. Br Jour Psychiat 1984; 144: 78-83.
5. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. Am J Psychiat 1962; 119: 432-438.
6. OMS. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10). Madrid: Meditor, 1992.
7. García Arroyo JM, Domínguez López ML. Componentes subjetivos de las conductas de riesgo. Revista Psiquiatría.com 2013; 14.
8. García Arroyo JM. Componentes subjetivos de las conductas de salud. Revista Psiquiatría.com 2013; 14.
9. Spiegel DA, Barlow DH. Trastornos de ansiedad. En Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría (tomo II). Barcelona: Ars Médica, 2003.
10. García Arroyo JM. Study of the Subjective Aspects of Anxiety by the Means of Modal Logic. Journal of Depression & Anxiety 2016; 5(247).
11. Lewis CI. A survey symbolic logic. California: Berkeley, 1918.
12. Lukasiewicz J. A System of Modal logic. The Journal of Computing Systems 1953; 1: 111-149.
13. Hintikka KJJ. (1961). Modality and Quantification. Theoria; 27: 110-28.
14. Kripke SA. A Completeness Theorem in Modal Logic. Jour Symbolic Logic 1959; 24: 1-14.
15. Jansana R. Una introducción a la lógica modal. Madrid: Tecnos, 1990.
16. Gortari E. Diccionario de la lógica. México: Plaza y Valdés, 2000.
17. Ruesch J. Comunicación terapéutica. Buenos Aires: Paidós, 1980.
18. García Arroyo JM. Comunicación Asistencial para Médicos. I Parte: Aspectos Generales. Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS), 2021.
19. Sófocles. Antígona. En Tragedias. Madrid: Gredos, 2000.