



EL CIRCUITO MODAL DE LA ANSIEDAD MODAL CIRCUIT OF ANXIETY

José Manuel García Arroyo; María Luisa Domínguez López; Pedro Fernández-Argüelles Vinteño; Olga García López

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

jmgarroyo@us.es

Ansiedad, Categorías modales, Cuadrado de Apuleyo, Neurosis de ansiedad, Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Anxiety, Modal categories, Apuleyo's clinical picture, Neurosis of anxiety, Generalised anxiety disorder.

RESUMEN:

A diferencia de otros términos psiquiátricos el de "ansiedad" aparece tardíamente, tal vez debido a la gran cantidad de manifestaciones físicas que provoca esta afección y que a menudo se ha prestado a confusión con trastornos cardíacos, neurológicos o endocrinos; esto ha dado lugar a la presentación de numerosos vocablos no psiquiátricos que han intentado captar la alteración (corazón irritable, astenia neurocirculatoria, corazón de soldado, ...). Modernamente, las producciones sintomáticas ansiosas se incluyen desde 1980 en la categoría "trastorno de ansiedad generalizada", heredero de la freudiana "neurosis de ansiedad", que muestra una gran persistencia y tendencia a la cronicidad e incapacidad.

Nuestra postura en este trabajo parte del estudio de una serie de pacientes agrupados en este diagnóstico, pero descentrándonos de los síntomas físicos para dirigir nuestra mirada hacia los componentes subjetivos que producen, mantienen y/o estabilizan el cuadro. En este menester contamos con la inestimable ayuda de las "categorías modales" procedentes de la lógica del mismo nombre.

El resultado consiste en que los pacientes tratados por nosotros recorren fielmente dichas categorías, conformando lo que hemos denominado "circuito modal de la ansiedad". Siguiendo este camino los sujetos llegan a lo "imposible", lugar en el que se produce la claudicación y la aparición de los síntomas más molestos que les llevan a consultar. Entenderlo así, no cayendo en el señuelo de los síntomas físicos como los médicos que iniciaron estos estudios, aporta una nueva visión que nos permite en numerosas ocasiones el retorno al punto de partida de los síntomas ansiosos y, como no, intentar la profilaxis del trastorno en esas personas que se someten a importantes sobrecargas.

ABSTRACT:

Unlike other psychiatric terms the one known as "anxiety" tends to appear tardily, perhaps due to the great amount of physical demonstrations which this affection provokes, and which have often been confused with cardiac, neurologic or endocrine disorders; This has motivated the emergence of several non psychiatric vocables which have tried to catch the variation (irritating heart, neurocirculatory asthenia, soldier's heart,...). Nowadays, these anxious symptomatic productions have been included from 1980 in the well-known category "generalised anxiety disorder", being the heiress of Freud's "neurosis of anxiety", which shows a great constancy as well as a tendency to chronicity and disability.

In this project our position develops through the study of various patients grouped all together in this diagnosis, but we distance ourselves from the physical symptoms in order to guide our observation towards the subjective components which produce, keep and/or stabilise the clinical picture. For this purpose we rely on the invaluable help of "modal categories" which derive from the field of the logic known with the same name.

As a result the patients who have been treated by us scour these categories faithfully, creating what we have called "modal circuit of anxiety". By following this path the patients reach the "impossible", that is, the place in which redemption appears, as well as the most annoying symptoms which make them seek for advice. It should be understood in that manner, without being tricked by the physical symptoms which the doctors were influenced by when they began this project, to create a new vision which can allow us to go back to the starting-point of anxious symptoms and, why not, to try the prophylaxis of the disorder in those people who are exposed to significant overloads.

1. Introducción.

Si bien el término "ansiedad" aparece de modo tardío en el arsenal conceptual de la psiquiatría, en pleno siglo XX, los médicos conocían con anterioridad sus efectos (cardíacos o respiratorios) producidos por la hiperactividad del sistema nervioso vegetativo. Eso hizo que una pléyade de autores (Da Costa, Mc. Lean, Osler, Barlow, Wilson, Mc. Kenzie, Lewis,...) se dedicaran a escribir sobre el tema y denominaran a la ansiedad de distinta forma (astenia neurocirculatoria, topoalgia, corazón del soldado, neurastenia, corazón irritable,...) (1). Esta línea de trabajos dio lugar a numerosas teorías sobre las conexiones cerebro-corazón en el trastorno y a diagnósticos mixtos (orgánicos y psíquicos), lo que supone la falta de un conocimiento veraz sobre su origen. Por otro lado, el síntoma al que hacemos referencia no pasó desapercibido para Freud (2) quién, en 1894, acuñó el término "neurosis de ansiedad" en sustitución de los anteriores, determinándola como una enfermedad con derecho propio y estableciendo un diagnóstico que ha perdurado prácticamente hasta nuestros días (3).

En la década de los 60, Klein (4) separó dentro de la freudiana "neurosis de ansiedad" dos apartados: la "ansiedad generalizada" y las "crisis de angustia". Se trata de un planteamiento que tiene sus consecuencias en 1980, con la aparición del DSM-III en donde persiste esta distinción, surgiendo el "trastorno de ansiedad generalizada". No obstante, en principio, es una categoría residual en la que se incluyen aquellas alteraciones que no cumplen criterios para otros diagnósticos, pero en posteriores clasificaciones se presenta como una entidad diagnóstica bien diferenciada (5, 6). Estos cuestionamientos parten de su validez como categoría diferenciada respecto a otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, y de la elevada comorbilidad que suele mostrar (7).

Incluso, se ha entendido la ansiedad como un "rasgo" o como un "estado" (8). En primer caso, se habla de una tendencia generalizada a reaccionar con excesiva intranquilidad, la denominada "personalidad ansiosa", donde el sujeto se organiza sobre el síntoma convirtiéndose en un aspecto nuclear de su vida aunque él no lo desee (9); Akiskal (10) alude al "temperamento ansioso" definido por un comienzo en edad temprana, pero sin poderse precisar el inicio sintomático. La ansiedad como "estado" se refiere a la presencia de estos síntomas en un momento concreto y definido, incluyéndose en su espectro la "ansiedad generalizada", de la vamos a tratar aquí y para cuyo diagnóstico las clasificaciones actuales requieren una evolución de al menos 6 meses.

Cuando nos referimos a "ansiedad generalizada" la referencia es un estado que tiende a la cronicidad caracterizado por manifestaciones variadas, tanto psíquicas (preocupación, aprensión, intranquilidad, sentirse al límite, desrealización, dificultad de concentración, irritabilidad, insomnio, ...) como somáticas. Estas últimas se relacionan con el aparato muscular (tensión, cefaleas, temblor, inquietud, ...) o con el sistema nervioso vegetativo (sequedad de boca, sudoración, plaquiuria, náuseas, diarrea, meteorismo, sofocos, ...). Las modificaciones expuestas se asocian habitualmente a circunstancias, actividades o acontecimientos vitales, habitualmente considerados de poca importancia, cuya preocupación hacia ellos resulta excesiva, como son: el rendimiento laboral o escolar, la economía, las relaciones sociales, la salud o la seguridad de los seres queridos (7). Se añade a lo expuesto, como nota característica, la experiencia de falta de control del sujeto sobre el síntoma, de tal modo que parece dominarle.

Al redactar nuestra exposición somos conscientes de la gran extensión que el síntoma "ansiedad" presenta, pues casi no se puede citar un solo cuadro psiquiátrico en el que no aparezca. Pero, no pretendemos dejarnos llevar por la "extensión" de la alteración, sino por su "intensión" para que nuestro estudio gane en profundidad; de esta manera, nos centraremos en aquellos cuadros en los que la clínica ansiosa sea prácticamente exclusiva. Para tal menester hemos tomado pacientes diagnosticados de "trastorno de ansiedad generalizada", donde el síntoma muestra una diacronía comprobable y no ha experimentado una forma crítica o paroxística. Esto no quiere decir que en determinados momentos de la evolución la intensidad no pueda alcanzar ciertas cotas de envergadura, que podrían prestarse a confusión. Tratábase, además, de personas que no consumían sustancias tóxicas y no mostraban patología alguna que pudiera justificar la clínica.

Una vez fijado el objeto de estudio, tenemos que delimitar el modo de abordaje del mismo (metodología); en este sentido, nuestro proceder será la observación clínica, lo que significa la escucha atenta y desprejuiciada del paciente, exenta de aspectos críticos o valorativos por parte del observador y sin añadido teórico alguno que más que ayudar en la observación podría contaminarla. En esta empresa no nos quedamos meramente en la arquitectura del síntoma, sino que buscamos aquellos componentes que producen, mantienen, estabilizan y/o complican el cuadro.

Posteriormente, aplicamos las "categorías modales", tal como se presentan en la lógica del mismo nombre (11), y contemplamos cómo el síntoma ansioso traza un recorrido que se adecua fielmente a aquellas. Finalmente, basándonos en lo anterior, exponemos lo que hemos denominado el "circuito modal de la ansiedad", que traza el recorrido de la ansiedad por las categorías (modales), de tal manera que permite explicar algunos de los sucesos que tienen lugar en estos pacientes.

2. Los casos clínicos.

A continuación presentamos los dos casos en los que basaremos nuestra exposición y sobre los que veremos como se cumplen los preceptos categoriales de la lógica modal. Excusamos decir que los demás pacientes estudiados cumplen las mismas premisas que aquí se exponen.

* **Caso nº 1 (C-1).** Mujer de 40 años, casada con un hijo de 15, trabaja de cajera en un supermercado. Se encuentra muy nerviosa todo el día, siempre en tensión, irritable, no duerme, siente dolor en la boca cuando se encuentra peor y se nota los músculos muy contraídos. Acudió al psiquiatra que le puso un tratamiento sin resultados positivos.

Se queja de tener que hacer demasiadas tareas en su casa tras volver del trabajo sin que su marido o su hijo la ayuden en nada. Se siente como un robot realizando estos trabajos y no puede parar para descansar. Además, tiene que ayudar en el hogar de sus padres los fines de semana, pues "son bastante mayores". Últimamente se encuentra peor y no entiende como no puede hacer todas aquellas actividades que antes realizaba "a la perfección".

Se considera una persona que no tolera el desorden, bastante limpia, se toma todo muy a pecho, siempre tiene que estar haciendo algo, no le gusta pedir y siente que no recibe nada a cambio de sus múltiples acciones dedicadas "al bienestar de los demás".

* **Caso nº 2 (C-2).** Varón de 25 años, con síntomas de nerviosismo constante, insomnio, sensación de ahogo y cefaleas. Trabaja en un bufete de abogados de la ciudad desde poco tiempo tras la terminación de su carrera de derecho. Siente que está aprendiendo en esta empresa el ejercicio de su profesión, pero tiene que dedicarle bastantes horas al día, no pudiendo dejar de realizar ninguna de las tareas que le encomiendan. Además, se haya inscrito en un curso sobre normativa fiscal, al que asiste diariamente tras salir del bufete (de 8 a 9,30 de la noche) y algunos fines de semana los tiene ocupado con un Master, en el que le mandan algunas lecturas y trabajos que realiza cuando buenamente puede. En los últimos meses ha presentado un recrudecimiento de sus síntomas ansiosos.

En ambos casos se realiza un abordaje psicoterapéutico y curiosamente, ambos pacientes indican no saber a qué se deben sus molestias a pesar de que desde el exterior, se percibe con gran claridad. Solo, tras un trabajo paciente, fueron capaces de conectar la ansiedad con sus circunstancias y cómo ambos fenómenos se coimplicaban mutuamente; esto se debe a que creen poder con todo cuanto tienen entre manos ya que inicialmente fueron capaces de ello.

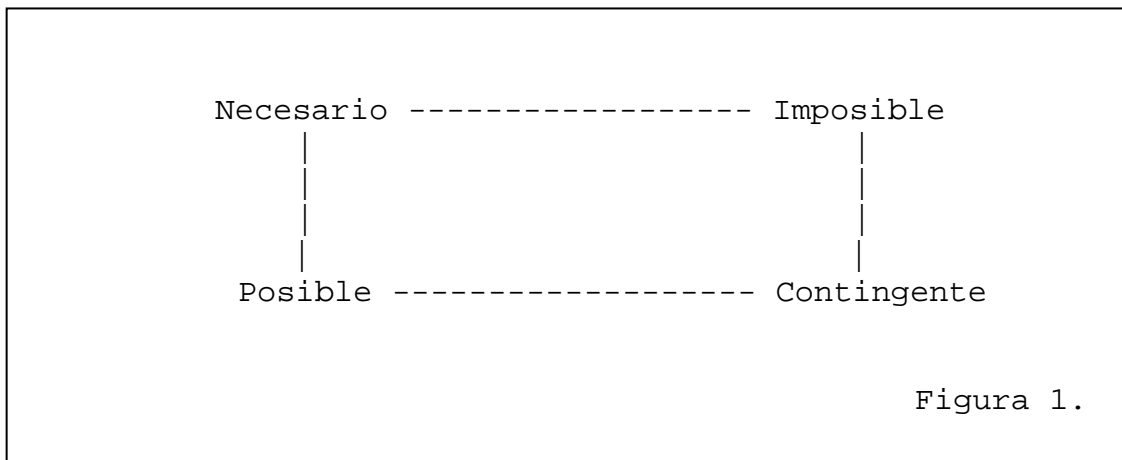
3. Las categorías modales.

Se dijo en la Introducción que utilizaríamos la "lógica modal" con idea de estudiar los desplazamientos psicológicos del paciente ansioso pero antes tenemos que presentar, aunque sea de forma somera, esta disciplina formal. Diremos que esta derivación actual de la lógica supone una ruptura con el paradigma clásico, definido por Aristóteles, en el que las proposiciones solo pueden ser "verdaderas" y "falsas", sin valores de verdad intermedios.

En cambio, la "lógica modal" establece, como su nombre indica, variaciones o "modalidades" en el "valor de verdad" (12) y fue desarrollada en una obra publicada a principios del s. XX por C. I. Lewis, titulada: *A Survey of symbolic logic* (13). En este conocido texto su autor presenta un auténtico cálculo modal, que sirvió de base a desarrollos posteriores, como son los de Rudolph Carnap basados en la semántica (14), o los de numerosos autores que ayudaron a presentar la forma de cálculo modal tal como hoy en día lo conocemos (Lukasiewicz, von Wright, Kripke, Hintikka, Lemmon, Pfander, Feys, Becker, etc) (15-17).

Las modalidades a las que se refiere esta lógica "no-clásica", denominadas "aléticas" para diferenciarlas de otros tipos (epistémicas, deónticas, etc), son cuatro: "necesario", "posible",

“imposible” y “contingente”, que determinan a los enunciados y que pueden localizarse en el clásico “cuadrado de oposiciones” o de Apuleyo (ver figura 1).



Vamos a intentar definir cada una de las cuatro categorías siguiendo a Gortari (18):

-“Necesario”. Se trata de aquello que de manera forzosa tiene que ser, suceder o ejecutar, no pudiendo ocurrir de otra forma; se contrapone a “contingente”. También podemos decir que es necesario, lo que siempre es verdad.

-“Imposible”. Es opuesto a “posible” e indica lo que no puede ser, existir o ejecutar de ningún modo. También, lo que nunca es verdad.

-“Posible”. En este caso hablamos de aquello que puede existir o suceder, que se puede ejecutar, pero no de manera necesaria. Lo que a veces es verdad.

-“Contingente”. Aquello que tanto puede suceder (existir o ejecutar) como no suceder (existir o ejecutar), es decir, que su realización como su falta de realización son igualmente posibles. Se puede expresar, además, como lo que puede ser o no verdadero.

4. El “circuito modal de la ansiedad”.

Según hemos podido comprobar, los pacientes ansiosos van a hacer un recorrido característico por estas cuatro categorías, que para el implicado no resulta evidentes o solo lo son cuando se apercebe de sus problemas en las sesiones de psicoterapia. El recorrido se hace de la siguiente forma:

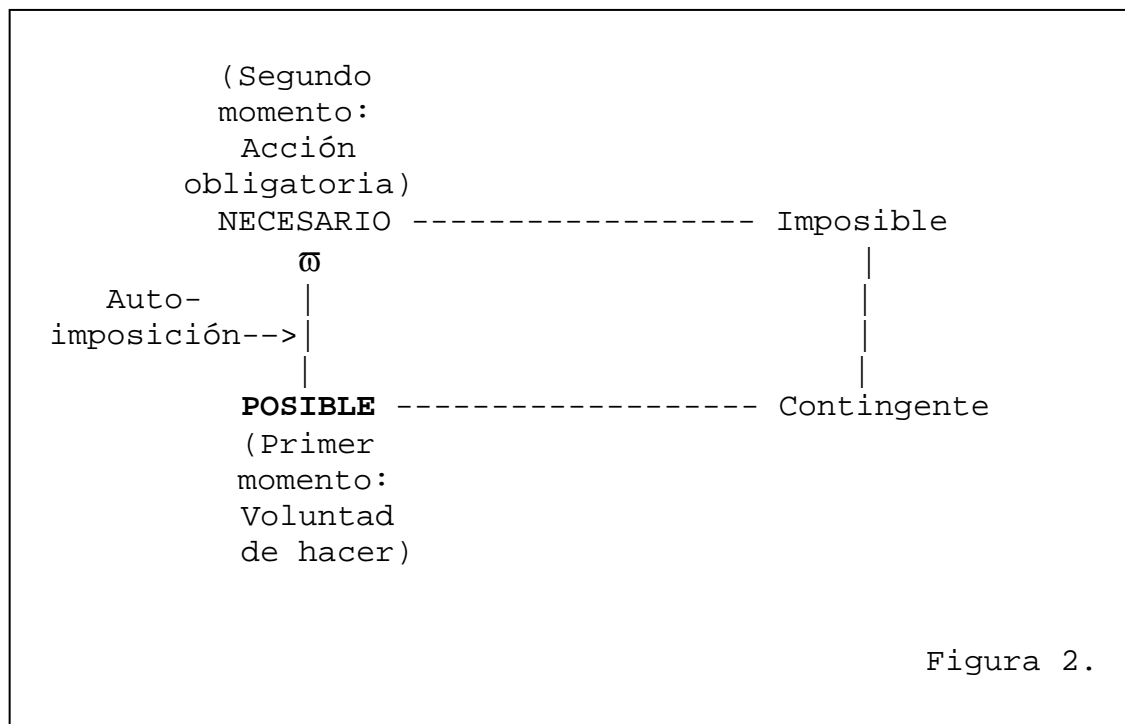
a) En principio, el sujeto se ubica el polo de lo “posible”, quiere decir que realiza determinadas actividades porque puede, posee energías, tiempo, ocasión, etc, suficientes para ejecutarlas y haciéndolas se encuentra cómodo sin la aparición de molestias o éstas se muestran solo ocasionalmente (C-1: “Yo antes no me encontraba tan mal como estoy ahora, hacía las cosas de mi casa, pero no me agobiaba, ni me agotaba. Tenía tiempo para todo”. C-2: “Cuando estaba en la facultad estudiaba bastante y sacaba buenas notas, pero no me ponía así. Entonces no me faltaba el aire como ahora, ni tenía esta intranquilidad tan molesta, ni me daba la punzada que ahora tengo en un ojo. En una palabra, estaba a gusto con lo que hacía”).

b) En un segundo momento, se realiza un desplazamiento hacia el polo de lo “necesario” y aquello que antes se realizaba porque podía hacerlo, ahora se convierte en una autoimposición. Ya no opera en el registro de lo voluntario, sino en el de lo obligatorio desapareciendo del acto toda espontaneidad. Se acompaña de un pérdida de libertad interna, la que en condiciones normales le llevaría a decidir sin demasiadas presiones, de ahí que muestren la constante necesidad de actuar sintiéndose mal si no lo hacen como piensan que deben hacerlo (C-1: “Parece que me están diciendo que siga y no pare”. C-2: “Algo interior, no sé qué es, me dice que tengo que continuar sin desfallecer”).

Podemos decir que el implicado en estas condiciones se mueve en un registro axiomático o “ley interna” a la cuál no puede sustraerse y que posee la característica de presionarlo desde dentro no pudiendo dejar de hacer lo que “tiene que” hacer (C-1: “No puedo dejar de realizar lo que tengo

entre manos. Me pregunto ¿me gustaría estar tranquila? y me respondo que sí, pero no puedo. ¿Me entiende?”. C-2: “No puedo vivir tranquilo, no puedo, porque tengo tantas cosas que hacer que me es imposible, no puedo parar”).

Aquí hallamos una inadecuación entre lo que esperan y lo realizado, pues siempre quieren hacer más de lo que hacen. Esta característica puede llevarlos desde un nivel de activación no molesta, que los pone en movimiento y puede ser útil, a otra forma que se caracteriza por impedirle realizar adecuadamente las tareas. Es un momento particular en el que hacen eclosión las manifestaciones clínicas. No obstante es posible, y así lo hemos comprobado, que el paciente aprenda a vivir con su tensión nerviosa y esta tenga una larga evolución aguantando lo indecible (ver figura 2).



c) En un tercer momento, el paciente contacta con lo "imposible", que significa no poder más y sobreviene entonces la sobrecarga o la claudicación de la que antes se habló y en la que ahora vamos a detenernos.

El paso del registro modal anterior ("necesario") a este ("imposible") se sustenta en que el paciente es incapaz de parar, lo que sucede por tres razones al menos: 1ª) la (auto)presión continúa sin freno, de tal modo que muchas veces es despiadada dado el lamentable estado en el que la persona suele encontrarse. 2ª) Son incapaces de reconocer las señales físicas de cansancio o agotamiento porque se hallan demasiado imbuídos en las tareas, en cuyo caso dichas señales no pueden hacerse conscientes. Esto último contrasta vivamente con el hecho de que se encuentran hiperalertas y sin apenas dormir. 3ª) Si no notan el cansancio no descansan y además, desde su propia exigencia, cualquier forma de descanso (echarse un rato, dormir, ver una película, parar, ...) supone una lamentable pérdida de tiempo (C-1: "¿Descansar? Nunca lo he hecho, porque tengo mucho que hacer... Si yo me paro no me da tiempo de nada... Con todo lo que tengo que hacer, yo no puedo permitirme el lujo de echarme una siesta, aunque sé que me vendría bastante bien". C-2. "Yo pienso que el mundo actual es muy competitivo y si me quedo quieto, me adelantan, por eso no puedo perder ni un segundo"). Ni siquiera el sueño es reparador, ya que continúan en la cama dándole vueltas a las tareas que les quedan por hacer; se trata de un efecto de "no-terminación" (Zeigarnik) o de historia pendiente de final ("cliffhanger") que no les permite el descanso.

Paralelamente a lo dicho, los pacientes se encuentran con tantas faenas que realizar que tienen una gran dificultad para procesarlas mentalmente, pues no hay un tiempo para poner en pié todo el flujo de las representaciones correspondientes a dichas actuaciones y poder planificarlas,

ordenarlas, detallarlas, significarlas, etc, y tal sobrecarga se manifiesta derivando el exceso de tensión hacia los planos muscular y/o visceral. Significa ésto que no existe el tampón de las representaciones mentales mediante las que poder ordenar(se). En tal caso, el estado psíquico y físico le domina, perdiendo el control sobre sus actividades y pensamientos.

Por consiguiente, contactar con lo "imposible" significa que si bien el paciente no se ha puesto límites a sus acciones tendentes al infinito por inercia, la propia realidad se le impone y ahí es dónde asistimos a su propio derrumbamiento, que no pocas veces se acompaña de distimias irritables y/o depresivas momento en el que, desgraciadamente, muchos pacientes acuden a consultar, tras meses de tensión y lucha (C-1: "Yo ya no puedo más, no puedo más. Llevo mucho tiempo así, que el cuerpo no me responde. En mi casa aunque me vean así, no me echan una mano... Antes podía hacer mis cosas bien y me quedaba contenta, pero ahora no puedo y eso me pone aún más nerviosa ... y de ahí no salgo". C-2: "Quisiera poder seguir, pero ya no es posible. Diría que no puedo más, estoy francamente agotado... Hay momentos en que no puedo mover ni un músculo").

Vallejo (19) ha detallado los síntomas que aparecen en este instante de la evolución del cuadro ansioso, que se distribuyen en: tristeza, apatía, astenia, desinterés, pérdida del impulso vital, ..., y expresan la claudicación psicofísica y existencial del protagonista de esta lamentable historia, encontrando una gran cercanía a la clínica depresiva. De ahí que si no se tienen en cuenta los elementos que estamos considerando aquí, puede errarse el diagnóstico. Estas manifestaciones distímicas (irritables o depresivas) tienen además un sustento poderoso en el hecho de que estas personas no soportan no poder con lo que tienen entre manos (C-1. "Ver que las cosas están por medio a mí me pone muy mal, creo que me pone más intranquila... Ver que ya no puedo como antes, me hace sentir fatal... Cualquiera que me viera con todo por medio diría de mí que soy una inútil". C-2: "Cuando descubro que no puedo hacer un escrito porque estoy cansado o no puedo prestar atención o tengo sueño, me pongo fatal, muy nervioso"). El enfrentamiento a la penosa situación de "no poder más" (o "imposible") y tener que reconocer que no son tan poderosos como creían o que no lo pueden todo, les resulta insoportable. Asimismo, no reconocer las sensaciones de agotamiento implica que no pueden cansarse jamás y, si les ocurre, es que no valen para nada o son inútiles; una autocrítica mordaz se halla tras estas consideraciones.

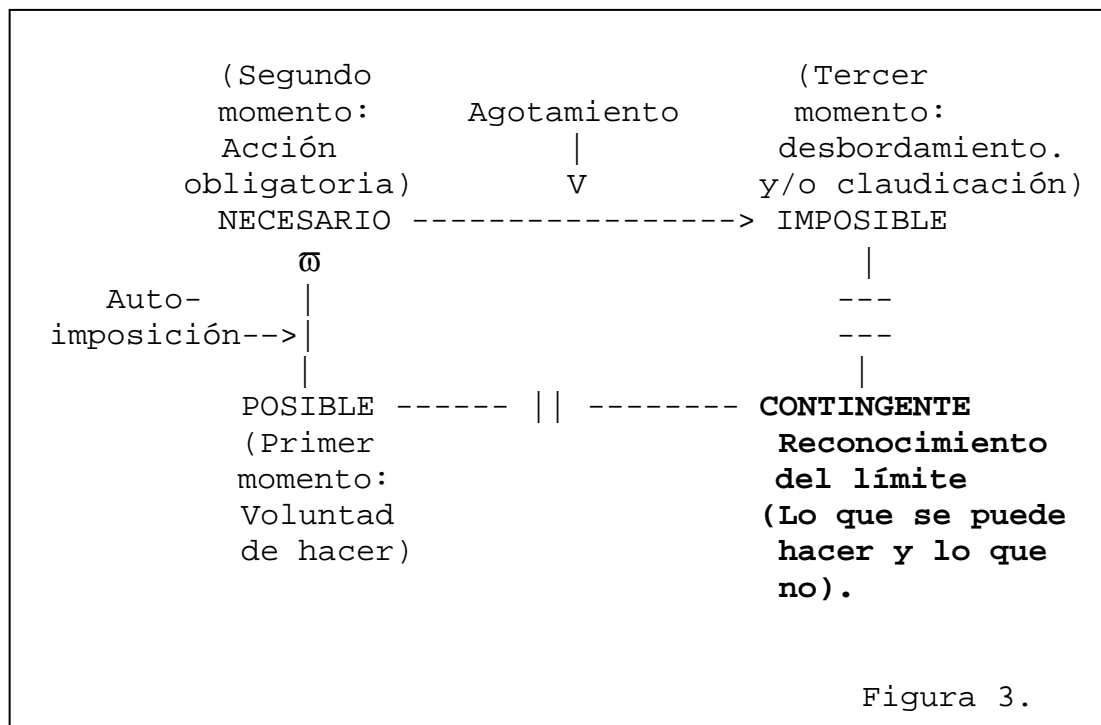
El momento de la claudicación es justo en el que se enfrentan a la impotencia, es decir, que a pesar de los esfuerzos no consiguen lo que se habían propuesto (C-1: "Hay un momento en el que veo que no me sale nada al derecho y entonces desearía morirme"). Detrás de estas actitudes hallamos a personas con una gran omnipotencia y que tienen la idea de que pueden con todo y, ante tan altas expectativas, es fácil caer tras cierto rodamiento del mecanismo.

Una característica añadida, que agrava aún más el proceso, consiste en que se sienten autosuficientes y, aunque se quejen de forma continua, desprecian cualquier tipo de ayuda o de apoyo, porque si la solicitan puede significar que no saben hacer nada, poniéndose en cuestión su valía (C-1: "Nunca he pedido ayuda a nadie, en cambio soy más de ayudar a los demás". C-2: "En algunos momentos mi hermano se ha ofrecido a ayudarme en algunas actividades, pues él tiene mucho tiempo libre y yo me he negado"). No es de extrañar que con su despliegue de actividad conviertan a quiénes los rodean en seres pasivos y/o inútiles, de ahí obtienen el beneficio de sentirse grandiosos, pues se reafirman en que todo lo pueden y sin ayuda. Podemos afirmar que se quejan de aquello que buscar: hacerlo todo ellos no descargando peso alguno y creyendo que hacen todo mejor que nadie (C-1. "En mi casa nadie sabe hacer nada, lo tengo que hacer yo todo y eso me fastidia". "Cuando mi marido me ha ayudado, ha sido mucho peor pues lo ha dejado todo por medio"). No es extraño que les den mensajes contradictorios a quiénes conviven con ellos y son del tipo: "nunca me ayudas" y "no sabes hacer nada, deja que yo lo termine".

Conceden, además, una importancia excesiva a cuanto hacen, de tal manera que creen realizar las tareas increíblemente bien y nadie es capaz de hacerlas de esa manera, cuando su actividad podría hacerla cualquiera.

d) Finalmente, añadir que en las especificaciones de "necesario" e "imposible" el paciente es incapaz por sí mismo de descender a aquella posición inicial en la que no existe tanta exigencia (lo "posible"); quiere decir que una nota importante a tener en cuenta es la irreversibilidad espontánea del cuadro llegado este momento (C-1: "Antes me era posible parar y lo hacía. Algunas veces me iba a casa de la vecina a tomarme un café con ella y podía relajarme un poco, pero ahora no puedo". C-2: "Lo que ahora me pasa es terrible y echo de menos aquellos momentos en los que estaba tranquilo y podía despejarme, pero no sé por qué ahora no puedo").

Un detalle importante a considerar es que jamás estos individuos ansiosos pueden alcanzar la categoría que se denomina en lógica modal "contingente" y esta es una verdadera característica de ellos. Tal fenómeno es debido a que en este cuarto lugar se produce el reconocimiento de lo que se puede realizar y lo que no, es donde se establece el límite. De aquí podemos sacar una importante consecuencia terapéutica: la psicoterapia con los afectados por estos síntomas debe llevarlos a este punto, que es justamente el que bloquea todo el recorrido modal.



5. Discusión y conclusiones.

Nuestra pretensión en esta investigación ha sido esclarecer algunos fenómenos clínicos relacionados con la ansiedad mediante el concurso de la "lógica modal", dos territorios que *a priori* parecían muy distantes y que ahora, después del itinerario seguido, hallamos próximos. El interés aquí mostrado casa bastante bien con la pretensión de la ciencia actual, en la que cada territorio del saber no debería permanecer estanco, sino que son precisas las interrelaciones; es más, un campo científico puede avanzar de modo más eficaz en sus desarrollos si utiliza elementos de otro.

Partimos de una conceptualización de la ansiedad determinada en relación a su presentación elongada en el tiempo, aquella que las clasificaciones actuales denominan "ansiedad generalizada" y de la que conocemos de sobra su cortejo sintomático. Nos dispusimos entonces a aplicar la lógica modal con sus cuatro "categorías" a nuestros pacientes, para establecer los movimientos que realizan, lo que puede constatarse fácilmente en las sesiones que mantuvimos con ellos; en este sentido, hemos detallado un recorrido con los siguientes pasos:

a) La ubicación en el polo de lo "posible", indica que el sujeto realiza determinadas actividades porque puede, existiendo aún cierta adecuación entre lo esperado y lo realizado y operando en el registro de la "voluntad de hacer". En tal caso, no aparecen síntomas ansiosos pero el paciente, debido a su organización subjetiva, se haya predispuesto a hacer el recorrido completo.

b) El desplazamiento hacia lo "necesario", que se halla en el registro de la autoimposición, desplaza el eje de las actuaciones desde lo voluntario a lo obligatorio (e involuntario) y traduce esperar más resultados de los que se puede, por tanto hay que presionar la maquinaria.

Evidentemente, el implicado no es consciente de las altas exigencias que pesan sobre sí mismo y de que éstas son las que le provocan el sufrimiento, pues de lo contrario detendría (voluntariamente) el desplazamiento sucesivo por las categorías. De ahí que se haya dicho que los

ansiosos no conocen el "objeto" de su respuesta emocional, mientras que los fóbicos sí que lo saben; estos últimos son capaces de recurrir a maniobras de evitación (del objeto/situación temidos), mientras que no ocurre lo mismo con el ansioso, ya que el verdadero fundamento es interno y que se traduce en rendir lo más posible, aunque el cuerpo reviente.

c) Sometido a tales forzamientos, quién nos consulta llega a lo "imposible", que supone un choque con la realidad física de su cuerpo, al no poder éste responder; es curioso comprobar el gran aguante de estas personas, después de mucho tiempo de una lucha sin cuartel. La ansiedad aparece de modo particular en el instante en que se ven desbordados; se enfrentan entonces a la impotencia de no poder con más, pero ese sentimiento no les agrada demasiado ya que les hace verse como inútiles, incapaces, débiles, vagos, etc. A partir de vivirlo de esta forma, comienzan a atacarse a sí mismos de forma implacable lo que, obviamente, empeora el cuadro.

El intento constante es de poder con todo y demostrarse que son todopoderosos y desde esa perspectiva rebosan con mucho sus capacidades, al tiempo que no delegan jamás por pensar (sobrevaloradamente) que hacen las cosas mejor que nadie. Si no se pueden ver en ese lugar, actúan despiadadamente consigo mismos. Un análisis exhaustivo de estos fenómenos, para el que aquí no tenemos tiempo, haría intervenir a los "ideales" y "metaideales".

d) La categoría de "contingente" es justo el lugar al que estas personas no pueden acceder, se les hace imposible. Esto se debe a que no conocen sus propias limitaciones, quiere decir que no saben cuántas tareas pueden realizar, cuánta energía pueden poner en ellas ni cuánto tiempo pueden estar haciéndolas sin descansar. Reconocer que tienen limitaciones implica, dentro de sus coordenadas subjetivas, cuestionar su valía personal al poner en relación sus ejecuciones con las altas expectativas que poseen. No es de extrañar que quiénes los rodean caigan en los señuelos imaginarios de creer la fortaleza que despliegan en su puesta en escena y, paralelamente, de no asumir que puedan desfallecer como cualquiera (ver figura 4).

Si tenemos en cuenta este cuarto momento, parece que estamos hablando del fallo estructural de un concepto ("límite") o una categoría ("contingente"), lo que nos plantea la duda de si en muchos de estos casos no estamos ante una verdadera alteración de la personalidad. La presencia de aquellos (concepto/categoría) supone un verdadero hito en el progreso de la clínica ansiosa. En cualquier caso, este punto abre la posibilidad, dentro del marco de la psicoterapia, de simbolizar o significantizar el límite y de desconectarlo de cualquier significado erróneo ("inutilidad", "incapacidad", "flojera", etc). Técnicamente esta labor no es fácil ya que el paciente suele justificar sobremanera sus comportamientos y lo hace basándose en que él es necesario en ese lugar y también las actividades que desarrolla, porque los demás "no sirven para nada" o no hacen bien las tareas; evidentemente, es mejor para el ego del ansioso creer que todo lo pueden o de tener el don de luchar en todos los frentes.

En este contexto, hay que tener cuidado con el uso de psicofármacos, pues a veces resultan contraproducentes ya que pueden permitir al paciente seguir con la misma rutina e incluso intentar hacer mucho más pues se encuentran más tranquilos; cuando no, continúan en sus trece con lo que el medicamento no tiene utilidad alguna. No obstante, el reconocimiento de los mecanismos implícitos y, más que nada, de hasta dónde pueden llegar les produce una gran mejoría clínica pero, en esta labor hemos de ser pacientes pues como dijo Anatole France: "Todos los cambios, incluso los más deseados, acarrearán cierta melancolía porque lo que dejamos atrás es parte de nosotros mismos".

EL CIRCUITO MODAL DE LA ANSIEDAD

CATEGORÍA MODAL	CARACTERÍSTICAS	NOTA YOICA	ANSIEDAD
Posible	Adecuación entre realización y expectativas.	Afirmación de la No voluntad.	
Necesario	Inadecuación entre realización y expectativas.	Autoimposición. Si Involuntario.	
Imposible	Choque brutal con los límites, al no hallarse simbolizados.	Derrumbamiento. Autoacusaciones.	Si, máxima.
Contingente	Reconocimiento de las limitaciones. Posición que el ansioso nunca puede conquistar.	Conocimiento de hasta dónde de llegar. ansiedad.	Profí- la an-

Figura 4

BIBLIOGRAFÍA.

1. Gastó Ferrer C.; Vallejo Ruiloba J. Aspectos históricos de la ansiedad. En Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson, 2000.
2. Freud S. La neurastenia y la neurosis de angustia. En Obras Completas (tomo I). Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
3. Tyrer P. Classification of anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 1984; 144: 78-83.
4. Klein D.F.; Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am. J. Psychiatry*, 1962; 119: 432-438.
5. APA. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
6. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
7. Spiegel D.A.; Barlow D.H. Trastornos de ansiedad. En Gelder M.G.; López-Ibor J.J.; Andreasen N. Tratado de Psiquiatría (tomo II). Barcelona: Ars Médica, 2003.
8. Spielberger Ch. Anxiety as an emotional state. En Spielberger Ch. Anxiety. New York: Academic Press, 1972.
9. Fernández-Argüelles Vinteño P.; Giner Ubago J. La personalidad ansiosa y su psicopatología. *Anales de Psiquiatría* 1991; 7 (1): 11-13.
10. Akiskal H.S. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiat. Scand*, 1998; 393 (Suppl): 66-73.
11. Jansana R. Una introducción a la lógica modal. Madrid: Tecnos, 1990.
12. Deaño A. Introducción a la lógica formal. Madrid: Alianza, 1986.
13. Lewis C.I. A survey symbolic logic, Cal.: Berkeley, 1918.
14. Carnap R. Meaning and Necessity: A study in Semantic and Modal Logic (2ª ed). London, 1958.
15. Lukasiewicz J. A System of Modal logic. *The Journal of Computing Systems* 1953; 1: 111-49.
16. Hintikka K.J.J. Modality and Quantification. *Theoria* 1961; 27: 110-28.
17. Kripke S.A. A Completeness Theorem in Modal Logic. *Journal of Symbolic Logic* 1959; 24: 1-14.
18. De Gortari E. Diccionario de la lógica. México: Plaza y Valdés, 2000.
19. Vallejo Ruiloba J. Trastornos de angustia. En Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (5ª ed.). Barcelona: Toray, 2002.
20. VVAA. Trastornos neuróticos. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2002.