

La angustia vital*

Carlos Campillo Serrano**

Es un hecho que los médicos, durante el ejercicio de su práctica clínica, ignoran a la angustia a pesar de que se trata de uno de los fenómenos de la patología humana más frecuente y de mayor importancia. Si algún enfermo es ignorado, maltratado y con frecuencia rechazado y marginado, ese es el enfermo que sufre de ansiedad. La difícil situación en que lo coloca la actitud médica no solamente es constatada día a día, por quienes tenemos la responsabilidad de tratarlo, sino que está bien documentada en la literatura, tal como lo demuestran los recientes estudios epidemiológicos de la doctora Weissman de la Universidad de Columbia en Estados Unidos.¹

Entre las muchas razones por las que se descuida a estos pacientes destaca, la pobre conceptualización que el gremio médico tiene de la angustia. Se carece de una visión global que permita comprenderla en toda su complejidad. Con frecuencia se le reduce a una serie de concepciones parciales, en las que la atención se concentra en aspectos concretos y poco relevantes, generando de esta manera distorsiones no exentas de consecuencias.

Buenos ejemplos de visiones reduccionistas son los siguientes: que la angustia se produce exclusivamente por eventos desfavorables; concepto que aparte de ser falso, porque en una gran cantidad de casos la angustia se presenta sin que medie ninguna causa externa, provoca dudas y rechazo hacia el enfermo. Ya que al no encontrarse razones que expliquen su presencia, automáticamente deja de justificarse una actitud de ayuda y solidaridad. Otra concepción de consecuencias similares es el que liga la existencia de la angustia a la fortaleza de espíritu. De acuerdo con ella, si se tiene voluntad y las creencias son firmes y sólidas, no tiene porqué existir este sentimiento, ya que únicamente se presenta en los individuos carentes de convicciones y débiles de carácter. Otra más es aquella que considera las manifestaciones de la angustia como un rasgo femenino, en que su presencia, no es sino un intento de manipulación y un deseo de controlar situaciones, mediante la argucia de mostrarse débil y desamparado. Los ejemplos podrían multiplicarse, pero lo que se intenta señalar es que sin un concepto claro y preciso del fenómeno, no es posible establecer diagnósticos, ni planear tratamientos.

Las deficiencias en la conceptualización de la angustia obedecen a varios motivos. Primero, se trata de una noción

abstracta que linda con algunos terrenos de la filosofía y la psicología que el médico no está acostumbrado a manejar. Segundo, se trata también de un término con una larga historia estudiado por diferentes disciplinas y cuyo resultado final es una imagen compleja y confusa, abigarrada de ideas e interpretaciones múltiples y diferentes entre sí.

Por último, desde la perspectiva médica, los avances más significativos y trascendentes, son bastante recientes y todavía no cruzan las fronteras de la especialidad.

Para llegar a un concepto adecuado de la angustia conviene tener presentes algunas de las consideraciones que esbozaremos a continuación. La angustia es un fenómeno esencialmente biológico,² no obstante que muchas de sus manifestaciones se expresen en las esferas psicológica y existencial. Su expresión involucra al individuo en su totalidad, no a segmentos o partes de su cuerpo. Su forma de presentación, es por definición, polimorfa, es decir, es capaz de expresarse por medio de síntomas somáticos, manifestaciones mentales y cambios en la conducta. Posee una vertiente adaptativa, que está al servicio de la vida y la supervivencia del individuo; paralelamente, sin embargo, tiene una cualidad patológica, lo que la hace peligrosa y destructiva. Por último, desde el punto de vista clínico, es indispensable distinguir entre la angustia como sentimiento, como síntoma, como síndrome y como entidad patológica.

Una forma de ilustrar y comprender la esencia biológica de la angustia es mostrando las similitudes que guarda con fenómenos cuya naturaleza biológica está fuera de toda discusión, como son el dolor, la fiebre y la inflamación. En todos ellos, al igual que en la angustia, se ha localizado un sustrato orgánico responsable de su expresión. Sus estímulos activadores son completamente inespecíficos y del más variado origen, del medio externo o del medio interno, pero igual pueden activarse sin la necesidad de ser estimulados. Todos estos fenómenos son universales y se rigen por leyes generales, aunque muestran una gran variabilidad entre los individuos, e incluso en un individuo en diferentes épocas y condiciones. Así, cambian los umbrales de la presentación, la tolerancia y la forma de expresión, dependiendo de la constitución del individuo, su biografía, su medio ambiente, su edad y su sexo. Como son expresiones que están al servicio de las fuerzas vitales del individuo, su ausencia vuelve vulnerable su propia existencia. Sin embargo, guardan dentro de sí

* Leído en la sesión ordinaria del 13 de marzo de 1991.

** Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

potencialidades destructivas cuando se desencadenan en forma caótica e incontrolable.

Si bien es cierto que la angustia es fundamentalmente biológica, su manifestación trasciende la biología y envuelve a todo el ser.³ En este sentido, es diferente a la fiebre, al dolor y a la inflamación. Con ellos comparte sus raíces, pero desde el punto de vista ontológico y filogenético es un fenómeno bastante más complejo. El idioma español, con la sabia intuición propia de su linaje, señala con elocuencia estas diferencias: se dice, tengo fiebre, me duele el pecho o se me hinchó la mano, más con respecto a la angustia, se dice estoy angustiado. La expresión hace referencia a todo el Ser.⁴ El idioma asume de ese modo que la angustia es una experiencia totalizadora cuya presencia involucra la esencia misma de la persona. Por ello se ha descrito como una amenaza a la propia existencia. Es el aviso de que la muerte existe, una advertencia de la propia mortalidad y una señal de que todo tiene un fin.⁵

Al confrontarnos con la muerte, la angustia remueve toda nuestra existencia. Es la que nos marca límites y hace patente nuestra fragilidad. Gracias a ella somos capaces de cuestionar nuestro quehacer diario, de buscarle sentido a la vida, de plantearnos ciertas preguntas y de inconformarnos con las respuestas cotidianas. Esto es lo que la escuela existencialista de la posguerra llamó la angustia existencial.⁶ Es una vivencia necesaria para el ser humano, la que se encuentra detrás de la creatividad, el crecimiento y la curiosidad. Sustenta los riesgos que implica la libertad y la autonomía. Es una experiencia paradójica porque al hacer patente la presencia de la muerte, se alía con las fuerzas más poderosas de la vida.

Pero paralela a la angustia existencial, fusionándose con ella, confundiendo y entrecruzándose, se encuentra la angustia vital, patológica, neurótica o endógena, calificativos que reflejan los distintos modos de concebir un fenómeno psicopatológico bastante común en la clínica médica.⁴ Esta es una angustia estéril, que no lleva a ninguna parte. Es el sufrimiento por el sufrimiento que lejos de estimular el desarrollo, ocasiona desorganización.

En ella imperan las fuerzas regresivas. Paraliza la curiosidad y frena la creatividad. Confina al individuo a su propio espacio, le niega expectativas, le impide la autonomía, interfiere con su libertad y coarta su capacidad para decidir. Es la angustia de las fobias, las obsesiones, las culpas, los celos, la hipocondría, la desconfianza, la paranoia, la impotencia, el terror a la desintegración, el insomnio y los síntomas psicósomáticos.

El gran reto a que se enfrenta el clínico moderno es el poder distinguir entre ambos tipos de angustia ¿Cuándo es existencial y cuándo es patológica? Establecer la diferencia no es tarea fácil. Los límites entre ambas son confusos porque el lenguaje que emplean es el mismo. Además, el crecimiento y la creación son procesos que conllevan sufrimiento y la incertidumbre es parte de la vida.⁷

La responsabilidad del clínico para distinguir entre ambas situaciones no nada más es académica, sino que acarrea consecuencias prácticas de suma gravedad para los enfermos. Una decisión correcta puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Las actitudes del médico, los familiares y el propio enfermo hacia el cuadro ansioso varían de acuerdo con la distinción que se haga. Habrá veces en que lo más conveniente sea dejar que la angustia fluya para que el paciente asuma su propia responsabilidad ante la existencia. En otras, lo más conveniente es actuar con energía para detener de inmediato el episodio mórbido. Otros elementos que incrementan la responsabilidad del clínico son la eficacia y la potencia de los nuevos agentes terapéuticos, que como todos los medicamentos efectivos, encierran promesas y peligros.⁸

El tema de la angustia es un buen ejemplo de cómo la falta de una conceptualización inadecuada de un fenómeno puede tener consecuencias prácticas de importancia. Hago esta reflexión, porque lo más común es que los médicos tomemos decisiones basándonos en hechos concretos y objetivos. El ejercicio de la medicina así lo demanda. Incluso es impresionante la cantidad de datos y conocimientos que se requieren para poder ejercerla. Así es fundamental saber cifras exactas de laboratorio, nombres de enfermedades, de fármacos y de substancias químicas. Hay un exceso en la demanda de conocimientos factuales y precisos. Esta tendencia opaca la necesidad de conceptualizar y de manejar nociones abstractas, práctica mucho más frecuente en mi especialidad, la psiquiatría, en donde a veces es mucho más importante tener ideas claras y bien localizadas, que coleccionar datos y conocimientos. La abstracción y la teorización pueden muy bien tener consecuencias prácticas, tal y como lo he tratado de demostrar en esta presentación.

Referencias

1. Weissman M. M. The Hidden Patient: Unrecognized Panic Disorder. *J. Clin Psychiatry*, 1990; 51:11 (suppl) 5-8.
2. Guttmacher L. B., Murphy D L, Insel T.R. Pharmacologic models of anxiety. *Compr. Psychiatry*, 1983;24:312-326.
3. Glodstein K. The organism, a holistic approach to biology. 1939; American Book Company, New York.
4. López Ibor J. J. La angustia vital, 1950, Ed. Paz Montalvo, Madrid España.
5. Kierkegaard S. The concept of Drar. English Translation of *Begrebet Angst*. 1844. University Press, Princeton 1946.
6. Binswanger L. The existential analysis school of thought. 1958. *En Existence. A New Dimension in Psychiatry* Ed May R, Angel E, Ellenberger H. F. Basic Books, New York.
7. Hillman J. Emotion. A comprehensive Phenomenology of Theories and their meanings for therapy. 1960. Roudledge and Kegan Paul, London.
8. Fyer A. J., Sandberg D. Pharmacologic Treatment of Panic Disorders. 1988 Ed. Frances A J, hales R E. *En Review of Psychiatry* Vol 7. American Psychiatry Press. Washington.