

**SCOTT STOSSEL**

# **ANSIEDAD ANSIEDAD**

**MIEDO, ESPERANZA  
Y LA BÚSQUEDA  
DE LA PAZ INTERIOR**

**Seix Barral**



**Seix Barral** Los Tres Mundos

---

# **Scott Stossel**

## **Ansiedad**

Miedo, esperanza  
y la búsqueda de la paz interior

Traducción del inglés por  
Santiago del Rey

Título original: *My Age of Anxiety*

© Scott Stossel, 2014

© por la traducción, Santiago del Rey, 2014

© Editorial Planeta, S. A., 2014

Seix Barral, un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

[www.seix-barral.es](http://www.seix-barral.es)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Primera edición: septiembre de 2014

ISBN: 978-84-322-2294-8

Depósito legal: B. 15.058-2014

Composición: La Nueva Edimac, S. L.

Impresión y encuadernación: Unigraf, S. L.

*Printed in Spain* - Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como **papel ecológico**.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

## ÍNDICE

### PRIMERA PARTE

#### EL ENIGMA DE LA ANSIEDAD

- 13** 1. La naturaleza de la ansiedad
- 49** 2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de ansiedad?

### SEGUNDA PARTE

#### LA HISTORIA DE MI ESTÓMAGO NERVIOSO

- 89** 3. Un ruido de tripas
- 129** 4. Pánico escénico

### TERCERA PARTE

#### MEDICACIÓN

- 199** 5. «Un saco de enzimas»
- 235** 6. Una breve historia del pánico:  
o cómo crearon los fármacos un nuevo trastorno
- 261** 7. La medicación y el sentido de la ansiedad

### CUARTA PARTE

#### INNATO O ADQUIRIDO

- 299** 8. La ansiedad de separación
- 341** 9. Aprensivos y combativos: la genética de la ansiedad
- 383** 10. Tiempos de ansiedad

QUINTA PARTE  
REDENCIÓN Y RESILIENCIA

407 11. Redención

427 12. Resiliencia

441 *Agradecimientos*

445 *Notas*

473 *Bibliografía*

501 *Índice analítico*

# 1

## LA NATURALEZA DE LA ANSIEDAD

*Ningún Gran Inquisidor tiene preparadas torturas tan terribles como la angustia; ningún espía sabe cómo atacar con tanta astucia al hombre del que sospecha, escogiendo el momento en que se encuentra más débil, ni sabe tenderle tan bien una trampa para atraparlo como sabe hacerlo la angustia, y ningún juez, por perspicaz que sea, sabe interrogar y sondear al acusado como lo hace la angustia, que no lo deja escapar jamás, ni con distracciones y bullicio, ni en el trabajo ni en el ocio, ni de día ni de noche.*

SØREN KIERKEGAARD, *El concepto de la angustia* (1844)\*

*No cabe duda de que el problema de la angustia es un punto nodal en el que confluyen las cuestiones más diversas y decisivas, un enigma cuya solución habría de arrojar una intensa luz sobre toda nuestra vida mental.*

SIGMUND FREUD, *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933)

\* En castellano, el *Angst* se ha traducido siempre como «angustia», no como «ansiedad». Aunque ambos términos suelen usarse como sinónimos, en psiquiatría se establece cierta distinción entre el trastorno de carácter psicológico, la ansiedad, y su dimensión orgánica, la angustia. En esta edición castellana, *anxiety* se traduce siempre como «ansiedad», salvo en el contexto de la obra de Freud, Kierkegaard y Sartre, donde se ha optado por «angustia», que es el término consagrado en las traducciones de estos autores. (*N. del t.*)

Tengo una lamentable tendencia a flaquear en los momentos cruciales.

Por ejemplo: de pie frente al altar de una iglesia de Vermont, mientras aguardo a que la mujer que va a ser mi esposa recorra la nave central para casarse conmigo, empiezo a sentirme horriblemente indispuerto. No algo mareado, sino presa de temblores y de unas náuseas tremendas y, sobre todo, de sudores. Hace calor en la iglesia —estamos a principios de julio—, y mucha gente transpira inevitablemente con sus trajes y sus vestidos de verano. Pero no como yo. Mientras suena la marcha nupcial, el sudor me empieza a perlar la frente y el labio superior. En las fotos de la boda, se me ve muy tenso en el altar, con una lúgubre sonrisita en la cara, mientras observo cómo mi prometida recorre el pasillo del brazo de su padre. Susanna está resplandeciente en esas fotos; yo, brillante de sudor. Cuando se sitúa a mi lado en la cabecera de la iglesia, el sudor ya me resbala hacia los ojos y me gotea sobre el cuello de la camisa. Nos volvemos hacia el pastor. Detrás de él están los amigos que van a encargarse de las lecturas, y veo que me observan con manifiesta inquietud. «¿Qué le ocurre? —me imagino que están pensando—. ¿Irá a desmayarse?» Me basta concebir esos pensamientos para sudar aún más. Mi padrino, situado a mi espalda, me da un golpecito en el hombro y me tiende un pañuelo de papel para que me seque la frente. Mi amiga Cathy, sentada a muchas filas de distancia, me contará luego que ha sentido el impulso de llevarme un vaso de agua. Daba la impresión, me dijo, de que acabara de correr un maratón.

La expresión de los encargados de las lecturas ha pasado de reflejar una ligera inquietud a lo que a mí me parece un horror indisimulado: «¿Va a morir ahí en medio?». Yo también empiezo a preguntármelo, porque ahora me he puesto a tiritar. No me refiero a un leve temblor, a un estado trémulo que solo se volvería evidente si sujetara una hoja de papel, no: me siento al borde de una convulsión. Me concentro para evitar que me fallen las piernas como a un epiléptico y confío en que mis pantalones sean lo bastante holgados como para que

mis temblores no resulten demasiado visibles. Ahora estoy apoyado en mi inminente esposa —imposible ocultarle los temblores a ella—, quien por su parte hace todo lo posible para sostenerme.

El pastor habla con voz monótona. No tengo ni idea de lo que dice. (No estoy «viviendo el presente», por utilizar esa expresión.) Rezo para que se apresure y yo pueda librarme de este tormento. Él hace una pausa y nos mira a mi prometida y a mí. Al verme —el brillo del sudor, el pánico en mis ojos—, se alarma. «¿Se encuentra bien?», pregunta solo con los labios. Yo asiento con desesperación. (Porque ¿qué haría si le dijera que no? ¿Mandaría desalojar la iglesia? Mi mortificación alcanzaría un grado insoportable.)

Mientras el pastor reanuda su sermón, yo me dedico a combatir activamente contra tres cosas: el temblor de mis piernas, el impulso acuciante de vomitar y el desmayo. Y lo que estoy pensando es: «Sácame de aquí». ¿Por qué? Porque hay casi trescientas personas —amigos, familiares y colegas— mirando cómo nos casamos, y yo estoy al borde del colapso. He perdido el control sobre mi cuerpo. Se supone que este es uno de los momentos más felices e importantes de mi vida, y yo me siento fatal. No estoy seguro de que llegué a sobrevivir.

Mientras sudo y tiemblo y siento que me desvanezco, mientras me debato para seguir el rito nupcial (diciendo «Sí, quiero», poniendo los anillos, besando a la novia), no deja de mortificarme lo que todos (los padres de mi esposa, sus amigos, mis colegas) deben de estar pensando al verme: «¿Se está arrepintiendo? ¿Esto es una prueba de su debilidad intrínseca? ¿De su cobardía? ¿De su inadecuación para el matrimonio?». Cualquier duda que tuviera alguna de las amigas de mi esposa, me temo, se ve ahora confirmada. «Lo sabía —imagino que pensará esa amiga—. Esto demuestra claramente que no merece casarse con ella.» Me siento como si me hubiera dado una ducha con la ropa puesta. Mis glándulas sudoríparas —mi fragilidad física, mi endeble fibra moral— han sido expuestas ante todo el mundo. La falta de valía de mi propia existencia ha quedado en evidencia.



Por suerte, la ceremonia concluye. Empapado en sudor, recorro la nave de la iglesia aferrado al brazo de mi nueva esposa y, cuando salimos afuera, remiten los agudos síntomas físicos. No voy a sufrir convulsiones. No voy a desmayarme. Pero al saludar a la hilera de invitados y, más tarde, al beber y bailar en la recepción, me limito a hacer una pantomima de felicidad. Sonríe a la cámara, estrecho manos... y querría morirme. ¿Por qué no? He fracasado en una de las tareas masculinas más básicas: contraer matrimonio. ¿Cómo me las he arreglado para fastidiarla también en esto? Durante los tres días siguientes, experimento una desesperación brutal, desgarradora.

*La ansiedad mata relativamente a pocas personas, pero muchas aceptarían gustosas la muerte como una alternativa a la parálisis y el sufrimiento provocados por las formas más graves de ansiedad.*

DAVID H. BARLOW, *Anxiety and Its Disorders*  
[La ansiedad y sus trastornos] (2004)

Mi boda no constituyó la primera ocasión en la que sufrí una crisis, ni tampoco la última. Durante el nacimiento de nuestro primer hijo, las enfermeras tuvieron que dejar de atender unos momentos a mi esposa, que estaba en plenos dolores de parto, para ocuparse de mí, que me puse lívido y me desplomé en el suelo. Me he quedado paralizado de un modo mortificante en medio de conferencias y presentaciones públicas, y me he visto obligado a abandonar el estrado precipitadamente varias veces. He dejado plantada a más de una cita, he tenido que salir de exámenes y he sufrido crisis nerviosas en entrevistas de trabajo, en viajes en avión, en tren y en coche e incluso caminando por la calle. En días corrientes, haciendo cosas corrientes —leyendo un libro, tumbado en la cama, hablando por teléfono, sentado en una reunión, jugando a tenis—, me he visto asaltado miles de veces por una abrumadora sensación de angustia existencial y aquejado de náuseas, vértigo, temblores y toda una panoplia de síntomas

físicos. En tales casos, he llegado a creer a veces que la muerte, o algo en cierto modo peor, era inminente.

Incluso cuando no me hallo bajo los efectos de estos episodios agudos, vivo zarandeado por la inquietud: sobre mi salud y la salud de los miembros de mi familia; sobre mis finanzas; sobre el trabajo; sobre el ruidito del coche y las filtraciones del sótano; sobre el avance de la vejez y la inevitabilidad de la muerte; sobre todo y sobre nada. A veces esta inquietud se transforma en un malestar físico de baja intensidad —dolores de estómago y de cabeza, mareos, molestias en brazos y piernas— o en un malestar general, como si tuviera la gripe o una mononucleosis. En varias ocasiones he desarrollado dificultades, inducidas por la ansiedad, para respirar, para tragar e incluso para andar, y esas dificultades se convierten entonces en una obsesión y acaparan todos mis pensamientos.

Sufro asimismo una serie de fobias o miedos concretos. Por citar solo algunos: a los espacios cerrados (claustrofobia), a la altura (acrofobia), al desmayo (astenofobia), a quedar atrapado lejos de casa (una variante de la agorafobia), a los gérmenes (bacilofobia), al queso (turofobia), a hablar en público (un tipo de fobia social), a volar (aerofobia), a vomitar (emetofobia) y, naturalmente, a vomitar en un avión (aeronausifobia).

Cuando era niño y mi madre iba a la Facultad de Derecho por la noche, me pasaba la velada en casa con una canguro, aterrorizado por la idea de que mis padres habían muerto en un accidente de coche o me habían abandonado (el término clínico para estos temores es *ansiedad de separación*); a los siete años había desgastado la moqueta de mi habitación a base de deambular de aquí para allá, deseando que mis padres volvieran a casa. En primer curso, pasé durante meses casi todas las tardes en el despacho de la enfermera del colegio, aquejado de dolores de cabeza psicósomáticos, suplicando que me dejaran volver a casa. En tercer curso, los dolores de estómago habían reemplazado a las cefaleas, pero mi alicaída peregrinación diaria a la enfermería no había variado. En secundaria, perdía adrede los partidos de tenis y squash para

evitarme la ansiedad martirizante que me provocaban las situaciones competitivas. En la única cita que tuve durante toda la secundaria, cuando la chica se inclinó para recibir un beso en un momento especialmente romántico (estábamos a la intemperie, contemplando las constelaciones con su telescopio), la ansiedad se apoderó de mí y tuve que apartarme por temor a vomitar. Me quedé tan avergonzado que dejé de responder a sus llamadas.

En resumen, desde los dos años, aproximadamente, he sido un tembloroso compendio de fobias, miedos y neurosis. Y desde los diez, cuando me llevaron por primera vez a que me examinaran a una clínica mental y me remitieron a un psiquiatra para ser sometido a tratamiento, he intentado superar mi ansiedad de distintas maneras.

He aquí los métodos que he probado: psicoterapia individual (tres décadas), terapia familiar, terapia de grupo, terapia cognitivoconductual (TCC), terapia racional emotiva (TREC), terapia de aceptación y compromiso (ACT), hipnosis, meditación, interpretación de roles, terapia de exposición interoceptiva, terapia de exposición en vivo, terapia expresiva de apoyo, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), libros de autoayuda, masaje terapéutico, oración, acupuntura, yoga, filosofía estoica y unas cintas de audio anunciadas en un programa de televisión de madrugada.

Y fármacos también. Montones de ellos. Torazina. Imipramina. Desipramina. Clorfeniramina. Nardil. BuSpar. Prozac. Zoloft. Paxil. Wellbutrin. Effexor. Celexa. Lexapro. Cymbalta. Luvox. Trazodona. Levoxyl. Propranolol. Tranxene. Serax. Centrax. Hierba de San Juan. Zolpidem. Valium. Librium. Ativan. Xanax. Klonopin.

También: cerveza, vino, ginebra, bourbon, vodka y whisky.

Y he aquí lo que ha funcionado: nada.

En realidad, eso no es del todo cierto. Algunos medicamentos me han ayudado un poco durante períodos concretos. La Torazina (un antipsicótico que solía tipificarse como un poderoso sedante) y la imipramina (un antidepresivo tricíclico) combinadas me ayudaron a mantenerme fuera del

hospital psiquiátrico durante los últimos cursos de primaria, a principios de los ochenta, cuando vivía devorado por la ansiedad. La desipramina, otro tricíclico, me permitió salir adelante entre los veintiuno y los veinticinco. El Paxil (un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, o ISRS) me redujo considerablemente la ansiedad durante seis meses, ya próximo a cumplir los treinta, hasta que el temor volvió a irrumpir de nuevo. Grandes cantidades de Xanax, propranolol y vodka me permitieron (a duras penas) sobrellevar una gira de promoción editorial y varias conferencias y apariciones televisivas a los treinta y pocos. Un whisky escocés doble, junto con un Xanax y un Dramamine, administrados antes del despegue, consiguen a veces que volar me resulte más soportable, y dos whiskies dobles, administrados en rápida sucesión, pueden difuminar la angustia existencial, haciendo que parezca más borrosa y lejana.

No obstante, ninguno de esos tratamientos ha reducido la ansiedad de fondo que parece inscrita en mi alma y conectada a mi cuerpo, y que a veces convierte mi vida en un penoso sufrimiento. A medida que pasan los años, la esperanza de curarme de mi ansiedad se ha ido desvaneciendo para transformarse en un resignado deseo de llegar a aceptarla, de encontrar algún elemento redentor o una pequeña compensación en el hecho de ser, con excesiva frecuencia, un tembloroso y gimiendo desecho neurótico.

*La ansiedad es la característica mental más destacada de la civilización occidental.*

R. R. WILLOUGHBY, *Magic and Cognate Phenomena*  
[Magia y fenómenos cognitivos] (1935)

La ansiedad y los trastornos afines constituyen la forma más común de las enfermedades mentales oficialmente clasificadas en Estados Unidos, más incluso que la depresión y otros trastornos del estado de ánimo. Según el Instituto Nacional de Salud Mental, unos cuarenta millones de estadounidenses, cerca de uno de cada siete, sufren actualmente algún

tipo de ansiedad, lo que representa un 31 por ciento del gasto en atención mental en Estados Unidos.<sup>I</sup> Según datos epidemiológicos recientes, la «prevalencia vital» de los trastornos de ansiedad es superior al 25 por ciento,<sup>II</sup> lo cual, de ser cierto, significa que uno de cada cuatro estadounidenses se verá aquejado de una ansiedad incapacitante en algún momento de su vida. Y es, en efecto, incapacitante: algunos estudios académicos recientes sostienen que las deficiencias psíquicas y físicas ligadas a un trastorno de ansiedad son equivalentes a las ocasionadas por la diabetes: normalmente tratables, a veces fatales y, en todo caso, una seria molestia con la que lidiar. Un estudio publicado en 2006 en *The American Journal of Psychiatry*<sup>III</sup> mostraba que los estadounidenses perdían al año, en conjunto, 321 millones de días de trabajo a causa de la ansiedad y la depresión, con un coste para la economía de cincuenta mil millones de dólares anuales. Otro estudio de 2001, publicado por la Oficina de Estadística Laboral, estimaba que la media de días perdidos por los trabajadores estadounidenses aquejados de ansiedad o trastornos de estrés es de 25 por año.<sup>V</sup> En 2005 —tres años antes de que estallara la reciente crisis económica— se tramitaron en Estados Unidos cincuenta y tres millones de recetas solamente de dos ansiolíticos: Ativan y Xanax.<sup>V</sup> (En las semanas siguientes al 11-S, las recetas de Xanax ascendieron un 9 por ciento en todo el país, y un 22 por ciento en la ciudad de Nueva York.)<sup>VI</sup> En septiembre de 2008, el desplome económico provocó un gran aumento de prescripciones de medicamentos en Nueva York;<sup>VII</sup> mientras los bancos se iban al garete y la Bolsa entraba en caída libre, las recetas de antidepresivos y ansiolíticos aumentaron un 9 por ciento respecto al año anterior, mientras que las de somníferos experimentaron un incremento del 11 por ciento.

Aunque algunos han afirmado que la ansiedad es un mal particularmente estadounidense, no solo los norteamericanos lo padecen. Un informe publicado en 2009<sup>VIII</sup> por la Fundación de Salud Mental en Inglaterra mostraba que el 15 por ciento de los habitantes del Reino Unido sufren un trastorno de ansiedad, y que estos índices van en aumento: el 37 por ciento de los

británicos declaran sentirse más atemorizados de lo que solían. Un estudio reciente<sup>ix</sup> aparecido en *The Journal of the American Medical Association* observaba que la ansiedad clínica es en muchos países el trastorno emocional más común. Un exhaustivo análisis global<sup>x</sup> de los estudios sobre la ansiedad, publicado en 2006 en el *Canadian Journal of Psychiatry*, concluía que una de cada seis personas padecerá en todo el mundo un trastorno de ansiedad durante al menos un año en el transcurso de su vida; otros estudios arrojan resultados similares.<sup>xi</sup>

Por supuesto, estas cifras se refieren solo a las personas, como yo, que, según el criterio diagnóstico algo arbitrario establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría, pueden clasificarse como *clínicamente* ansiosas. La ansiedad, sin embargo, se extiende mucho más allá de los individuos considerados oficialmente enfermos mentales. Los médicos de atención primaria aseguran<sup>xii</sup> que la ansiedad es una de las dolencias más frecuentes que llevan a los pacientes a su consulta: más frecuente, según algunos, que el resfriado común. Un estudio a gran escala de 1985<sup>xiii</sup> revelaba que la ansiedad motivaba más del 11 por ciento de las visitas a los médicos de familia; un estudio realizado al año siguiente reflejaba que uno de cada tres pacientes se quejaba a su médico de cabecera de «ansiedad grave».<sup>xiv</sup> (Otros estudios han mostrado que el 20 por ciento de los pacientes de atención primaria en Estados Unidos toman alguna benzodiazepina, como Valium o Xanax.)<sup>xv</sup> Y casi cualquier persona ha experimentado en algún momento un acceso de ansiedad, o de temor, estrés o inquietud, que son fenómenos distintos pero relacionados con ella. (Los incapaces de sentir ansiedad sufren, por lo general, trastornos más profundos —y son más peligrosos para la sociedad— que quienes la experimentan aguda o irracionalmente: son sociópatas.)

Pocos discutirán hoy en día que el estrés crónico es un sello característico de nuestra época o que la ansiedad se ha convertido en una especie de condición cultural de la modernidad. Como se ha dicho muchas veces desde el principio de la era atómica, vivimos en una época de ansiedad, y ello, aun-

que sea un cliché, parece haberse vuelto incluso más cierto en los últimos años, cuando Estados Unidos se ha visto asediado en una rápida secuencia por el terrorismo, el desastre económico y una transformación social generalizada.

Y, sin embargo, hace solo treinta años la ansiedad no existía per se como categoría clínica. En 1950, cuando el psicoanalista Rollo May publicó *The Meaning of Anxiety* [El significado de la ansiedad], observó que hasta entonces solo otros dos autores, Søren Kierkegaard y Sigmund Freud, habían dedicado todo un libro al análisis del concepto de ansiedad. En 1927, según el listado de los *Psychological Abstracts*, no se habían publicado más que tres estudios académicos sobre la ansiedad; en 1941, había solamente catorce, y todavía en 1950, llegaban solo a treinta y siete. La primera conferencia académica exclusivamente dedicada al tema de la ansiedad no se celebró hasta junio de 1949. Solo en 1980 —después de que los fármacos para tratar la ansiedad hubieron sido desarrollados y comercializados— se incluyeron por fin los trastornos de ansiedad en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, desplazando a las neurosis freudianas. En un sentido importante, el tratamiento precedió al diagnóstico: es decir, el descubrimiento de los fármacos ansiolíticos dio lugar a la creación de la ansiedad como categoría diagnóstica.

Actualmente, se publican millares de artículos al año sobre la ansiedad y hay varias revistas académicas enteramente dedicadas al tema. La investigación sobre la ansiedad aporta constantemente nuevas ideas y descubrimientos, no solo sobre las causas y el tratamiento de la misma, sino también, de un modo más general, sobre cómo funciona la mente: sobre las relaciones entre mente y cuerpo, entre genes y conducta, entre moléculas y emoción. Ahora, mediante la tecnología de imagen por resonancia magnética funcional (IRMf), podemos situar algunas emociones subjetivas en distintas zonas específicas del cerebro e incluso distinguir varios tipos de ansiedad a partir de sus efectos visibles en el funcionamiento cerebral. Por ejemplo, la inquietud generalizada sobre el futuro

(mi preocupación por si la industria editorial sobrevivirá lo suficiente como para que este libro salga a la luz, o por si mis hijos podrán permitirse ir a la universidad) suele aparecer como una hiperactividad en los lóbulos frontales del córtex cerebral. La ansiedad extrema que sienten algunas personas cuando hablan en público (como el puro terror —mitigado con medicamentos y alcohol— que yo sentía el otro día mientras daba una conferencia), o que experimentan algunas personas tremendamente tímidas al relacionarse socialmente, suele aparecer como una actividad excesiva en el llamado cíngulo anterior. La ansiedad obsesivo-compulsiva, en cambio, puede manifestarse en un escáner cerebral como una perturbación en el circuito de enlace entre los lóbulos frontales y los centros cerebrales inferiores situados en los ganglios basales. Ahora sabemos, gracias a la investigación pionera del neurocientífico Joseph LeDoux en la década de los ochenta, que las emociones y los comportamientos de temor son producidos de un modo u otro por (o al menos procesados a través de) la amígdala cerebral, un diminuto órgano con forma de almendra, situado en la base del cerebro, que se ha convertido en los últimos quince años en el objetivo de gran parte de la investigación neurocientífica sobre la ansiedad.

También sabemos mucho más de lo que sabían Kierkegaard o Freud sobre el papel de los neurotransmisores —como la serotonina, la dopamina, el ácido gamma-aminobutírico, la norepinefrina y el neuropéptido Y— en la reducción o el aumento de la ansiedad. Y sabemos que hay un fuerte componente genético en la ansiedad; incluso estamos empezando a conocer con detalle en qué consiste ese componente. En 2002, por citar solo un ejemplo entre centenares, unos investigadores de la Universidad de Harvard identificaron lo que los medios de comunicación bautizaron como el *gen Woody Allen*,<sup>xvi</sup> porque activa un grupo específico de neuronas en la amígdala cerebral y en otras localizaciones cruciales del circuito neural que controla las conductas de temor. Actualmente, los investigadores se están concentrando en numerosos «genes candidatos» similares, midiendo la relación estadística



entre ciertas variantes genéticas y ciertos trastornos de ansiedad, y estudiando los mecanismos químicos y neuroanatómicos que actúan como mediadores en dicha relación, con el objetivo de descubrir qué es exactamente lo que convierte una predisposición genética en un sentimiento o un trastorno de ansiedad.

«Lo realmente excitante aquí, en el estudio de la ansiedad como emoción y como trastorno —dice el doctor Thomas Insel, jefe del Instituto Nacional de Salud Mental—, es que se trata de uno de los campos donde podemos empezar a hacer la transición desde el conocimiento de las moléculas, las células y el sistema nervioso hasta la emoción y la conducta. Ahora, finalmente, podemos trazar las líneas entre los genes, las células y el cerebro y las funciones cerebrales.»<sup>xvii</sup>

*El temor surge de una debilidad de la mente y, por tanto, no pertenece al uso de la razón.*

BARUCH SPINOZA (hacia 1670)

Y, no obstante, pese a todos los avances aportados por el estudio de la neuroquímica y la neuroanatomía, mi propia experiencia indica que el campo de la psicología sigue desgarrado por las disputas sobre las causas y el tratamiento de la ansiedad. Los psicofarmacólogos y los psiquiatras que he consultado me dicen que los medicamentos son un *tratamiento* para mi ansiedad; los terapeutas cognitivoconductuales con los que a veces he hablado me dicen que los medicamentos son en parte la *causa* de la misma.

El conflicto entre la terapia cognitivoconductual y la psicofarmacología no es más que el último avatar de un debate que tiene varios milenios de antigüedad. La biología molecular, la bioquímica, el análisis regresivo, la imagen por resonancia magnética funcional, todos estos adelantos han aportado rigor científico y descubrimientos, así como formas de tratamiento que Freud y sus antecesores intelectuales difícilmente podrían haber soñado. Y, no obstante, si por un lado es cierto lo que afirma Thomas Insel, del Instituto Nacional de

Salud Mental, en el sentido de que la investigación sobre la ansiedad se halla en la vanguardia del estudio científico de la psicología humana, también es cierto, por otro lado, que en un sentido muy importante no hay nada nuevo bajo el sol.

Los antecedentes de los terapeutas cognitivoconductuales pueden remontarse hasta el filósofo judío-holandés del siglo XVII Baruch Spinoza, quien creía que la ansiedad era un mero problema de lógica. Un pensamiento defectuoso nos hace temer lo que no podemos controlar, sostenía Spinoza, anticipándose en más de trescientos años a los argumentos de los terapeutas cognitivoconductuales sobre cogniciones defectuosas. (Si no podemos controlar algo, no vale la pena temerlo, puesto que el miedo no consigue nada.) La filosofía de Spinoza parece haber resultado efectiva para él: sus biógrafos lo presentan como un individuo de extraordinaria serenidad. Unos mil seiscientos años antes de Spinoza, el filósofo estoico Epicteto anticipó la misma idea sobre las cogniciones defectuosas. «No son las cosas las que perturban a la gente, sino la visión que tienen de ellas», escribió en el siglo I. Para Epicteto, las raíces de la ansiedad no se encuentran en nuestra biología, sino en cómo percibimos la realidad. La cuestión, para aliviar la ansiedad, es «corregir las percepciones erróneas» (tal como dicen los terapeutas cognitivoconductuales). De hecho, los estoicos podrían ser los verdaderos progenitores de la terapia cognitivoconductual (TCC). Cuando Séneca, contemporáneo de Epicteto, escribió: «Son más las cosas que nos alarman que las que nos dañan, y sufrimos más en nuestras aprensiones que en la realidad», estaba prefigurando con veinte siglos de antelación lo que Aaron Beck, el fundador oficial de la TCC, afirmarí­a en los años cincuenta.<sup>1</sup>

Los antecedentes intelectuales de la moderna psicofarmacología se remontan a una época todavía anterior. Hipócrates, el gran médico de la antigua Grecia, concluía en el siglo IV a. C. que la ansiedad patológica era un problema claramente bioló-

1. Séneca también estaba anticipando en cierto modo la famosa sentencia de Franklin D. Roosevelt: «Lo único que debemos temer es el temor».

gico y médico. «Si abrieras la cabeza [de un enfermo mental] —escribió—, encontrarías el cerebro húmedo, lleno de sudor e impregnado de mal olor.» Para Hipócrates, los «humores corporales» eran la causa de la locura; una repentina oleada de bilis en el cerebro producía la ansiedad. (Siguiendo a Hipócrates, Aristóteles dio una gran importancia a la temperatura de la bilis: la bilis caliente generaba calor y entusiasmo; la bilis fría provocaba ansiedad y cobardía.) En opinión de Hipócrates, la ansiedad y otros trastornos psiquiátricos eran un problema medicobiológico, y su tratamiento idóneo consistía en volver a instaurar entre los humores un equilibrio apropiado.<sup>2</sup>

Platón y sus seguidores, sin embargo, creían que la vida psíquica era autónoma de la fisiología y no aceptaban la idea de que la ansiedad y la melancolía tuvieran una base orgánica; el modelo biológico de la enfermedad mental era, en palabras de un filósofo griego de la Antigüedad, «tan vano como un cuento infantil».<sup>xviii</sup> Según el parecer de Platón, mientras que en ocasiones los médicos podían procurar alivio para las dolencias psicológicas menores (pues a veces los problemas emocionales tienen un reflejo en el cuerpo), los problemas emocionales profundamente arraigados solo podían ser abordados por los filósofos. La ansiedad y demás afecciones mentales no

2. Hipócrates creía que para conservar una buena salud física y mental era necesario mantener un equilibrio adecuado entre lo que él llamaba los cuatro humores o fluidos corporales: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. El equilibrio humoral relativo de una persona explicaba su temperamento. Mientras que alguien con una cantidad relativamente mayor de sangre poseía una tez rubicunda y un carácter más vivaz, o «sanguíneo», y era proclive a fogosos estallidos de cólera, alguien con una cantidad relativamente mayor de bilis negra tenía la piel morena y un carácter melancólico. Una mezcla óptima de humores (*eucrasia*) producía un estado saludable; cuando los humores sufrían un desequilibrio (*dyscrasia*), el resultado era la enfermedad. Aunque la teoría humoral de la mente está desacreditada hoy en día, se mantuvo vigente durante dos mil años, hasta el siglo XVIII, y todavía pervive en el uso de palabras como «bilioso» o «flemático» para describir la personalidad de la gente, así como en el enfoque biomédico de la ansiedad y de las dolencias mentales en general.

surgían de desequilibrios fisiológicos, sino de una falta de armonía del alma; para lograr su curación se requería un autoconocimiento más profundo, un mayor autocontrol y un modo de vida guiado por la filosofía. Platón creía que (como lo formula un historiador de la ciencia) «si el cuerpo y la mente están en términos generales en buen estado, cabe recurrir a un médico para solventar males menores, del mismo modo que uno llama a un fontanero; pero si la estructura general se halla deteriorada, la intervención de un médico es inútil». <sup>XIX</sup> Desde este punto de vista, la filosofía era el único método adecuado para tratar el alma.

«Paparruchas —decía Hipócrates—. Todo lo que han escrito los filósofos<sup>XX</sup> sobre ciencia natural tiene tanto que ver con la medicina como con la pintura», afirmó.<sup>3</sup>

Así pues, ¿la ansiedad patológica es una enfermedad mental, como sostienen Hipócrates y Aristóteles y los farmacólogos modernos? ¿O es un problema filosófico, como afirman Platón y Spinoza y los terapeutas cognitivoconductuales? ¿Es un problema psicológico, producto de traumas infantiles y de la inhibición sexual, como sostienen Freud y sus acólitos? ¿O es un estado espiritual, tal como afirmaron Søren Kierkegaard y sus descendientes existencialistas? ¿O es, por último —como han sostenido W. H. Auden, David Riesman, Erich Fromm, Albert Camus y montones de comentaristas modernos—, un estado cultural, producto de los tiempos que vivimos y de la estructura de nuestra sociedad?

Lo cierto es que la ansiedad depende al mismo de tiempo

3. O, en todo caso, lo afirmó alguno de sus seguidores. La mayoría de los historiadores consideran que los supuestos «escritos hipocráticos» que han llegado hasta nosotros son obra, en realidad, de una serie de médicos que seguían las ideas de Hipócrates. Algunos de los textos de este corpus proceden de un período posterior a su muerte y se cree que fueron escritos por su yerno, Polibo. Los hijos de Hipócrates, Draco y Tésalo, también se convirtieron en médicos famosos. En aras de la simplicidad, trato aquí los escritos hipocráticos como si fueran obra de un solo hombre, ya que el modo de pensar que reflejan deriva directamente de él.

de la biología y la filosofía, del cuerpo y de la mente, del instinto y la razón, de la personalidad y la cultura. Aun cuando la ansiedad se experimenta en un plano espiritual y psicológico, es mensurable a nivel molecular y fisiológico. Es producto de la naturaleza y es producto de la educación. Es un fenómeno psicológico y un fenómeno sociológico. En términos informáticos, es a la vez un problema de hardware (tengo conexiones deficientes) y un problema de software (manejo programas de lógica defectuosa que me dictan pensamientos ansiosos). Los orígenes del temperamento presentan muchas facetas; las tendencias emocionales que parecen proceder de una sola fuente —un gen anómalo, digamos, o un trauma infantil— acaso obedecen a más factores. Al fin y al cabo, ¿quién puede afirmar que la tan cacareada ecuanimidad de Spinoza no derivaba tanto de su filosofía como de su biología? ¿No podría ser que un bajo nivel, genéticamente programado, de reactividad autónoma hubiera generado su serena filosofía, y no al contrario?

*Las neurosis no solo se generan por experiencias individuales accidentales, sino también por las condiciones culturales específicas bajo las cuales vivimos [...] Es una condición individual determinante, por ejemplo, tener una madre dominante o «abnegada», pero solo bajo ciertas condiciones culturales encontramos madres dominantes o abnegadas.*

KAREN HORNEY, *La personalidad neurótica de nuestro tiempo* (1937)

Yo no tengo que buscar mucho para encontrar pruebas de que la ansiedad es un rasgo de familia. Mi bisabuelo, Chester Hanford, decano durante muchos años de los estudiantes de Harvard, fue ingresado a finales de los años cuarenta en el hospital McLean, la famosa institución mental de Belmont, Massachusetts, aquejado de un acceso agudo de ansiedad. Los últimos treinta años de su vida fueron con frecuencia un suplicio. Aunque la medicación y el tratamiento de electroshock lograban a veces aplacar su padecimiento, se trataba solo de

remisiones temporales y, en sus peores momentos, durante los años sesenta, quedaba postrado en posición fetal en su dormitorio y emitía, recuerdan mis padres, un lamento de sonido inhumano. Abrumada por la responsabilidad de cuidar de él, su esposa, mi bisabuela, una mujer formidable e inteligente, murió en 1969 de una sobredosis de whisky y somníferos.

El hijo de Chester Hanford es mi abuelo materno. Ahora, con noventa y tres años, es un hombre extraordinariamente capaz y, en apariencia, muy seguro de sí mismo. Sin embargo, tiene un temperamento propenso a la inquietud y ha pasado gran parte de su vida agobiado por una serie de rituales característicos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que está clasificado oficialmente como una variante del trastorno de ansiedad. Por ejemplo: nunca sale de un edificio si no es por la puerta por la que ha entrado, una superstición que a veces ocasiona complejas maniobras logísticas. Mi madre, a su vez, es una mujer tremendamente nerviosa y una inveterada aprensiva, y sufre muchas de las mismas fobias y neurosis que yo. Evita sistemáticamente las alturas (ascensores de cristal, telesillas), hablar en público y todo tipo de riesgos. Como a mí, la aterroriza vomitar. De joven sufrió graves y frecuentes ataques de pánico. En sus momentos de máxima ansiedad (o eso afirma mi padre, su exmarido), sus temores bordean la paranoia: cuando estaba embarazada de mí, cuenta mi padre, llegó a convencerse de que un asesino en serie con un Volkswagen amarillo vigilaba nuestro apartamento.<sup>4</sup> Mi hermana, menor que yo (solo somos dos), sufre un tipo de ansiedad distinta de la mía, pero de considerable intensidad. Ella también ha tomado Celexa, y Prozac y Wellbutrin y Nardil y Neurontin y BuSpar. Ninguno de estos fármacos funcionó en su caso y actualmente es tal vez uno de los pocos miembros adultos de la parte mater-

4. Hoy en día, mi madre y mi padre, divorciados desde hace quince años, discrepan sobre la gravedad de esa paranoia: mi padre se empeña en afirmar que era considerable; mi madre dice que era muy leve (y que, además, realmente había en aquel entonces un asesino en serie suelto).

na de la familia que no toma medicación psiquiátrica. (Otras personas de mi familia materna han dependido durante muchos años de los antidepresivos y los ansiolíticos.)

Solo con las pruebas aportadas por estas cuatro generaciones de mi familia materna (y hay un elemento psicopatológico adicional por el lado de mi padre, quien, durante gran parte de mi preadolescencia, bebía hasta quedar inconsciente cinco noches a la semana), no es descabellado concluir que tengo una predisposición genética a la ansiedad y la depresión.

Pero estos hechos, por sí solos, no son decisivos. Porque ¿no es posible que la transmisión de la ansiedad de una generación a otra en mi familia materna no tuviera nada que ver con los genes y sí, en cambio, con el entorno? En los años veinte, mis bisabuelos perdieron un hijo pequeño por una infección, lo cual resultó demoledor para ellos. Tal vez ese trauma, combinado con el posterior de ver cómo morían tantos de sus estudiantes en la Segunda Guerra Mundial, provocó una grieta en la psique de mi bisabuelo y, ya de paso, en la de mi abuelo. Mi abuelo iba a primaria cuando se produjo la muerte de su hermano y aún recuerda cómo permaneció sentado junto al diminuto ataúd mientras el coche fúnebre los llevaba al cementerio. Quizá mi madre adquirió, a su vez, sus propias ansiedades al presenciar las supersticiones y obsesiones de su padre y la angustia emocional de su abuelo (por no hablar de las ansiosas atenciones de la doña angustias de su madre); el término psicológico para esto es *modelo conductual*. Y quizá yo, al observar las fobias de mi madre, las adopté y las hice mías. Aunque existen pruebas considerables de que las fobias específicas —en especial las basadas en temores que habrían sido adaptativos en el estado natural, como las fobias a la altura, a las serpientes o a los roedores— son transmisibles genéticamente, o «preservadas de forma evolutiva», ¿no es igualmente plausible, si no más, concluir que yo aprendí a ser una persona temerosa viendo el comportamiento temeroso de mi madre? ¿O que la naturaleza en general inestable de mi entorno psicológico infantil —el incesante runrún ansioso de mi madre, las ausencias alcohólicas de mi padre, la

desdichada agitación de su matrimonio, que acabó en divorcio— creó en mí una sensibilidad similarmente inestable? ¿O que la paranoia y el pánico de mi madre mientras se hallaba embarazada de mí provocaron en el útero una tormenta hormonal de tales proporciones que yo estaba condenado de nacimiento a ser nervioso? Las investigaciones indican que las madres que sufren de estrés durante el embarazo tienen más probabilidades de concebir hijos ansiosos.<sup>5</sup> Thomas Hobbes, el filósofo político, nació prematuramente cuando su madre, aterrorizada por la noticia de que la Armada española se dirigía hacia las costas inglesas, se puso de parto a principios de abril de 1588. «El miedo y yo fuimos hermanos gemelos»,<sup>xxii</sup> escribió Hobbes, que atribuía su temperamento ansioso al parto prematuro de su madre provocado por el terror. Quizá la idea de Hobbes de que un Estado poderoso debe proteger a los ciudadanos de la violencia y el sufrimiento que estos se infligen unos a otros de forma natural (la vida, dijo en una de sus frases célebres, es desagradable, brutal y breve) se basaba en el carácter ansioso imbuido en él durante la gestación por las hormonas del estrés de su madre.

¿O bien las raíces de mi ansiedad son más profundas y generales que las cosas que he experimentado y los genes que he heredado, es decir, hay que buscarlas en la historia y en la cultura? Los padres de mi padre eran judíos que huyeron de los nazis en los años treinta. La madre de mi padre se convirtió en una judía horriblemente antisemita: renunció a su condición de judía por temor a ser perseguida algún día. A mi hermana y a mí nos educaron en la Iglesia episcopal y nos mantuvieron ocultos nuestros antecedentes judíos hasta que yo estaba en la universidad. Mi padre, por su parte, ha sentido

5. Un estudio<sup>xxi</sup> reveló que los niños cuyas madres estaban embarazadas de ellos el 11 de septiembre de 2001 todavía presentaban en la sangre elevados niveles de hormonas del estrés a los seis meses. Se han efectuado observaciones similares —niños aún no nacidos que adquirirían de por vida niveles basales más altos de la fisiología del estrés— en tiempos de guerra y agitación.



toda su vida una gran fascinación por la Segunda Guerra Mundial, concretamente por los nazis: miraba la serie de televisión *El mundo en guerra* una y otra vez. Ese programa, con su música estentórea acompañando el avance de los nazis sobre París, constituye la banda sonora de mi primera infancia.<sup>6</sup> Los judíos, claro está, poseen una experiencia milenaria de persecuciones y, por tanto, de motivos para sentirse asustados, lo cual explica quizá por qué algunos estudios han mostrado que el índice de depresión y ansiedad entre los hombres judíos es superior al de los hombres de otros grupos étnicos.<sup>7</sup>

La herencia cultural de mi madre, por otro lado, era terriblemente *wasp*.<sup>\*</sup> Ella es una orgullosa descendiente del *Mayflower*, que hasta hace poco suscribía sin reservas la idea de que no hay emoción ni problema familiar que no deba reprimirse.

El resultado: yo, una mezcla de patología judía y *wasp*, es decir, un neurótico e histriónico judío oculto dentro de un *wasp* neurótico y reprimido. No es de extrañar que sufra ansiedad: soy un Woody Allen atrapado en el espíritu de Calvino.

¿O quizá mi ansiedad, a fin de cuentas, es «normal», una reacción natural a los tiempos que vivimos? Yo estaba termi-

6. Cuando mi madre iba a la Facultad de Derecho por la noche, mi hermana y yo nos pasábamos el rato deambulando por la casa con aire mustio y, mientras tanto, mi padre tocaba fugas de Bach en el piano y luego se instalaba ante la tele con un bol de palomitas y una botella de ginebra para ver *El mundo en guerra*.

7. Hay pruebas también<sup>xxiii</sup> de que los elevados coeficientes de inteligencia de los judíos askenazíes están relacionados con los altos índices de ansiedad observados en este mismo grupo, y existen explicaciones evolutivas plausibles de por qué la inteligencia y la imaginación suelen estar asociadas a la ansiedad. (Diversos estudios han mostrado que el coeficiente intelectual de los judíos askenazíes es ocho puntos más alto que el del siguiente grupo étnico, los habitantes del noreste asiático, y que se aproxima a una desviación estándar completa por encima de otros grupos europeos.)

\* Blanco, anglosajón y protestante. Descendientes de los colonos procedentes del norte de Europa, que forman el grupo dominante en la sociedad estadounidense. El *Mayflower* transportó desde Inglaterra a los primeros colonos de Massachusetts. (*N. del t.*)

nando la primaria cuando pasaron por televisión *El día después*, la película sobre las secuelas de un ataque nuclear. En mi adolescencia tenía sueños frecuentes que acababan con un misil rasgando los cielos. ¿Esos sueños eran prueba de una psicopatología ansiosa? ¿O más bien una reacción lógica a las condiciones ambientales que percibía, que eran, después de todo, las mismas que preocupaban a los analistas de política defensiva durante la década de los ochenta? La guerra fría, naturalmente, terminó hace mucho, pero ha sido reemplazada por la amenaza de aviones secuestrados, bombas sucias, terroristas suicidas, ataques químicos y atentados con ántrax, por no hablar del síndrome respiratorio agudo severo, la gripe porcina, la tuberculosis resistente a los fármacos, la perspectiva de un apocalipsis global provocado por el cambio climático y la permanente inquietud causada por la ralentización económica general y por una economía global sometida, al parecer, a constantes altibajos. En la medida en que es posible medir esas cosas, las épocas de transformación social parecen producir un aumento sustancial en la ansiedad de la población. En nuestra era postindustrial de incertidumbre económica, en la cual las estructuras sociales sufren alteraciones continuas y los roles de tipo profesional y sexual se hallan en constante transformación, ¿no resulta normal —incluso adaptativo— ser ansioso?

En cierto sentido sí, así es, al menos en la medida en que siempre, o a menudo, es un comportamiento adaptativo ser razonablemente ansioso. Según Charles Darwin (quien sufría por su parte de una agorafobia paralizante que lo mantuvo confinado en casa durante años, tras el viaje en el *Beagle*), las especies que «temen justificadamente» aumentan sus posibilidades de supervivencia. Los ansiosos tenemos menos probabilidades de eliminarnos a nosotros mismos del acervo genético, dando saltos —pongamos— al borde de un precipicio o convirtiéndonos en pilotos de combate.

Un influyente estudio<sup>xxiv</sup> realizado hace cien años por dos psicólogos de Harvard, Robert M. Yerkes y John Dillingham Dodson, demostró que los niveles moderados de ansiedad *mejoran* el rendimiento en los humanos y en los animales. Demasiada

ansiedad, obviamente, perjudica el rendimiento, pero demasiada *poca* también. Cuando se produjo la explosión del consumo de ansiolíticos en los años cincuenta, algunos psiquiatras advirtieron de los peligros de una sociedad no lo bastante ansiosa. «Nos enfrentamos a la perspectiva de desarrollar una raza falsamente blanda y tranquila, lo cual podría no ser muy beneficioso para nuestro futuro»,<sup>xxv</sup> escribió uno de ellos. Otro psiquiatra aseguraba que «Van Gogh, Isaac Newton y la mayoría de los genios y grandes creadores no eran personas tranquilas. Eran hombres nerviosos y egocéntricos, impulsados por una fuerza interior implacable y acosados por multitud de ansiedades».<sup>xxvi</sup>

¿Enmudecer a tales genios es el precio que habría de pagar la sociedad para reducir drásticamente la ansiedad, ya sea por medios farmacológicos o de otra naturaleza? ¿Y valdría la pena asumir ese coste?

«Sin ansiedad, poco se conseguiría —afirma David Barlow, el fundador y director emérito del Centro de Trastornos de Ansiedad y Afines de la Universidad de Boston—. El rendimiento de los atletas, artistas, ejecutivos, artesanos y estudiantes se resentiría; la creatividad disminuiría; las cosechas tal vez no se plantarían. Y todos alcanzaríamos ese estado idílico largamente perseguido en nuestra sociedad acelerada de pasar nuestras vidas tranquilamente bajo la sombra de un árbol, lo cual sería tan funesto para la especie como una guerra nuclear.»<sup>xxvii</sup>

*He llegado a la convicción de que la ansiedad acompaña a la actividad intelectual como su sombra, y de que cuanto más sepamos sobre la naturaleza de la ansiedad, más sabremos acerca del intelecto.*

HOWARD LIDDELL, «The Role of Vigilance in the Development of Animal Neurosis» [El papel de la vigilancia en el desarrollo de la neurosis animal] (1949)

Hace unos ochenta años, Freud afirmó que la ansiedad era un «enigma cuya solución habría de arrojar una intensa luz sobre toda nuestra vida mental». Descifrar los misterios de la ansiedad, creía él, nos ayudaría en gran medida a desen-

marañar los misterios de la mente: la conciencia, el yo, la identidad, el sufrimiento, la esperanza y el pesar. Abordar y comprender la ansiedad es, en cierto modo, abordar y comprender la condición humana.

Los diferentes modos en que cada época y cada cultura ha percibido y comprendido la ansiedad nos dicen mucho sobre esas épocas y esas culturas. ¿Por qué los antiguos griegos de la escuela hipocrática consideraban básicamente la ansiedad como un problema médico, mientras que los filósofos de la Ilustración la consideraban un problema intelectual? ¿Por qué los primeros existencialistas veían la ansiedad como un estado espiritual, mientras que los médicos de la Edad Dorada estadounidense la veían como una reacción de estrés específicamente anglosajona —una reacción que no afectaba, creían ellos, a las sociedades católicas— frente a la revolución industrial? ¿Por qué los primeros freudianos consideraban la ansiedad como un problema psicológico provocado por la inhibición sexual, mientras que nuestra propia época tiende a verla, de nuevo, como un problema médico y neuroquímico, como un problema de disfunción biomecánica?

Estas interpretaciones cambiantes, ¿reflejan el avance del progreso y de la ciencia o simplemente las formas variables y a menudo cíclicas que asumen las distintas culturas? ¿Qué nos dice sobre las sociedades respectivas el hecho de que los estadounidenses que acuden a urgencias con ataques de pánico suelen creer que sufren un ataque cardíaco, mientras que los japoneses suelen temer, en esa situación, que van a sufrir un desmayo? Los iraníes que padecen «mal de corazón», como ellos lo llaman, ¿sufren en realidad lo que un psiquiatra occidental llamaría un *ataque de pánico*? ¿Los *ataques de nervios* que experimentan los sudamericanos son sencillamente ataques de pánico con una inflexión latina?, ¿o son, como creen algunos investigadores actuales, un síndrome cultural y médico diferenciado? ¿Por qué los tratamientos con ansiolíticos que tan bien funcionan en los estadounidenses y los franceses no parecen ser efectivos entre los chinos?

Por múltiples y fascinantes que sean estas idiosincrasias

culturales, la uniformidad de fondo observada a través del tiempo y de las diferencias culturales habla más bien del carácter universal de la ansiedad como rasgo humano. Aunque filtrado a través de sus prácticas y creencias características, el síndrome que los inuits de Groenlandia llamaron hace cien años *angustia kayak* (los aquejados por ella temían salir solos a cazar focas) no parece apenas diferente de lo que nosotros llamamos *agorafobia*. En los antiguos escritos de Hipócrates se pueden hallar descripciones clínicas de ansiedad patológica que suenan totalmente actuales. A uno de sus pacientes lo aterrizaraban los gatos (una simple fobia, codificada hoy en día como 300.29 en las clasificaciones de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico*, el *DSM-V*) y a otro lo aterrizaraba el crepúsculo; un tercer paciente, dice Hipócrates, era «presa del pánico» siempre que oía una flauta; un cuarto paciente no podía caminar junto a una zanja, «por poco profunda que sea», aunque no tenía problema en caminar *por dentro* de la zanja: es lo que hoy llamaríamos *acrofobia*, el temor a la altura. Hipócrates describe también a un paciente aquejado de lo que hoy llamaríamos, con la terminología diagnóstica moderna, un *trastorno de pánico con agorafobia* (código 300.20 del *DSM-V*): el trastorno, según la descripción de Hipócrates, «lo ataca normalmente fuera de casa, cuando el paciente viaja por un camino solitario y el temor se apodera de él». Los síndromes descritos por Hipócrates son, a todas luces, los mismos fenómenos clínicos que pueden hallarse descritos en los últimos números de los *Archives of General Psychiatry* y del *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Las semejanzas entre unos y otros salvan el abismo de milenios y circunstancias que los separan, y parecen indicar que, pese a todas las diferencias de cultura y entorno, los aspectos fisiológicamente ansiosos de la experiencia humana podrían ser universales.

En este libro me he propuesto explorar el «enigma» de la ansiedad. No soy médico, psicólogo, sociólogo ni historiador de la