

ENZO CASCARDO • PABLO E. RESNIK

ANSIEDAD, ESTRÉS, PÁNICO Y FOBIAS

100 preguntas, 101 respuestas



ANSIEDAD, ESTRÉS, PÁNICO Y FOBIAS

100 preguntas, 101 respuestas

Enzo Cascardo
Pablo E. Resnik



Diseño de portada e interior: Donagh I Matulich

Ansiedad, estrés, pánico y fobias
Enzo Cascardo – Pablo E. Resnik
1.ª edición: octubre, 2016

© 2016 by Enzo Cascardo – Pablo E. Resnik
© Ediciones B Argentina S.A., 2016
Av. Paseo Colón 221, piso 6
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
www.edicionesb.com.ar

ISBN DIGITAL: 978-987-627-681-8

Maquetación ebook: Caurina.com

Todos los derechos reservados. Bajo las sanciones establecidas en el ordenamiento jurídico, queda rigurosamente prohibida, sin autorización escrita de los titulares del *copyright*, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

*A los que entendieron que el miedo obtura el crecimiento, la posibilidad de alegría
genuina, el buen vivir.*

*A los que ya saben que el precio de enfrentar nuestros temores nunca será
demasiado alto.*

Y, de manera particular, a aquellos que todavía no.

Contenido

Portadilla
Créditos
Dedicatoria

Agradecimientos

Acerca de los autores

Palabras preliminares

Capítulo 1

Entrando en tema

Ansiedad: ¿reacción normal o enfermedad?

Capítulo 2

Capítulo 3

Capítulo 4

Capítulo 5

Capítulo 6

Capítulo 7

Capítulo 8

Capítulo 9

Capítulo 10

Apéndice 1

Apéndice 2

Otros títulos

Agradecimientos

Al equipo de compañeros y amigos de CentroIMA (Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad), nuestro lugar de trabajo de todos los días. En particular a Claudina Amato, que trabajó en los borradores de diseño de tapa desde el inicio de este proyecto, a Carina Fernández, por la realización de las fotos de solapa, y a Diego Tzoymaher, que colaboró en la viñeta clínica del capítulo de Trastorno por Estrés Postraumático.

A nuestra colega y amiga Patricia Faur, por recomendar con entusiasmo nuestro trabajo y vincularnos con Ediciones B.

A los amigos de Ediciones B, por valorar nuestros escritos de manera positiva y transformarlos en este libro, que ahora puede llegar a muchos.

Y a nuestros pacientes, porque de ellos hemos aprendido mucho de lo volcado en esta obra. Porque son ellos los que nos permiten comprender sus síntomas y los orígenes de los mismos. Y son ellos, ustedes, quienes nos dan la medida de la validez y eficacia (o no) de los diferentes recursos de recuperación que proponemos. Es de ese modo que el presente libro también, o más que por nosotros, los autores, está escrito por ellos.

Acerca de los autores

Enzo Cascardo y Pablo E. Resnik son médicos psiquiatras y llevan más de quince años dedicándose a la atención, docencia e investigación en el campo de los trastornos de ansiedad.

Enzo Cascardo es presidente honorario de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (AATA) y presidente del Capítulo de Trastornos de Ansiedad de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Pablo Resnik fue secretario científico de la AATA y docente de los cursos de formación que allí se ofrecen a profesionales de la salud mental.

Ambos son activos disertantes en los congresos y seminarios de la especialidad que se llevan a cabo tanto en nuestro país como en América Latina. Las investigaciones que realizaron en conjunto en el campo de la ansiedad han sido publicadas en revistas científicas del país y del extranjero.

Son autores, además del presente volumen, de la obra *Trastorno de ansiedad generalizada, clínica, diagnóstico y tratamiento del paciente con preocupación excesiva* y dirigen el Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad (CentroIMA), con sede en la ciudad de Buenos Aires.

Palabras preliminares

Contamos con una gran cantidad de recursos eficaces a la hora de controlar la ansiedad una vez que se ha detectado su existencia y sus efectos sobre nuestra calidad de vida.

Recursos para aprender a relajarnos y a respirar con calma.

Recursos para afrontar las situaciones estresantes con una mirada lo más objetiva posible.

Recursos para desembarazarnos de los pensamientos dictados por el miedo y poder reformular así nuestro modo de relación con las incertidumbres que el mundo nos plantea.

Recursos, en definitiva, para afrontar el temor hoy, mañana y los días subsiguientes.

Recursos para alcanzar el momento en que el miedo, la tensión y la ansiedad constante hayan sido superados.

En todos los casos, para alcanzar los mejores resultados, se requerirá de nuestro tesón y constancia.

En muchos otros casos será necesario, además, contar con la guía de profesionales especializados en el tipo de desorden de ansiedad que padecemos.

Es importante aclarar que esta obra no pretende reemplazar el tratamiento médico o psicológico pertinente.

Muchas personas con síntomas de ansiedad leves podrán beneficiarse de su lectura y de la puesta en práctica de diferentes acciones o ejercicios.

A otros, estamos convencidos, les servirá como puerta de entrada y orientación para recorrer el camino que, con la asistencia de profesionales debidamente preparados, los conduzca a recuperar, al menos en buena medida, la tranquilidad, la libertad y el bienestar perdidos.

Por otra parte, hay quienes viven en poblaciones pequeñas o en ciudades alejadas en las que no se cuenta con profesionales experimentados en tratamientos específicos para el miedo o la ansiedad. Muchos de ellos nos envían a diario, desde distintas regiones de nuestro país y del mundo hispanoparlante, innumerables e-mails de consulta. Siempre nos resulta muy grato poder asesorarlos a través de tan enormes distancias pero, a la vez, lamentamos comprobar que no disponen, por motivos de localización geográfica, de la posibilidad de acceder a los mejores recursos terapéuticos. Es nuestro especial deseo que

estas páginas los alcancen —del mismo modo que a nuestros lectores más cercanos— y les resulten de ayuda en el alivio de sus síntomas.

Capítulo 1

Entrando en tema

¿Podré alguna vez vivir sin tanta ansiedad...?

¿Toda mi vida la voy a pasar así, tenso, contracturado, inquieto y durmiendo mal...?

¿Voy a saber alguna vez lo que es sentirse tranquilo y que mi cabeza no esté saltando de un pensamiento a otro todo el tiempo...?

Todos aquellos que sufren o sufrieron de ansiedad se han hecho, una y otra vez, este tipo de preguntas.

Tensión, angustia, impaciencia, apuro, culpa, vergüenza, temores de toda clase, preocupación exagerada, obsesiones, miedo de enfermar o de morir, cansancio físico y mental, son solo algunos de los síntomas que nos acompañan de modo permanente, si pertenecemos al amplio círculo de personas ansiosas.

Casi todos conocemos los efectos que la tensión y la inquietud constantes pueden tener sobre nosotros. Sin embargo, cuando esa inquietud obedece a una causa suficiente, podemos entenderla y esperar o ayudar a que se vaya.

Pero ¿qué podemos hacer cuando la ansiedad ya forma parte de cada día? ¿Cómo hacer para estar más tranquilos?

Para empezar, deberíamos estar dispuestos, *de verdad*, a identificar algunas cuestiones que podrían estar favoreciendo este proceso, cambiar algunos aspectos de nuestras vidas y de la manera en que tomamos nuestras decisiones y responsabilidades.

Resolvamos hoy mismo, por ejemplo, que algún día de esta próxima semana sea diferente. Elijamos una tarde (o una noche) *para disfrutar y olvidarnos de problemas y responsabilidades, sean cuales fueren*.

Me digo a mí mismo: la noche del jueves me voy a olvidar de los problemas como si no existieran, voy a salir a tomar una copa con tal o cual (elegir, por favor, alguien distendido y no un ansioso como nosotros o, en su defecto, un ansioso dispuesto a pasarla bien y reírse de sí mismo —y de mí, y de vos—, por una noche) con la promesa de dejar los problemas dentro de un paquete que no voy a abrir hasta la mañana siguiente.

¡A no tener miedo! Ninguna calamidad tiene por qué ocurrir por unas pocas horas que te olvides de las responsabilidades habituales. A la mañana siguiente ya vas a poder zambullirte de nuevo en tus ansiedades y temores..., al menos hasta que hayas aprendido

a vivir mejor.

Claro que las cosas no son tan simples. La ansiedad suele, a lo largo del tiempo en que convive con nosotros, tomar distintas formas. Se organiza, podríamos decir, en modos estables de funcionamiento.

Así, en algunos casos toma la forma de crisis de pánico, en otros de miedo a las enfermedades o accidentes, en otros de temor a la interacción social, a los lugares cerrados, a diferentes situaciones, a animales, etc.

Comenzar a cambiar esta realidad, o cada una de estas realidades, será posible en tanto tengamos en cuenta las siguientes etapas, que llamaremos:

Esquema D-D-H

- a) Darnos cuenta de que algo nos pasa e informarnos al respecto;
- b) Decisión de modificarlo;
- c) Herramientas: buscar y encontrar los instrumentos correctos que nos permitan comenzar a recorrer el camino.

Esquema D-D-H

- Darnos cuenta
- Decisión de cambio
- Herramientas adecuadas

¿Por dónde empezar?

¿Cómo iniciar el camino que me lleve a vivir mejor, sin tanta ansiedad? ¿Por dónde debo empezar?

Cuando comenzamos a trabajar en este campo, unos 15 años atrás, un hecho nos llamó poderosamente la atención: muchos pacientes que venían a su primera consulta, francamente asustados por sorprendidas sensaciones de desmayo, taquicardia, temblor, extrañeza, mareos o falta de aire, se sentían muy aliviados con solo escuchar de nosotros una explicación, un por qué acerca de los síntomas que venían sufriendo.

¡Ya se sentían mejor, incluso de sus síntomas físicos, antes de recibir ningún medicamento y, en muchos casos, antes de haber concurrido a la segunda entrevista!

Como vemos, la información precisa acerca de lo que nos está pasando será el elemento que pondrá en marcha el proceso.

En aquellos años, quienes sufrían de ansiedad llegaban a nuestros consultorios desprovistos casi por completo de información acerca de lo que les pasaba, por lo que unas pocas intervenciones de nuestra parte ya resultaban suficientes para intuir que

estábamos en el camino correcto. Y como la ansiedad y las fobias se alimentan en buena medida del miedo y la incertidumbre, el estímulo y las respuestas que este nuevo proceso terapéutico les ofrecía ya eran beneficiosos en sí mismos.

Hoy, merced a la gran difusión que ha tenido el tema en los medios, los pacientes llegan a la consulta con un diagnóstico realizado por ellos mismos o por otros profesionales de la salud. Diagnósticos que en muchos casos son correctos y en otros tantos, no y con frecuencia no se acompañan de la información adecuada acerca de los diferentes síntomas presentes. De este modo, el conocimiento del nombre de la enfermedad (pánico, ansiedad generalizada, fobia, etc), sin la información complementaria acerca de qué hacer con ella, acrecienta el malestar y el temor en lugar de aliviarlos.

De estos hechos se desprende el principal objetivo del libro que tenés ahora en tus manos: transmitir información precisa, a la mayor cantidad posible de personas —ya se trate de quienes sufren de ansiedad o de profesionales del campo de la salud—, acerca de las herramientas verdaderamente útiles para la resolución de estos cuadros. Contamos, para ello, con el respaldo de una amplia experiencia obtenida mediante el tratamiento, a lo largo de todos estos años, de varios cientos de pacientes, la gran mayoría de los cuales puede hoy llevar adelante una vida normal, sin las limitaciones que imponen el temor o una ansiedad desmedida.

Ansiedad: ¿reacción normal o enfermedad?

Ansiedad, miedo y estrés: ¿son la misma cosa?

No. Si bien son términos que a menudo se utilizan para designar el mismo tipo de reacción, y, por otra parte, una reacción puede estar englobada dentro de la otra en algunas circunstancias, significan cosas diferentes. Llamamos estrés a la reacción por la cual el organismo se coloca en estado de máxima alerta, generando una serie de modificaciones psicofísicas (tensión muscular, taquicardia, atención aumentada, aceleración del ritmo respiratorio, etc.) para afrontar diferentes situaciones de demanda. La reacción suele ser la misma ante diferentes tipos de estresores (estresores = situaciones capaces de generar estrés). Es un tipo de reacción, más o menos primitiva, que compartimos con el resto de los integrantes del reino animal puesto que generalmente no participan áreas superiores de la corteza cerebral (que se encuentran solo en el cerebro humano).

Por ejemplo, si una persona está trabajando muchas horas con intensidad, sometida a una gran presión, es de esperar que con el correr de los días comience con una serie de síntomas, tales como aceleración de los latidos del corazón, contracturas musculares, nerviosismo, irritabilidad, dificultades para concentrarse, trastornos del sueño, etc. Todas esas manifestaciones ocurren como consecuencias del estrés y, entonces, el sujeto debería tomarse un descanso (vacaciones), para que, al suspender el estímulo que generó el estrés (la sobrecarga laboral), el funcionamiento del organismo vuelva a la normalidad.

El miedo implica, en cambio, además de las manifestaciones corporales, un conjunto de comportamientos y emociones que se observan y experimentan cuando un organismo se enfrenta a situaciones de riesgo o amenaza. Es decir, aparecen cambios orientados a evitar la situación atemorizante o, si no hay escapatoria, enfrentarla.

Por ejemplo, vamos caminando en la noche por una vereda oscura. Un individuo que camina por la vereda de enfrente cruza hacia nosotros en actitud sospechosa. Nuestro corazón se acelera, la respiración se agita, quizá experimentemos una sensación de mareo o visión borrosa. Son señales, síntomas muy similares a los del estrés, provocados en ese contexto por el miedo, cuya función es que nos demos cuenta de que podríamos estar en peligro.

La ansiedad, por su parte, es un tipo de reacción bastante más evolucionada, que solo experimentan los humanos, puesto que implica pensamientos, comportamientos, reacciones fisiológicas y experiencias emocionales que presenta el hombre ante

situaciones de conflicto (necesidad de tomar decisiones o desarrollar acciones en las que hay más de una alternativa potencialmente correcta).

Entonces, ¿cómo se podría definir mejor la ansiedad?

Es muy difícil dar una definición de ansiedad que cubra sus diferentes aspectos, pero todos conocemos muy bien esa sensación que parece una combinación de inquietud, impaciencia, alarma, incertidumbre y temor, a la que llamamos de ese modo. No existe una persona que no la haya experimentado, por ejemplo, al entrar a una sala para una entrevista laboral o para dar un examen, o ante una señal de peligro en una calle solitaria por la noche. Sin embargo, lo que es menos conocido es que sensaciones tales como mareos, visión borrosa, entumecimiento y hormigueo, sensación de falta de aire que puede derivar en sensación de ahogo o asfixia, pueden ser también parte de la ansiedad.

¿Es normal sentir ansiedad?

Sí. Llamamos ansiedad normal a un conjunto de emociones y manifestaciones físicas que se presentan cuando nos enfrentamos (o nos estamos por enfrentar) a situaciones nuevas, o de exigencia. La “ansiedad normal” nos ayuda a adaptarnos a estas situaciones de manera tal que podamos obtener la respuesta más adecuada para las mismas. En este sentido, es beneficiosa, ya que nos permite alcanzar mejor los objetivos que nos planteamos en la vida. Por ejemplo, frente a una situación de tener que terminar un trabajo muy importante en un plazo determinado, la ansiedad normal nos va a permitir estar más alertas, dormir menos horas y enfocar toda nuestra atención y nuestras energías en nuestra tarea.

Sin embargo, cuando los síntomas ansiosos se vuelven excesivos y difíciles de controlar, pueden llegar al punto de interferir seriamente en nuestras actividades diarias (trabajo, vida social, de pareja, etc.). En este caso estaremos en presencia de un cuadro de “ansiedad patológica”, que puede requerir tratamiento médico y/o psicológico para su resolución.

¿Para qué sirve tener miedo y ansiedad?

¿Qué es la respuesta de lucha/huida?

Como hemos dicho, el miedo y la ansiedad se producen en respuesta al peligro o a una amenaza.

Desde el punto de vista científico, el miedo (o ansiedad inmediata o de corto plazo) es denominado *respuesta de lucha/huida*. Se la denomina de ese modo porque todos sus

efectos están dirigidos a preservar la vida frente a una amenaza, ya sea mediante la lucha física o el escape. Tanto en un caso como en otro, el organismo debe prepararse con celeridad para un mayor rendimiento físico que le permita afrontar con éxito la situación de amenaza. Por lo tanto, *el primer propósito de la ansiedad es proteger el organismo.*

Para comprender mejor este mecanismo, será útil que recordemos el modo en que las diversas especies logran sobrevivir y abrirse paso a través de las edades. Cuando nuestros ancestros prehistóricos vivían en cavernas, resultaba vital que, al enfrentarse con algún peligro, tuviera lugar una respuesta automática que les facilitara una rápida entrada en acción (atacar o correr).

Desde los trabajos de Charles Darwin entendemos la adaptación como la supervivencia del más apto. Es decir, de las diferentes especies sobreviven aquellas que logran desarrollar defensas, modos de alimentación, etc., que las ayuden a perdurar en el medio ambiente. Para ello, a través de períodos muy largos, las diferentes formas de vida van incorporando modificaciones de estructura o función. Si tales cambios resultan exitosos, sobrevivirán. Así como otros animales desarrollaron poderosos colmillos, garras y un instinto agresivo, o alas y capacidad de vuelo para asentar su hogar en las alturas, el hombre, a través de su evolución, desarrolló, entre otras cosas, la reacción de miedo.

Si bien estos recursos de defensa física (atacar, correr, huir) se comprenden mejor si los situamos en el contexto de la vida salvaje, en el mundo “civilizado” y convulsionado de hoy este mecanismo continúa resultando de utilidad. Solo imaginemos la situación de estar cruzando la calle, cuando de repente un auto acelera en nuestra dirección tocando bocina. Si no experimentásemos miedo en absoluto, podríamos resultar muertos. ¿Por qué? Porque la falta de alarma y de activación inmediata nos dejaría indefensos y a merced del peligro. Por suerte, lo más probable es que la respuesta de lucha/huida se produzca y podamos entonces salir del camino con rapidez para poder salvarnos.

La respuesta de lucha/huida genera cambios inmediatos en nuestro organismo, que nos permiten una mejor y más rápida respuesta física ante el peligro. De manera tal que el propósito del miedo (o respuesta de lucha/huida) no es dañarnos sino protegernos. *Sería completamente absurdo que la naturaleza desarrollara un mecanismo para proteger el organismo y que, al hacerlo, lo dañara.*

¿Cómo actúa la respuesta de lucha/huida?

¿Qué es el sistema nervioso autónomo?

Cuando alguna señal de peligro es percibida o anticipada, el cerebro envía mensajes a una parte de sus nervios llamado sistema nervioso autónomo (SNA). El SNA, como su nombre lo indica, funciona de manera autónoma, sin la intervención de nuestra voluntad.

Tiene dos ramas llamadas sistema nervioso simpático y sistema nervioso parasimpático, que son las encargadas del control de los niveles de energía del cuerpo y de la preparación para la acción.

Para decirlo de manera sencilla, el simpático activa la respuesta de lucha/huida que libera energía y predispone a la acción, mientras el parasimpático es el sistema restaurador que devuelve el cuerpo a su estado normal.

Un punto importante es que el simpático tiende a ser un sistema de todo o nada. Esto es, que cuando está activado, todas sus partes responden. En otras palabras, se experimentan todos los síntomas o ninguno. Es raro que ocurran cambios en una sola parte del cuerpo. Esto podría explicar por qué la mayoría de los ataques de pánico involucran muchos síntomas y no solo uno o dos.

Uno de los mayores efectos del simpático es que libera dos sustancias químicas, llamadas adrenalina y noradrenalina. Cuando la actividad de estas sustancias comienza, en general continúa y aumenta durante un lapso. Sin embargo, es muy importante destacar que la actividad del simpático tiene un límite. Cuando el cuerpo “ya tiene suficiente” de la reacción de lucha/huida, se activa el parasimpático para llevar al cuerpo a un estado de relajación.

En otras palabras, *la ansiedad no puede continuar eternamente, o hacer una espiral de continuo aumento hasta niveles que causen daño*. El parasimpático es un sistema protector interno que impide que el simpático pueda seguir su curso sin control.

¿Por qué después del ataque de pánico me quedo ansioso durante tanto rato?

Lo que sucede es que toma un tiempo que los mensajeros químicos adrenalina y noradrenalina sean destruidos. Por lo tanto, aun cuando el peligro haya pasado y tu sistema simpático haya detenido su respuesta, es probable que te sientas ansioso o aprehensivo por un tiempo, ya que las sustancias químicas permanecen aún circulando por tu organismo. *Tenés que recordarte a vos mismo que esto es perfectamente natural e inofensivo*. De hecho, la ansiedad remanente es también parte de la función adaptativa que tiene el hombre desde tiempos prehistóricos. En esas épocas salvajes (¡y también en estas!), el peligro con frecuencia retornaba, y era útil que el organismo estuviera todavía preparado para reactivar su respuesta de lucha/huida más rápidamente.

¿Por qué se acelera tanto y late tan fuerte el corazón?

La actividad del sistema nervioso simpático produce un aumento de la frecuencia

cardíaca y de la fuerza de los latidos. Estos cambios son vitales en la preparación para la actividad ya que aceleran el flujo sanguíneo, aumentando así la llegada de oxígeno y energía a los tejidos, en particular a los grandes grupos musculares.

Para eso se acelera y fortalece su latido el corazón, para aumentar el aporte a los músculos de sustancias fundamentales para la acción y defensa.

La sangre es desviada de los lugares donde en ese momento de urgencia no es tan necesaria (gracias a un estrechamiento de los vasos sanguíneos), hacia las áreas donde más se la necesita (gracias a un ensanchamiento de los vasos sanguíneos).

Por ejemplo, la sangre disminuye su caudal en la piel y en los dedos. Esto es útil porque si el organismo es atacado y se produce un corte, es menos probable que se desangre hasta morir. Es por eso que durante la ansiedad la piel se ve pálida y se siente fría, los dedos se ponen fríos, y a veces se experimentan entumecimientos y hormigueos.

Por otra parte la sangre se desvía hacia los músculos grandes, como los bíceps y los cuádriceps, donde más se la necesita para ayudar al cuerpo a prepararse para la acción.

¿Y por qué se producen mareos?

Como señalamos, la sangre disminuye su presencia en la piel para ser desviada hacia la masa muscular. Pues bien, los músculos, en la emergencia, requieren de toda la energía que puedan obtener. Y esa energía (oxígeno, glucosa, etc.) es transportada por la sangre. Es por eso que también el flujo sanguíneo del cerebro se ve reducido al desviarse hacia donde más se lo necesita. Esta reducción de caudal, que en la piel se traduce en frialdad y palidez, en el cerebro se manifiesta como mareos, inestabilidad, sensación de irrealidad y visión borrosa.

Estos cambios circulatorios, a pesar de la sintomatología que producen (los mareos asustan y molestan mucho), no son peligrosos en absoluto.

Nuevamente, a pesar del riesgo de ser reiterativos, diremos que si un mecanismo de defensa resultara peligroso en sí mismo (por ejemplo, si nos desmayáramos, quedando a merced de un agresor), entonces no sería útil y, por lo tanto, no se habría desarrollado.

¿Las sensaciones de inestabilidad y de ahogo, significan que puedo desmayarme o quedarme sin aire?

No, como ya dijimos, si ocurriera tal cosa el mecanismo de defensa (la reacción de miedo) sería peligroso en lugar de útil y necesario. Y si aquello que debe preservarnos, el mecanismo de defensa, fuera peligroso para nuestra vida, entonces ese mecanismo no existiría como tal (no habría perdurado a través de la evolución, por no ser

adaptativo/exitoso), o no existiríamos ya nosotros como especie. Estas son las razones por las cuales no se producen desmayos ni ahogos durante una verdadera crisis de pánico.

La respuesta de lucha/huida (o la crisis de pánico) se asocia a un aumento en la velocidad y profundidad de la respiración, lo cual es de gran importancia ya que los tejidos “activados” van a utilizar más oxígeno que el habitual. Sin embargo, ese necesario (y no peligroso, todo lo contrario) aumento de la respiración, suele generar sensación de falta de aire, ahogo o asfixia, y aun dolor o sensación de opresión en el pecho.

A pesar del temor que puedan provocarnos tales sensaciones, no debemos olvidar (y es útil que nos lo repitamos una y otra vez a nosotros mismos, sobre todo en medio de las crisis) que esos cambios del ritmo respiratorio tienen el objeto de protegernos, de optimizar la respuesta de nuestro cuerpo frente al peligro.

¿Por qué la ansiedad me hace transpirar?

La activación de la respuesta de lucha/huida produce un aumento de la transpiración. De ese modo, la piel se vuelve más resbaladiza y difícil de agarrar por un atacante. Además, es una manera de eliminar calor y evitar el excesivo sobrecalentamiento que podría producirse con la acción.

Como vemos, más allá de las molestias que causa, el aumento de sudoración también está al servicio de nuestra reacción de defensa.

¿Qué otros cambios se producen en el cuerpo?

La activación del simpático produce una cantidad de otros efectos, *ninguno de los cuales es peligroso*.

Por ejemplo, las pupilas se dilatan para permitir que entre más luz, lo cual puede provocar visión borrosa o manchas o sombras frente a los ojos.

La salivación disminuye. El sistema digestivo reduce su actividad, lo que, con frecuencia, puede provocar náuseas, pesadez en el estómago y aun constipación.

Finalmente, muchos de los grupos musculares se activan en su preparación para la lucha/huida, y esto resulta en sensaciones subjetivas de tensión, que pueden incluso generar, en ocasiones, temblores y sacudidas musculares.

Sobre todo, la respuesta de lucha/huida resulta en una activación general de todo el metabolismo corporal. Es así como puede sentirse calor o rubor y, ya que este proceso consume mucha energía, inmediatamente después sobreviene, en general, un estado de agotamiento.

¿Por qué durante las crisis de pánico quiero salir corriendo de donde esté o me da la sensación de estar atrapado?

Como se mencionó antes, la respuesta de lucha/huida prepara al cuerpo para la acción, ya sea para atacar o para correr. Es por eso que no debe sorprender que los impulsos intensos asociados a esta respuesta sean los *de agresión y de deseo de escapar*. Cuando esto no es posible (por represiones sociales) dichos impulsos son expresados con conductas tales como golpeteo con los pies o aceleración de la marcha. Sobre todo, los sentimientos son los de estar atrapado y necesitar escapar.

¿Es normal que no pueda concentrarme?

Es verdad que cuando estamos ansiosos o “panicosos” (como dicen nuestros pacientes) nos resulta muy difícil concentrarnos en las tareas cotidianas. Las personas con ansiedad intensa se quejan con frecuencia de que se distraen con facilidad de sus tareas, de que no se pueden concentrar, y de que tienen problemas con su memoria. No hay que olvidar que el objetivo número uno de la ansiedad es alertar al organismo acerca de la probable existencia de peligro. Por lo tanto, ocurre un inmediato desvío de la atención hacia la búsqueda de posibles amenazas circundantes.

¿Que son los trastornos de ansiedad?

Se llama así a una serie de trastornos (enfermedades) que tienen como síntoma en común la *ansiedad patológica*.

De acuerdo con la influencia de distintos factores (heredo-biológicos, traumas vividos, crianza, situaciones actuales estresantes, tipos de personalidad) la ansiedad patológica tomará diferentes formas o características, dando como resultado los cuadros conocidos como trastornos de ansiedad.

Los desórdenes incluidos dentro de este grupo son:

- trastorno de pánico;
- agorafobia;
- fobia social (trastorno de ansiedad social);
- fobias específicas;
- trastorno de ansiedad generalizada;
- trastorno obsesivo compulsivo;
- trastorno de estrés postraumático.

Capítulo 2

El trastorno de pánico y las crisis de pánico

Uno de los modos en que con bastante frecuencia se manifiesta la ansiedad patológica es a través de episodios denominados *ataques o crisis de pánico*. Estas crisis de pánico pueden presentarse, en mayor o menor medida, en todos los trastornos de ansiedad.

¿Qué es el ataque de pánico?

Imaginemos a una persona que va caminando tranquilamente por la calle, sin pensar en nada en particular. De repente comienza a sentir palpitaciones, parece que el corazón le va a saltar del pecho, siente un miedo intenso a morir, desesperación, necesidad de escapar. Enseguida nota que le cuesta respirar y un mareo le hace pensar que podría desmayarse. Queda paralizada por el miedo. No entiende lo que le pasa pero se siente en peligro.

Llamamos *crisis o ataque de pánico* a la aparición repentina de miedo intenso, acompañado de algunos de los siguientes síntomas que alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos aproximadamente, para luego decrecer en forma rápida:

1. Palpitaciones o aumento de la frecuencia cardíaca;
2. Sudoración;
3. Temblores o sacudidas musculares;
4. Sensación de ahogo o falta de aire;
5. Sensación de atragantarse;
6. Opresión en el pecho;
7. Náuseas o molestias abdominales;
8. Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo;
9. Sensación de irrealidad o de despersonalización;
10. Miedo a perder el control o volverse loco;
11. Miedo a morir;
12. Sensación de hormigueo;

13. Escalofríos o sofocaciones.

Estas manifestaciones no son otra cosa que la consecuencia de la puesta en marcha de la reacción de lucha/huida (ver capítulo 1), solo que, en este caso, la reacción de miedo se dispara sin causa aparente, por lo que genera intensa incertidumbre y temor por la salud física y mental.

¿Voy a tener un infarto? ¿Estaré volviéndome loco?

Seguramente no te harías estas preguntas si luego de darte un gran susto (por ejemplo, luego de haberte salvado, mediante una frenada violenta, de chocar con tu auto), tu corazón comenzara a latir a gran velocidad o sintieras que todo te da vueltas. Lo interpretarías como una consecuencia normal de la situación vivida y solo te tomarías un respiro a la espera de que los síntomas se fueran, antes de poner en marcha el auto otra vez.

Muy distinto es cuando esas sensaciones se presentan sin previo aviso y sin causa aparente, como cuando uno se encuentra, por ejemplo, muy tranquilo mirando la televisión en su casa o de paseo por el shopping.

Sin embargo, tanto en un caso como en el otro, la reacción del organismo corresponde a una respuesta de defensa y, por lo tanto, no es peligrosa en sí misma.

Pero alguien, con mucha razón, podría decirme: ¿defensa de qué, si yo estaba lo más tranquilo?

La respuesta es: el ataque de pánico constituye una reacción de defensa que se dispara de manera errónea, cuando no debería. Es un poco como las alarmas mal calibradas de los autos que se activan cuando pasa un colectivo cerca o cuando alguien se apoya en ellos.

Nuestro trabajo, y el tuyo, será que la alarma deje de funcionar a cada rato y vuelva a hacerlo solo cuando sea de verdad necesario.

¿Es peligroso para mi salud tener estas crisis?

Las crisis de pánico, más allá del miedo y la sensación de peligro inminente, no suponen, en sí mismas, un peligro real.

Como hemos dicho más arriba, estas crisis son la expresión de la reacción de lucha/huida, un mecanismo de defensa que, como tal, no puede resultar peligroso para nuestra integridad física.

Para entenderlo mejor, veamos la función de un mecanismo de defensa en, por ejemplo, los osos polares. Estos mamíferos han desarrollado, a lo largo de su evolución

como especie, un pelaje espeso que les ha permitido, y les permite, sobrevivir en las duras condiciones de temperatura del Polo Norte. La alta densidad de su pelaje es, entonces, un mecanismo de defensa exitoso contra el frío, que lograron desarrollar a través de su evolución. Pero supongamos que ese pelaje hubiera comenzado a volverse más y más largo y, de ese modo, les provocara dificultades para moverse con comodidad o con la agilidad necesaria para obtener su alimento. En ese caso el mecanismo de defensa dejaría de serlo, para transformarse, muy por el contrario, en una característica incompatible con la subsistencia. Y si esto ocurriera, el oso polar se extinguiría. Volviendo al tema que nos ocupa, si las crisis de pánico (mecanismo de defensa) fueran peligrosas para nuestra vida, debería haber ocurrido una de las siguientes dos posibilidades: a) nuestra especie habría dejado, ya hace tiempo, de existir; b) habríamos suprimido, siempre a través de la evolución, ese mecanismo de defensa, para desarrollar algún otro, más eficaz y compatible con la vida.

¿Realmente no es riesgoso que mi corazón se acelere tanto?

Si ya pasaste por varias crisis de pánico (lo cual es bastante probable, de lo contrario no estarías leyendo este capítulo con tanta atención) habrás podido comprobar (y de esto estamos por completo seguros, de lo contrario no estarías con este libro, ni con ningún otro, en las manos) que tus temores acerca de la posibilidad de morir de una crisis cardíaca son infundados.

Como mencionamos antes, muchas personas interpretan de modo erróneo los síntomas de la respuesta de lucha/huida y creen que esta puede, en alguna oportunidad y a fuerza de repetirse, provocarles la muerte. Esto se debe a que carecen de suficientes conocimientos acerca de las características de los ataques cardíacos, que son fácilmente distinguibles de las de una crisis de pánico. Además, por lo general, un examen cardiológico de rutina permite confirmar la ausencia de enfermedad, ya intuida por el psiquiatra al entrevistar al paciente.

En un corazón sano, los cambios de ritmo e intensidad causados por la adaptación a modificaciones en el medio ambiente no solo no revisten peligro, sino que son necesarios. El corazón está preparado para este tipo de exigencias.

Su estructura le permite presentar cambios de ritmo e intensidad de contracción de acuerdo con las necesidades de nuestro cuerpo en diferentes situaciones. Recordemos que su actividad se incrementa en diversos eventos de la vida cotidiana tales como ejercicio, variaciones de presión ambiental, cambios bruscos de posición, subir una escalera, correr el colectivo, asustarse o alarmarse, etc. También presenta un ritmo acelerado en algunas enfermedades, como por ejemplo en las anemias crónicas, en las

cuales debe latir durante años a un ritmo mayor, para compensar con éxito la menor cantidad de glóbulos rojos existente.

Ahora bien, en personas cuyo corazón presenta algún tipo de problema o enfermedad, las crisis de pánico, como cualquier otro cambio importante en las condiciones de funcionamiento del organismo, podrían, eventualmente, suponer un riesgo. Por suerte, la mayor parte de los pacientes que sufren crisis de pánico son jóvenes y saludables, en lo que a su organismo se refiere. Por otra parte, la mayoría de las personas que nos consultan llegan con una buena batería de estudios ya realizados (en el caso de que no sea así, los solicitamos nosotros ya en la primera entrevista), que nos dejan tranquilos en cuanto al estado de salud de su corazón, para que de ese modo podamos enfocarnos sin distracciones en nuestra tarea específica: superar el temor, controlar las crisis, y volver, de manera paulatina, a disfrutar de una vida normal.

¿Es lógico que me asuste cuando los latidos son tan intensos?

Y..., sí. ¿Cómo no nos vamos a asustar frente a eso, sobre todo cuando no sabemos por qué ocurren?

Sin embargo, en el caso del ataque de pánico, no debería alarmarnos la percepción de latidos más frecuentes e intensos: el corazón solo está realizando su trabajo.

Al latir con mayor intensidad y frecuencia la sangre circula más rápido y es desviada de los lugares donde, en esa emergencia, no es tan necesaria —por ejemplo, la piel o los órganos abdominales—, hacia territorios donde es más necesaria como defensa, preferentemente, como ya apuntamos, los grandes músculos. De manera que no es casual que una persona corra mucho más rápido cuando tiene miedo. Durante el miedo, como resultado de la redistribución circulatoria, la piel se ve pálida y se siente fría para que los músculos puedan recibir un mayor aporte de oxígeno y energía. Por otra parte, y por idéntica razón, la reducción momentánea de flujo sanguíneo a nivel cerebral puede verse reflejada en mareos, visión borrosa y sensación de inestabilidad.

Como explicamos en el capítulo 1, estos cambios se producen para optimizar nuestra reacción frente a un peligro. Constituyen un mecanismo de defensa y, por lo tanto, no pueden ser dañinos para el organismo, aunque las desagradables sensaciones que provocan nos hagan creer lo contrario.

¿Por qué me asustan tanto los síntomas de la crisis de pánico?

No hay manera de que las primeras crisis no nos asusten. Irrumpen en nuestra vida

sin aviso previo, el corazón parece que se saliera del pecho, que no podemos respirar bien, todo da vueltas alrededor..., y sin causa a la vista que pueda explicarlo. Todo parece indicar que estamos sufriendo un ataque de algún tipo y que podríamos llegar a morirnos en cualquier momento.

Después, a medida que se repiten, es posible que ya nos vayamos dando cuenta de que la cosa no es tan grave. ¿Pero cómo no seguir teniendo miedo, sobre todo si no nos han dado una buena explicación? Se trata del corazón que se agita, de sensaciones de desmayo, de mareos... ¿cómo no estar asustados?

Un factor clave en la intensidad del miedo que sentimos es la sensación de pérdida de control sobre nuestro cuerpo.

Las crisis pueden ocurrir en cualquier momento y no sabemos controlarlas. Solo sabemos defendernos evitando las situaciones que las producen. Así logramos tener menos, o ninguna, crisis de pánico. Pero nuestra vida se va achicando y empobreciendo cada vez más...

¿Es posible perder el control en medio de la crisis?

No, aunque parezca mentira, es muy difícil que eso ocurra.

Como se mencionó antes, la respuesta de lucha/huida prepara al cuerpo para la acción, ya sea para atacar o para correr. Por eso no debe sorprender que los impulsos intensos asociados a esta respuesta sean los de agresión y de deseo de escapar. Cuando esto no es posible (por represiones sociales) estos impulsos son expresados con conductas tales como desesperación, golpeteo con los pies o aumento de la velocidad de la marcha. Sobre todo, se presentan sentimientos de estar atrapado y necesitar escapar. Mucha gente teme “perder el control” en medio del pánico. Creen que pueden quedar totalmente paralizados, o, por el contrario, que la desesperación los llevará a correr por los alrededores sin poder medir sus acciones. Es habitual que sientan una opresiva sensación de amenaza contra su seguridad, aunque no encuentren una explicación lógica para ello.

Durante el miedo, el cuerpo entero se prepara para la acción y hay un abrumador deseo de escapar. De cualquier modo, la respuesta de lucha/huida no está dirigida a lastimar a otras personas (que no sean amenazadoras) y no produce parálisis. Más bien, apunta a que el organismo pueda alejarse de la amenaza. No hay registro de casos en donde alguien se haya comportado salvajemente durante un ataque de pánico.

En resumen, ¿cuáles son los efectos de la respuesta de

lucha/huida?

- a) Desvío de la atención hacia el medio circundante;
- b) Aumento de la percepción de peligros o posibles amenazas;
- c) Preparación del cuerpo para la lucha o la huida, con incremento del rendimiento del corazón, respiración y, por lo tanto, fuerza y velocidad;
- d) Actitud mental dispuesta a la agresión o al escape. Necesidad de lugares abiertos.

¿Trastorno de pánico y crisis de pánico son la misma cosa?

No. Una cosa son las crisis de pánico y otra el trastorno de pánico.

Llamamos *crisis o ataque de pánico* a la aparición repentina de miedo intenso, acompañado de algunos síntomas típicos que alcanzan su máxima intensidad en los primeros minutos aproximadamente, para luego decrecer.

Las crisis de pánico forman parte del trastorno de pánico, pero también suelen hacerse presentes en los demás trastornos de ansiedad.

Por ejemplo: forman parte de la ansiedad social cuando se presentan de manera exclusiva en situaciones de interacción social y corresponden a las fobias específicas cuando solo se presentan en el momento de enfrentarnos con el objeto fóbico (ej.: lugares altos en la acrofobia, lugares cerrados en la claustrofobia, etc.).

Ahora bien, cuando las crisis se repiten y empezamos a convivir con la preocupación acerca de la posibilidad de nuevos episodios y sus consecuencias, entonces decimos que estamos frente a un trastorno de pánico.

¿Y si me agarra de nuevo? ¿Y si me desmayo o me mareo en la calle y nadie me ayuda? O peor, ¿y si me agarra mientras manejo mi auto? Es mejor que ya no salga solo.

¿No iré a tener un ataque al corazón? ¿Tendré algo en la cabeza? ¿Me estaré volviendo loco?

Nuestro comportamiento comienza a cambiar de manera progresiva. Adquirimos una serie de conductas de reaseguro y limitamos cierto tipo de actividades cotidianas que ahora, a raíz de lo que nos ocurre (o de lo que interpretamos acerca de lo que nos ocurre) consideramos riesgosas.

¿Qué es la agorafobia?

Llamamos *agorafobia* a la intensa sensación de desamparo que experimentamos al encontrarnos en lugares donde nos parece que nos resultará difícil escapar o en los que

no será fácil conseguir ayuda en caso de sufrir un ataque de pánico.

Al principio, estas situaciones pueden ser afrontadas pagando el precio de un intenso malestar físico. Tiempo después ya se vuelve necesaria la presencia de una persona de confianza como acompañante: surge así la dependencia. Finalmente, en la mayoría de los casos, dichos lugares o situaciones llegan a ser evitados por completo.

Cada vez más actividades son eliminadas de nuestras costumbres: dejamos de ir a fiestas o reuniones (por si nos da un ataque delante de todo el mundo), no nos quedamos solos en casa al cuidado de chicos de poca edad (sean o no nuestros hijos) ya que si “nos descomponemos”, ¿qué será de ellos? No viajamos fuera del radio de nuestra ciudad (estar en casa nos da seguridad, la distancia, por el contrario, nos produce una insoportable sensación de desamparo), muchas veces abandonamos nuestros estudios (ya no puedo llegar a la facultad en subte o colectivo, siempre me termino bajando antes. Además, no puedo estar ni la mitad del tiempo de clase quieto en el aula, me parece que no puedo respirar).

La agorafobia es una consecuencia natural de las crisis de pánico repetidas, y se instala ya en los comienzos del trastorno.

Nuestra vida se empobrece y, lo que es peor, al no encontrar cómo resolver el problema, corremos el peligro de acostumbrarnos a vivir así.

De hecho, a tal punto puede llegar el acostumbramiento que la persona que sufre un trastorno de pánico con agorafobia, en muchos casos, llega casi a “olvidar” la cantidad de situaciones normales que evita.

Veamos un ejemplo de nuestra propia práctica clínica:

Caso clínico

Verónica, la que había olvidado su vida anterior

Una tarde, hace ya más de diez años, llegó a la consulta una chica de unos 25 años. Digamos que se llamaba Verónica. Me cuenta que había sufrido su primera crisis de pánico a los diecinueve, durante unas vacaciones en la costa con su familia. Un día, mientras estaba en la playa y sin nada que lo

justificara, se empezó a sentir muy nerviosa. El corazón de golpe le iba muy rápido y sentía que no podía respirar bien. Enseguida pensó que estaba teniendo un ataque y que se iba a morir.

Los padres, asustados, la llevaron sin pérdida de tiempo a una guardia médica.

En la guardia, como solía suceder por aquellos años, los profesionales, luego de una revisión muy completa, les dijeron que no tenía nada, que probablemente estaba nerviosa, que tomara un calmante y se mantuviera alejada de cosas que pudieran estresarla.

Es verdad que Verónica estaba viviendo una etapa especial de su vida. Había terminado el secundario y, al no tener un proyecto de estudio o trabajo muy firme, en su vida se había producido un vacío que la tenía bastante angustiada.

El tiempo pasó, los síntomas seguían y los profesionales que había consultado no habían conseguido ayudarla. Las crisis, que en un principio habían sido muy violentas y frecuentes, ya eran más espaciadas y su vida, por lo tanto, era más tranquila.

Un día, gracias a un informe que vio en un noticiero de la tele, se enteró de que existían tratamientos específicos para casos como el de ella. Así fue como decidió, a pesar de los fracasos anteriores, darse una nueva posibilidad de recuperación.

Dos semanas después llegó a nuestros consultorios.

Ese día, el de su primera entrevista conmigo, luego de un rato de conversación durante el cual me habló acerca de los inicios de su enfermedad, le pedí que me contara qué cosas ya no hacía a causa del temor a que le sobreviniera una nueva crisis de pánico. Verónica, sin pensarlo, me respondió que no, que ella llevaba una vida sin restricciones, que no se veía obligada a dejar de hacer nada, en realidad. Trabajaba en un local de ropa, estaba de novia, salía con sus amigas... En fin, si no fuera por esas crisis que le venían cada tanto, podría decirse que llevaba una vida normal.

Su respuesta me llamó mucho la atención. No era lo más habitual que alguien que había sufrido ese tipo de crisis, y que aún las sufría (aunque en menor número e intensidad) no hubiera desarrollado un sistema de evitación de determinados lugares. Le pedí, entonces, que llenara un cuestionario (que damos a todos nuestros pacientes en la primera entrevista) en el cual se le presentaban diferentes situaciones de movilidad (viajar en colectivo, en

subte, tren o avión, caminar sola por la calle, permanecer sola en casa, ir al cine, ir a reuniones, permanecer en una fila, viajar a lugares alejados de su casa, etc.) y ella tenía que señalar con qué frecuencia se veía obligada a evitarlas, a causa del temor a sufrir una crisis de pánico.

Para su propia sorpresa (y no tanto para la mía) Verónica comenzó a tildar varios ítems, uno detrás del otro. Cuando terminó, me alargó la hoja y se sonrió, en un gesto que mezclaba asombro y confusión. ¡Había un montón de cosas que no hacía y lo había olvidado! De hecho, hacía tanto tiempo que no las hacía, a tal punto las había borrado de su vida, que ya no se daba cuenta de que le faltaban.

Verónica ya no iba al cine ni a reuniones con mucha gente, por ejemplo. No tomaba transportes públicos (solo remises) desde hacía años. Su novio vivía a unas pocas cuadras de su casa, por lo que podía ir muy tranquila caminando. Lo mismo pasaba con su trabajo. Sus nuevas amigas, con las que más se veía, también vivían cerca y compartían sus “gustos” de salir solo por el barrio y no ir a bailes o lugares muy concurridos.

Ahora sí se acordaba: como las crisis se repetían y no dejaban de atemorizarla, empezó a restringir sus salidas y actividades en forma progresiva. Descubrió que de esa manera conseguía que los ataques de pánico casi no se repitieran. Dejó de ir al cine o al shopping, no volvió a viajar en tren o colectivo, evitaba ir a reuniones y ya no salía de vacaciones en el verano. Su vida, de ese modo, volvió a ser más tranquila y previsible. Solo muy de vez en cuando sufría algún ataque de pánico que la sorprendía en medio de las actividades de todos los días, pero era cuestión de tomarse un calmante y esperar a que pasara. Total, tardaría bastante en repetirse.

“Consulté con varios médicos especialistas que no me pudieron ayudar. ¿Tan enfermo estoy?”

No, en la gran mayoría de los casos el no haber encontrado respuestas terapéuticas efectivas no significa que el problema sea tan grave ni insoluble. Lo más probable es que no hayamos conseguido soluciones por no obtener un diagnóstico preciso y/o un tratamiento correcto.

Nuestra primera reacción frente a las crisis de ansiedad o pánico es pensar que tenemos alguna enfermedad física. Entonces empezamos una ronda de consultas por distintas especialidades médicas, con la expectativa de encontrar una causa que explique lo que nos está pasando. Vamos a ver al clínico, al cardiólogo, al neurólogo, al

endocrinólogo... En cada caso nos indican distintos exámenes, análisis, radiografías, incluso tomografías computadas o resonancias magnéticas.

Pero la respuesta suele ser siempre la misma: “usted no tiene nada, son sus nervios”.

Afortunadamente en los últimos años la situación tiende a cambiar y son cada vez más los médicos capaces de sospechar el diagnóstico de trastorno de pánico u otro trastorno de ansiedad y orientar así a sus pacientes hacia una derivación correcta.

¿Qué es el “miedo al miedo”?

Si no accedemos a un tratamiento adecuado, algo tenemos que hacer para evitar que las crisis de pánico sigan apareciendo. Para eso comenzamos a restringir cada vez más las actividades que puedan desencadenarlas.

Resulta habitual que ya después de las primeras crisis empecemos a evitar el uso de trenes, colectivos y subtes. También tratamos de no ir solos por la calle, ni alejarnos de casa, o concurrir a lugares cerrados o con mucha gente (cines, teatros, hipermercados, shoppings, etc.).

Más adelante, en la medida en que el problema se acrecienta nos puede dar mucho temor incluso el quedarnos solos en nuestra propia casa.

En casos extremos pero no excepcionales, ha habido personas que no salieron de sus hogares por meses, o incluso años.

En muchos de esos pacientes las crisis hace ya mucho que no se presentan, pero persiste un intenso temor de que reaparezcan: se ha instalado el “miedo al miedo”.

Se denomina *miedo al miedo* al temor de sufrir otra crisis de miedo como consecuencia de un nuevo ataque de pánico.

Síntomas principales del trastorno de pánico

- sensación de ahogo;
- mareos;
- palpitaciones;
- miedo;
- sensación de desmayo;
- sensación de pérdida del control;
- temor a morir;
- necesidad de salir a un espacio abierto.

Complicaciones del trastorno de pánico

- severa limitación de la libertad de trasladarse;
- imposibilidad de viajar a lugares más o menos lejanos;
- dependencia de otros para sentirse seguro;
- ánimo depresivo;
- deterioro de las posibilidades laborales, académicas y sociales.

¿Qué es una fobia?

Una fobia es un miedo intenso, desproporcionado con relación a la situación que lo desencadenó, y que suele provocar conductas evitativas.

Como veremos más adelante, si estos cambios en la conducta alteran la actividad y el desempeño global de la persona ocasionándole la pérdida del trabajo, del estudio, problemas de pareja o familiares, etc., entonces podemos decir que nos encontramos ante un trastorno fóbico.

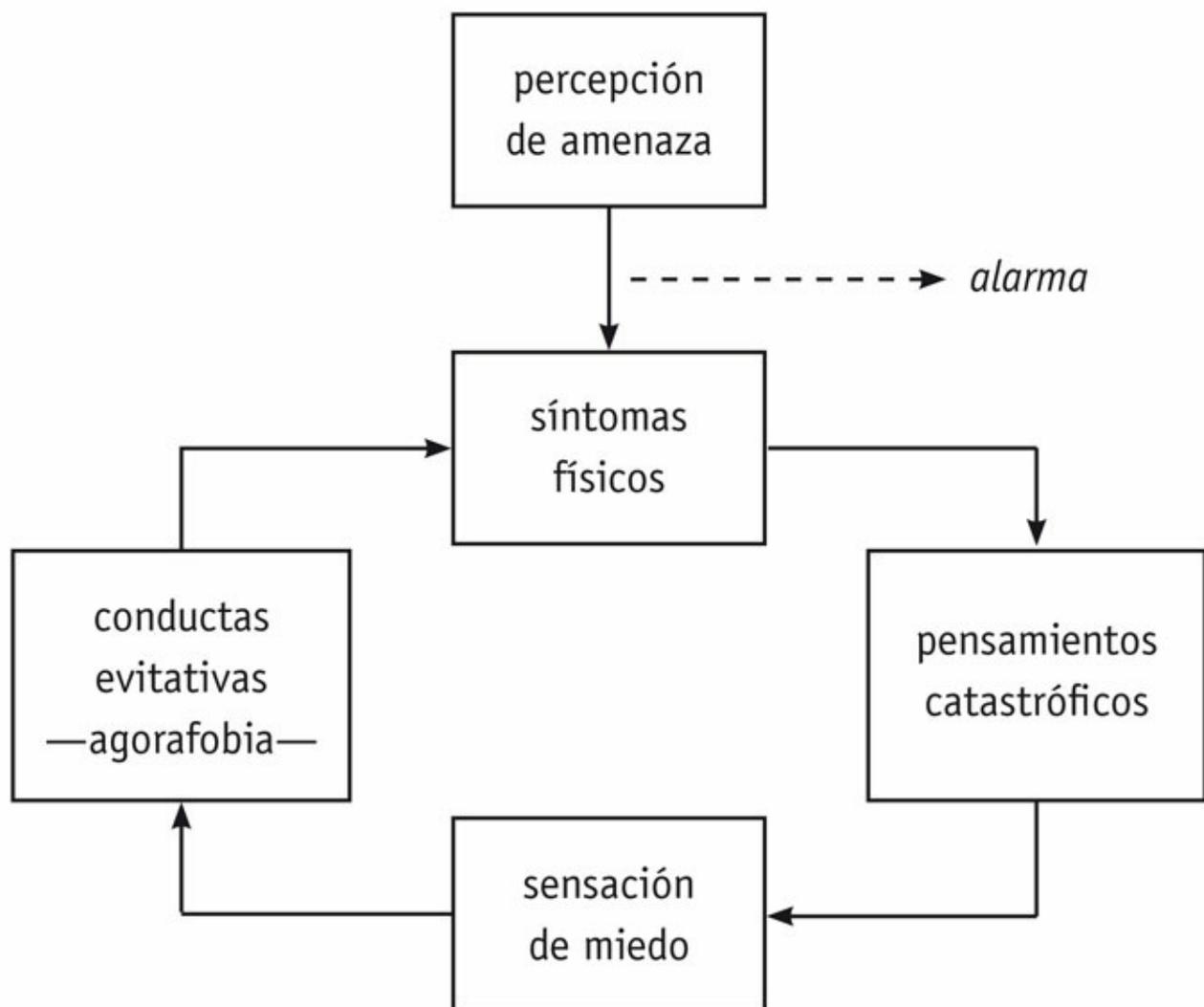
¿Qué lugares o situaciones son evitados con mayor frecuencia por quienes sufren un trastorno de pánico?

- lugares en los que las puertas se cierran y uno mismo no puede volver a abrirlas cuando lo desea o necesita: trenes, subtes, colectivos, aviones, entrada de edificios, ascensores, automóviles (en los que maneja otra persona), micros;
- lugares de los que uno puede salir pero implica exponerse ante los demás: cines, teatros, fiestas, reuniones, aulas, consultorios;
- lugares alejados de la casa de uno: sitios de vacaciones, zonas de la ciudad no familiares, lugares donde se presume no habrá atención médica cercana;
- situaciones que impliquen espera forzosa: hacer cola en un banco, tránsito embotellado, salas de espera (sobre todo si no hay ventanas);
- situaciones de responsabilidad que, si sobreviene una crisis, *creemos* que no podremos manejar: quedar sola o solo en casa con los chicos, salir con los chicos a la calle (*si me viene una crisis, ¿quién los cuida?*), manejar el automóvil (*si me descompongo y me descontrolo puedo provocar un choque o salir corriendo y dejar el auto en la mitad de la calle*);
- situaciones de soledad: quedarse solo en casa (*si me pasa algo no va haber nadie que pueda ayudarme*) o caminar solo por la calle (*si me desmayo voy a hacer un papelón y además quizás no me puedan ayudar a tiempo*);

- lugares abiertos: rutas, paseos por el campo o grandes paisajes, en donde la inmensidad provoca sensaciones de vacío y desolación, que son asociadas al desamparo que sobreviene con la crisis de pánico.

¿La agorafobia y el pánico pueden darse juntos?

Sí, y es lo que sucede en la mayoría de los casos. La agorafobia suele ser la consecuencia directa del trastorno de pánico, si este no se trata a tiempo. Primero se producen las crisis, luego la preocupación permanente por la posibilidad de que aparezcan nuevas crisis (esto se denomina ansiedad anticipatoria o miedo al miedo), y más tarde la agorafobia con sus típicas conductas evitativas (ver esquema).



Circuito del miedo al miedo:

¿Cuáles son las causas del trastorno de pánico?

Si bien en un principio se pensaba que las causas de este trastorno eran exclusivamente psicológicas, hoy se sabe que no es así. Se han descubierto factores neuroquímicos y neuromoleculares, así como cierta predisposición genética, que, junto con elementos emocionales (del pasado y/o del presente) y eventos estresantes, llevan a la irrupción de este cuadro.

¿A qué edad suele comenzar?

¿Lo sufren muchas personas?

La edad de comienzo suele situarse entre los 25 y los 35 años, si bien estos límites no son estrictos.

Aproximadamente 35 de cada 1.000 personas lo sufren en algún momento de sus vidas.

Estas cifras resultan muy similares en diferentes ciudades del mundo.

Muchos suponen que el trastorno de pánico es más frecuente en grandes ciudades, cosa que no es así. Aunque resulte sorprendente, su frecuencia de aparición es prácticamente la misma en zonas rurales y en áreas urbanas. Esto demostraría, por una parte, la importancia del componente genético de la enfermedad, y por otra, que aun en ciudades pequeñas o pueblos existe el estrés, en mayor o menor grado.

¿Por qué se producen la crisis de pánico?

Si los síntomas de la ansiedad se presentan de manera brusca y sin causa aparente, pueden alcanzar niveles muy elevados ya que uno imagina, erróneamente, que padece alguna enfermedad física o que su vida está corriendo un peligro inminente.

Cuando esto ocurre, el miedo aumenta aún más la intensidad de las sensaciones, lo que puede llevar al desarrollo de una crisis de pánico.

La mayoría de las investigaciones científicas dicen que las personas que padecen ataques de pánico les temen, fundamentalmente, a sus sensaciones físicas, es decir, son esas sensaciones las que les desencadenan el miedo o pánico.

El ataque de pánico puede ser visto como un conjunto de sensaciones físicas inesperadas, seguido de una respuesta de pánico o miedo a esas sensaciones.

Muchas veces no se puede encontrar con claridad la sensación desencadenante o la causa de la ansiedad. En consecuencia, muchas personas vuelven su búsqueda hacia ellos mismos.

En otras palabras: “si no hay nada exterior que me esté haciendo sentir ansioso o temeroso, algo debe estar mal en mí”. En estos casos, automáticamente pensamos: “me voy a morir de un ataque”, “estoy perdiendo el control” o “me voy a volver loco” (pensamientos catastróficos).

Como vemos, a pesar de que esos pensamientos pueden resultar comprensibles, nada puede estar más lejos de la verdad, ya que:

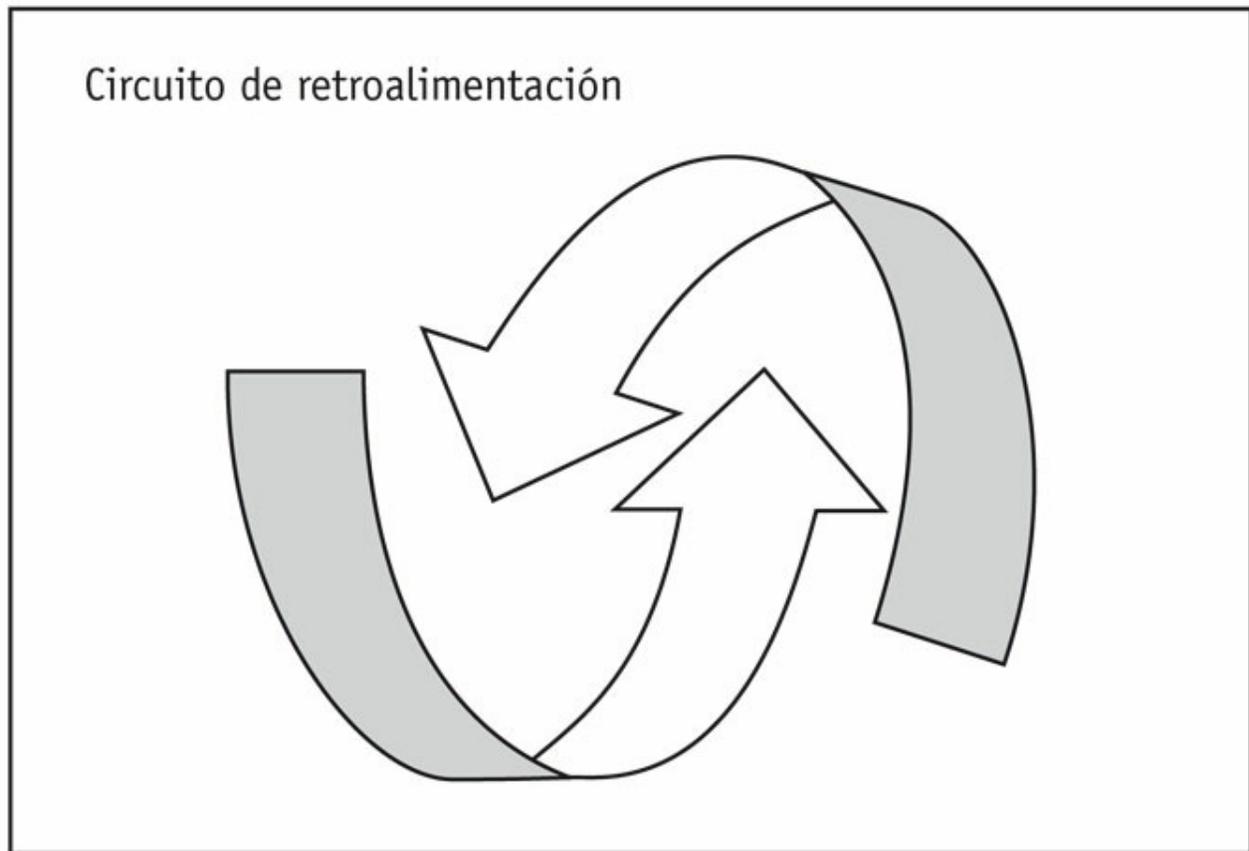
El objetivo de la respuesta lucha/huida es proteger el organismo, no dañarlo.

¿Por qué se desencadena un ataque de pánico cuando no existe ningún peligro real?

Hasta ahora hemos visto los componentes y rasgos principales de la ansiedad en general, o de la respuesta de lucha/huida (también llamada respuesta de miedo o pánico), sin embargo, ¿cómo se aplica todo esto a los ataques de pánico?

¿Por qué se activa la respuesta de lucha/huida durante un ataque de pánico, si aparentemente no hay nada a que temerle?

Como mencionamos antes, la respuesta de lucha/huida (de la que los síntomas físicos son parte) hace que dirijamos nuestra atención hacia supuestas (o potenciales) fuentes de peligro. Cuando el cerebro (la mente) no logra encontrar un peligro real, vuelve su búsqueda hacia adentro y, de manera automática, encuentra una explicación tal como “debo tener un ataque al corazón o un tumor en la cabeza, voy a perder el control, me voy a desmayar, me voy a morir acá, etc.”. Esas interpretaciones que se nos ocurren nos provocan miedo o pánico. A su vez, el miedo y el pánico aumentan los síntomas físicos, y de ese modo se produce un ciclo de síntomas-miedo-síntomas-miedo y así sucesivamente.



Ahora bien, ¿por qué muchas veces experimentamos los síntomas físicos de la respuesta de lucha/huida, si no hubo nada que nos alarmara, ni de nuestro cuerpo ni de afuera?

Es verdad, sabemos que los ataques de pánico suelen presentarse de manera espontánea cuando estamos paseando, por ejemplo. Hay muchos caminos por los que pueden desencadenarse estos síntomas, no solo a través del miedo. Por ejemplo, el estrés de la vida diaria resulta en un aumento en la producción de adrenalina y otras sustancias químicas que pueden, a veces, producir síntomas similares a la ansiedad y el pánico.

Otra posibilidad es que tengamos una tendencia a respirar un poco rápido (leve hiperventilación) por costumbre, y esto también nos puede producir los síntomas. Debido a que este aumento del ritmo respiratorio es leve, es posible que nos hayamos acostumbrado y no notemos que estamos hiperventilando.

Una tercera posibilidad es que estemos experimentando cambios normales en nuestro organismo (que todo el mundo experimenta sin notarlo, por ejemplo, leve taquicardia o respiración agitada luego de correr unos pasos o caminar rápido), pero como, debido a nuestro temor, estamos permanentemente monitoreando o chequeando nuestro cuerpo, notamos estas sensaciones mucho más que el común de las personas

Además de las dos razones ya descritas para la producción de síntomas o sensaciones físicas, (estrés e hiperventilación), existe una tercera posibilidad: el proceso llamado *condicionamiento interoceptivo*. En este caso los síntomas físicos que ocurrieron en los primeros ataques de pánico quedan asociados al momento traumático y se convierten en señales cargadas de significado de amenaza o peligro. Esto es, se han vuelto reflejos condicionados. Como resultado, es muy probable que seamos extremadamente sensibles a estos síntomas y que reaccionemos con miedo, sencillamente, debido a que en el pasado las experiencias de pánico estuvieron asociadas a ellos.

Como consecuencia de esta asociación condicionada, las sensaciones que ocurren durante actividades comunes pueden llevar a desarrollar un estado de pánico. Por ejemplo, la falta de aliento y sensación sudorosa producida por el ejercicio físico, el nerviosismo producido por tomar café, o el calor en negocios repletos de gente, todo esto nos puede llevar a desarrollar una sensación de pánico, motivo por el cual muchas personas que lo padecen evitan actividades físicas, deportes, o tomar café o bebidas cola.

Aun cuando no sepas con seguridad por qué se despertaron los primeros síntomas de una crisis, tené la certeza de que son parte de la respuesta de lucha/huida, y, por lo tanto, inofensivos.

¿Qué pasa cuando por fin aprendo que las sensaciones de ansiedad no son peligrosas?

¿Se van a ir o igualmente seguirán apareciendo?

Una vez que de verdad creamos, en un cien por ciento, que las sensaciones físicas no son peligrosas, el miedo y el pánico no van a ocurrir por mucho más tiempo, y las crisis de pánico se irán presentando de manera más aislada, hasta, en el mejor de los casos, desaparecer.

El convencimiento de la no peligrosidad de las sensaciones no se alcanza con facilidad. Hemos sufrido fuertes crisis durante un buen tiempo, y no resulta fácil dejar atrás esa impresión que nos dejó tan marcados.

Algunas razones para confiar en que las crisis de pánico no van a matarnos:

1. Seguimos vivos, a pesar de tantos ataques de pánico que tuvimos. Es decir, los síntomas, hasta ahora, a pesar del miedo que nos causaron, no nos han matado;

2. Siempre pudimos mantener el control. Nunca llegamos a salir corriendo. Es más, la mayoría de las veces, la gente que estaba con nosotros en ese momento ni siquiera se dio cuenta de lo que nos estaba pasando. Tan grave, entonces, no debe ser;
3. Pensemos: si una crisis de miedo pudiera matarnos, a esta altura quedarían solo unos pocos habitando el planeta;
4. Justamente nosotros, a causa de nuestros síntomas, con seguridad nos contamos entre las personas estudiadas de manera más completa desde el punto de vista cardiológico. Y nuestro corazón está sano.

¿Qué tal si nos relajamos y tratamos de aprender a confiar en que nada va a suceder? Vamos, apartemos el temor. De algo nos vamos a morir algún día, pero con seguridad no va a ser de pánico.

Cuando estoy en medio de un ataque de pánico me siento tan rara que me da miedo de volverme loca. ¿Es posible que una de esas crisis me lleve a la locura?

No, en ningún caso un trastorno de pánico conduce a la locura.

Mucha gente, cuando experimenta los síntomas físicos de la respuesta de lucha/huida, cree que se está “volviendo loca”. Esto se debe a la extrañeza de sí mismo y/o del entorno que produce la crisis de pánico. Pero ese síntoma desaparece al terminar la crisis, y además no se relaciona con cuadros más severos como las psicosis (“locura”) en general.

La locura, o mejor dicho la esquizofrenia (que es el tipo de psicosis más frecuente en gente joven), es una patología completamente distinta, con síntomas muy severos como, por ejemplo, la discordancia entre pensamientos y discurso, ambivalencia afectiva, delirios o creencias extrañas (ej.: que recibe mensajes del espacio exterior o que alguien controla sus pensamientos) y alucinaciones (ej.: que hay voces dentro de su cabeza). Aún más, la esquizofrenia parece ser un trastorno de base genética con fuerte incidencia familiar, con un pronóstico mucho peor que el pánico.

Por otra parte, la esquizofrenia generalmente comienza de modo gradual y no de repente (como el ataque de pánico). Sus primeros síntomas suelen ser las alteraciones del pensamiento ya mencionadas, la excitación psicomotriz o una gran falta de interés por todo aquello que no tenga que ver con su ideación delirante.

¿Por qué durante las crisis me parece que voy a perder el

control?

Es verdad, en medio de una crisis de pánico sentimos una desesperación terrible mezclada con una sensación de amenaza, y a veces parece que en cualquier momento podemos perder el control.

Nos da miedo quedar totalmente paralizados o, por el contrario, no poder evitar el impulso de salir corriendo de donde fuera que estemos, vociferando nuestra desesperación delante de todo el mundo y atropellando a quien se nos ponga adelante (¡con una absoluta pérdida de la elegancia!).

Por lo que se mencionó antes, ahora sabemos de dónde vienen esos sentimientos. Durante la ansiedad, el cuerpo entero se prepara para la acción y hay un abrumador deseo de escapar. De cualquier modo, la respuesta de lucha/huida no está dirigida a lastimar a otras personas (que no sean amenazantes) y no produce parálisis. Más bien apunta a que el organismo pueda escapar de la situación.

No existen registros de ningún caso en que alguien se haya comportado de manera agresiva o salvaje durante un ataque de pánico. Aun cuando la respuesta de lucha/huida nos hace sentir confusos, raros o desesperados, de todos modos somos capaces de pensar y funcionar normalmente durante la crisis.

Para más datos acerca de que esto es así, pensemos cuántas veces otras personas, que estaban en ese momento con nosotros, se han dado cuenta cuando hemos estado sufriendo un ataque de pánico. La respuesta es *nunca o casi nunca*.

¿Por qué? Porque la procesión va por dentro.

A pesar de que las sensaciones son intensas y nos generan mucho miedo, somos capaces de controlarlas en una medida mucho mayor de lo que hubiéramos esperado.

¿Qué es lo peor que me podría pasar durante un ataque de pánico?

¿Hasta dónde pueden llegar estas palpitaciones?

¿Hasta qué punto se puede soportar esta ansiedad, si sigue subiendo?

¿Y si me muero?

¿Y si colapso y caigo redondo al piso?

Las crisis intensas dan mucho miedo y uno no sabe qué le podría pasar en medio de una de ellas.

Como vimos, la respuesta de lucha/huida se produce principalmente a través de la

actividad del simpático, el cual, luego de unos minutos, es contrarrestado (o “calmado”, podríamos decir) por el parasimpático. El parasimpático es, en un sentido, un reaseguro contra la posibilidad de que el simpático se agote por una respuesta excesivamente intensa o prolongada.

Por otra parte, los nervios no son como cables eléctricos y la ansiedad no los puede agotar, dañar o consumir.

Los peores síntomas de pánico que podemos sufrir ya los conocemos (y eso es una ventaja). Son los de las primeras crisis que tuvimos: un muy mal momento, un momento horrible, en realidad, con mucho miedo y síntomas intensos. Y nada más.

Vos dirás: “y nada menos”. Y es verdad.

Pero también “y nada más”: no me muero, no me vuelvo loco, no pierdo el control.

Es “nada más” que un momento espantoso.

Y convengamos en que no es lo mismo pensar que me voy a morir a pensar que en unos minutos todo va a pasar.

Las crisis más severas suelen ser las primeras debido a que, como no sabemos qué nos está ocurriendo, el miedo se acrecienta y, por lo tanto, los síntomas se vuelven más y más intensos.

Las crisis subsiguientes, a medida que pasa el tiempo y que ya son algo conocido por nosotros, suelen disminuir su intensidad (vale aclarar que existe, sin embargo, un pequeño porcentaje de personas que continúa sufriendo crisis severas a lo largo del tiempo).

Vale la pena repetir lo siguiente: el hecho de haber sufrido crisis tan intensas nos ofrece una ventaja: ya sabemos qué es lo peor que nos puede ocurrir.

La posibilidad de desmayarse en una crisis de pánico es extremadamente rara, y cuando esto ocurre, suele deberse a otras patologías que no tienen que ver con el pánico.

¿Cómo diferencio los síntomas del pánico de los que indican enfermedad del corazón?

Muchas personas malinterpretan los síntomas de la respuesta de lucha/huida y creen que van a morir de un ataque cardíaco. Esto se debe a que probablemente no tienen suficientes conocimientos acerca de las características de los ataques cardíacos.

Echemos una mirada a los eventos de la enfermedad cardíaca y veamos como difieren del ataque de pánico.

Los síntomas más intensos y frecuentes en la enfermedad cardíaca son: falta de aire,

dolor en el pecho, así como ocasionalmente palpitaciones y desvanecimiento. En general, están directamente relacionados con el esfuerzo. Esto es, que a mayor esfuerzo físico, los síntomas son peores y, con menos esfuerzo, son más leves. Usualmente, los síntomas desaparecen con rapidez en el reposo, lo cual difiere de los síntomas asociados con los ataques de pánico, que suelen ocurrir en reposo. Ciertamente, los síntomas del ataque de pánico pueden aparecer o empeorar durante el ejercicio, pero son diferentes de los del ataque cardíaco dado que suelen ocurrir de igual modo durante la falta de actividad.

Por otra parte, el dolor en el pecho de la enfermedad cardíaca es opresivo, parece como si una garra nos apretara el corazón. En cambio, en la ansiedad o en las crisis de pánico el dolor suele ser más como una puntada, y se localiza en zonas diferentes a las del verdadero dolor cardíaco.

Aún de mayor importancia es el hecho de que la enfermedad cardíaca casi siempre produce importantes cambios en el funcionamiento y morfología cardíacas, cambios que por lo general se evidencian con claridad en los electrocardiogramas y en los estudios de imágenes (rayos x, ecocardiogramas, etc.).

En el ataque de pánico, el único cambio que muestra el electrocardiograma es un leve incremento de la frecuencia cardíaca. Por lo tanto, si nos hemos realizado un electrocardiograma y el médico dijo que está todo bien, podemos asumir con seguridad que nuestro corazón no se encuentra enfermo.

Además, si los síntomas ocurren en cualquier momento y no solo por el esfuerzo, es una evidencia adicional en contra del ataque cardíaco.

¿Qué es la hiperventilación?

La hiperventilación es definida como el aumento de la cantidad y profundidad del número de respiraciones por minuto.

En la crisis de pánico, el aumento de la frecuencia respiratoria está al servicio de la mayor demanda de oxígeno por parte de un organismo *activado* para la acción. Es decir, en un principio, esta modificación respiratoria es un cambio *positivo*.

Es verdad, sin embargo, que muchas personas se asustan de esta aceleración respiratoria, y comienzan a respirar mal, con miedo, en respiraciones cortas. Por eso es tan importante la reeducación respiratoria en el tratamiento del trastorno de pánico.

La respiración se acelera para conseguir más oxígeno y así ayudarnos en nuestra reacción de lucha/huida.

Es parte de un mecanismo de defensa y, como tal, no puede provocarnos daño

Para sobrevivir el cuerpo necesita del oxígeno (O₂). Cuando respiramos, el O₂ entra

a los pulmones donde es captado por los glóbulos rojos y transportado por la circulación hacia todas las células del organismo. Estas lo consumen y liberan dióxido de carbono (CO₂), el cual, a su vez, es llevado a los pulmones, desde donde se elimina a través de la respiración.

El eficiente control de las reacciones energéticas del cuerpo depende de un adecuado balance entre el O₂ y el CO₂. Este equilibrio se mantiene gracias a una correcta frecuencia respiratoria (entre 10 y 14 respiraciones por minuto).

Ante la necesidad de un mayor gasto de O₂ (por ejemplo, durante el ejercicio físico) se produce un incremento de la frecuencia respiratoria para compensar la situación. O viceversa, si las necesidades de O₂ disminuyen (por ejemplo, durante la relajación) la cantidad de respiraciones también baja.

La respiración, como el resto de las funciones corporales, está automáticamente controlada por mecanismos físicos y químicos, pero tiene la particularidad de poder ser controlada por la voluntad en determinadas circunstancias. Por ejemplo, somos capaces de detenerla durante un lapso determinado (nadar debajo del agua) o, por el contrario, de aumentar su frecuencia e intensidad (inflar un globo).

Por lo tanto, una numerosa cantidad de factores tales como emociones, estrés o determinados hábitos o conductas también pueden alterar la respiración.

Estos últimos factores puede ser especialmente importante en personas que sufren de ataques de pánico, las cuales tienen una tendencia, por estar en una crisis o por hábito, al aumento de la frecuencia respiratoria.

¿Qué síntomas físicos puede provocar la hiperventilación?

El efecto más importante de la hiperventilación es que se elimina demasiado CO₂ (dióxido de carbono). Eso ocasiona una disminución de la acidez normal de la sangre provocando lo que se conoce como alcalosis metabólica. Estos acontecimientos son los responsables de la mayoría de las manifestaciones físicas que ocurren durante la hiperventilación.

Uno de los cambios más importantes es la constricción de vasos sanguíneos a lo largo de todo nuestro cuerpo, con la consecuente disminución, leve y temporaria, del aporte sanguíneo al cerebro.

Dichos efectos pueden provocar dos amplias categorías de síntomas:

- a) los denominados centrales, producidos por la leve disminución del O₂ en algunas partes del cerebro, como mareo, sensación de irrealidad, sensación de ahogo, visión borrosa, cansancio excesivo;

b) los síntomas periféricos, producidos por la leve disminución del O₂ en otras partes del cuerpo, que generan aumento de la frecuencia cardíaca (para bombear más sangre y distribuirla en los lugares donde más se necesita, en el momento del alerta), entumecimiento y hormigueo de extremidades, acaloramiento, manos frías y húmedas, contracturas musculares.

La reducción de la cantidad de oxígeno es muy leve y absolutamente inofensiva. También es importante destacar que la hiperventilación puede producir sensación de ahogo o atragantamiento, cuando en realidad nunca falta el aire.

Sentimos que nos falta el aire, pero no es así, en verdad. Sentimos que podríamos asfixiarnos, pero eso no está ocurriendo ni podría ocurrir jamás a causa de un ataque de pánico o hiperventilación.

El ataque de pánico es un gran simulador. Simula situaciones graves con mucha eficacia.

Pero es solo simulación.

Tenemos que aprender a no creerle.

De ese modo podremos debilitar el poder que tiene sobre nosotros.

¿Qué otros problemas puede acarrear la hiperventilación?

La hiperventilación también puede ser responsable de una cantidad de manifestaciones generales.

Primero, el acto de respirar en forma exagerada resulta una tarea bastante exigente desde el punto de vista físico, por lo que podemos llegar a transpirar y sentir calor o rubor.

Segundo, si esta exigencia se prolonga en el tiempo, puede provocar cansancio excesivo y llevar al agotamiento.

En tercer lugar, como en estos casos tendemos a respirar más con el tórax que con el diafragma, los músculos torácicos se agotan y se tornan tensos, lo cual puede generar dolor en el pecho, suspiros o bostezos.

Estos hábitos pueden ser considerados una forma de hiperventilación ya que los suspiros o bostezos reiterados “eliminan” súbitamente una importante cantidad de CO₂. En consecuencia, para combatir el problema es importante que estemos atentos a los suspiros o bostezos y que tratemos de suprimirlos.

En muchos casos la hiperventilación puede no ser evidente ni para uno mismo, debido a la costumbre después de largos períodos con este hábito.

¿Por qué se presentan ataques de pánico durante el sueño?

Con el tiempo la disminución del CO₂ es relativamente compensada en el organismo de manera tal que la alcalosis (disminución de la acidez) que se produce es mínima, y no da lugar a la aparición de síntomas físicos evidentes.

Sin embargo, niveles de CO₂ levemente disminuidos pero sostenidos en el tiempo pueden ser suficientes para que una pequeña hiperventilación o bostezo nos desencadenen manifestaciones físicas. Es posible que allí se encuentre el origen de la naturaleza repentina de muchos ataques de pánico, por ejemplo, durante el sueño nocturno.

Y esa es la razón por la cual muchos pacientes refieren: “yo no tenía la sensación de estar hiperventilando cuando tuve el ataque”.

El punto más importante a recordar acerca de la hiperventilación es que de ninguna manera es peligrosa. Es parte integral de la respuesta de lucha/huida y su propósito es ayudar a proteger al cuerpo de eventuales peligros.

¿Cómo se diagnostica el trastorno de pánico?

¿Tengo que hacerme estudios especiales?

Por lo general antes de llegar a la consulta con el psiquiatra ya hemos pasado por el médico clínico, el neurólogo, el gastroenterólogo, el endocrinólogo, y quizás algún otro “ólogo” más.

Incluso en muchos casos hemos visitado también a otros profesionales de salud mental que al no estar entrenados en la detección y/o el tratamiento específico de este tipo de trastornos en particular, no han logrado una gestión exitosa.

Los estudios clínicos básicos (exámenes de sangre, electrocardiograma, mapeo cerebral, etc.) siempre son necesarios para descartar con certeza la existencia de problemas físicos asociados. Luego de este primer paso (realizado habitualmente por los “ólogos” antedichos), estamos en condiciones de abocarnos a precisar el diagnóstico específico.

El diagnóstico se logra a través de la información que brinda el paciente acerca de sus síntomas, orientado por preguntas específicas formuladas por el especialista, y del estudio de la evolución del trastorno desde el momento en que comenzó.

En esta etapa diagnóstica así como en la siguiente (tratamiento psicológico y/o farmacológico), en la gran mayoría de los casos no son necesarios estudios biológicos sofisticados.

No existen exámenes complementarios de ningún tipo (ni de laboratorio ni de imágenes) que puedan diagnosticar de modo específico un trastorno de pánico u otro trastorno de ansiedad.

Por otra parte, se pueden utilizar escalas de evaluación, tanto autoadministradas por el mismo paciente o por el profesional tratante.

Contamos con escalas probadas y validadas internacionalmente (es decir que han sido sometidas a pruebas de efectividad mediante estudios estadísticos rigurosos en un gran número de personas enfermas y comparadas con individuos sanos). Estas escalas brindan conclusiones muy útiles y fidedignas.

Además, solemos utilizar otras, de menor rigurosidad científica, en forma de cuestionarios con unas pocas preguntas, que ayudan a la gente a orientarse sobre tal o cual trastorno y poder hacer así una consulta precoz, que aumenta las probabilidades de éxito del tratamiento.

En un apéndice, al final de esta obra, se mostrarán algunos de estos cuestionarios de autoevaluación.

Capítulo 3

Fobia específica

¿Qué son las fobias específicas?

Antes llamadas fobias simples, tal como su nombre lo indica, se caracterizan por un temor excesivo e irracional a alguna situación o estímulo en particular.

Al enfrentarnos a esa situación o estímulo en particular, se desencadenan síntomas intensos de ansiedad que pueden llegar a constituir una verdadera crisis de pánico.

Por lo general, cuando tenemos este problema ponemos mucho cuidado en evitar encontrarnos con aquello a lo que tememos. De ese modo, si bien evitamos la crisis de miedo, la vida se nos suele complicar bastante.

La incidencia de este tipo de fobia en nuestra vida dependerá del nivel de probabilidad de que ese encuentro se produzca en nuestra vida diaria. Por ejemplo, si sufrimos claustrofobia, se nos hará muy difícil trabajar en el microcentro, donde los edificios son muy elevados y los ascensores del tipo cerrado (o “hermético”, como gustan subrayar, aunque no se ajuste a la realidad, los claustrofóbicos).

No es lo mismo tener fobia a los perros (con los que nos podemos cruzar en cualquier momento) que a las víboras (las cuales, prácticamente, solo nos complicarán la existencia si, en un momento de distracción que lamentaremos, decidimos pasar nuestras vacaciones en las sierras de Córdoba, donde abundan).

Sin embargo, en muchas ocasiones resulta casi imposible evitar por completo la situación que nos desvela. Es así como nos vemos obligados a acercarnos al estímulo o permanecer en su proximidad, con enorme sufrimiento.

Caso clínico

Jorge, el ingeniero corajudo que tenía terror a volar

Jorge es ingeniero y sufre, desde hace muchos años, una fobia específica a volar. Como suele suceder en este tipo de fobia, durante su infancia y adolescencia no solo no había sufrido al tomar aviones, sino que incluso lo entusiasmaba. Le encantaba la aceleración del despegue y después, ya con el vuelo en altura y estabilizado, se la pasaba mirando por la ventanilla e imaginándose cómo serían los diferentes países o regiones por los que pasaban. Su familia tenía una buena situación económica por lo que, para satisfacción de Jorge, podían viajar seguido. Sin embargo, ya cerca de sus treinta años, durante un mal vuelo en el que atravesaron una tormenta y el avión se sacudió bastante más de lo normal, se asustó muchísimo y ya no quiso volver a subirse a un avión.

Al año siguiente evitó un par de viajes hasta que, por necesidades laborales, decidió “arriesgarse”.

Tenía que viajar a España y lo hizo, pero pasó la mayor parte del viaje de ida muerto de miedo. A la semana, a la hora de volver, perdió el vuelo porque, ya con el pasaje en la mano y en la fila de embarque, tuvo una crisis de pánico que no se le pasó hasta que pudo salir del aeropuerto. Recién tres días después, con una buena dosis de ansiolíticos recetados por un médico local, pudo subir al avión que lo traería de vuelta.

Cuando llegó a Buenos Aires juró y perjuró que nunca más volvería a volar. Sin embargo, el destino le jugó una mala pasada. Un grupo económico radicado en España (¡otra vez España!) compró la empresa para la que trabajaba y en la que ocupaba un cargo importante. Si no aceptaba viajar con frecuencia iba a tener que resignar su empleo, que le gustaba y en el cual ganaba bien.

Jorge estaba casado, tenía tres hijos chicos y no muchas ofertas de trabajo alternativas que lo entusiasmaran, así que se quedó.

Con mucho coraje, viajó dos o tres veces más. Y en todas la pasó muy mal. En esas condiciones y a sus 37 años, se acercó a nosotros para una consulta.

¿Por qué Jorge no consultó *antes* de volver a viajar? Porque, como muchas otras personas con temores similares, creyó que si ponía voluntad y se obligaba a viajar algunas veces, el temor terminaría por extinguirse. ¡Error Jorge, error! La fobia solo se extingue, al exponerse en forma repetida, si cada nueva experiencia es relativamente buena, es decir, si se logra controlar, en alguna medida, la ansiedad excesiva. En ese caso, cada nueva exposición resultará mejor que la anterior hasta que el problema

finalmente desaparezca. Por el contrario, si cada nueva experiencia es tan atemorizante como la anterior, la fobia, lejos de resolverse, se refuerza.

Moraleja: si la puerta no se abre a los dos primeros cabezazos, mejor busquemos con más atención la llave. Y si no la encontramos, llamemos al cerrajero.

¿Cuántos tipos de fobias específicas existen?

Las fobias pueden ser agrupadas en cinco clases diferentes, de acuerdo con la naturaleza del estímulo que las desencadena:

- a) Tipo animal: relacionadas con el temor a distintos tipos de animales e insectos (fobia a los roedores, a las víboras, a las cucarachas). Estas son las que se inician a edades más tempranas, con frecuente inicio en la infancia;
- b) Tipo ambiental: el miedo está relacionado con situaciones del ambiente natural y fenómenos atmosféricos (por ejemplo: fobia a las tormentas);
- c) Tipo situacional: relacionadas con situaciones específicas: transportes públicos, túneles o recintos cerrados (claustrofobia), alturas (acrofobia), vuelos (aerofobia). Este es el tipo de fobias por el cual recibimos mayor cantidad de consultas;
- d) Tipo sangre y heridas: son fobias relacionadas con la visión de sangre, de accidentes, o de intervenciones sobre el propio cuerpo (inyecciones, prácticas odontológicas, etc). Este tipo de fobias, en particular la fobia a la sangre, suele generar lipotimias e incluso desmayos;
- e) Otras: a determinados objetos menos comunes (elementos punzantes, muñecos, etc.), a vomitar, etc.

¿Fobia y miedo significan lo mismo?

No, fobia y miedo no son lo misma cosa.

Llamamos fobia a un miedo intenso, paralizante y desproporcionado con relación al estímulo que lo desencadena.

Esta crisis se acompaña de síntomas severos de ansiedad tales como taquicardia, temblores, sudor y agitación. Además, genera conductas evitativas, que pueden darse ante la presencia del estímulo fobígeno (se llama así al estímulo que provoca la crisis) o ante la anticipación de la posibilidad de encontrarse frente a él.

¿En qué se diferencian las fobias del miedo normal?

El primer elemento a considerar es la intensidad de la reacción en relación con el

evento que la produce. Como hemos dicho antes, la reacción fóbica es desproporcionada en relación al estímulo.

Por ejemplo, la mayoría de las personas tiene, en mayor o menor medida, miedo a volar, pero a pesar de ello no dudan en hacerlo. Es decir, tienen *miedo* y no *fobia*.

Por completo diferente es el miedo irracional y excesivo que genera en algunos el solo hecho de pensar en la posibilidad de tomar un avión, y la absoluta imposibilidad de tomarlo que ese miedo les provoca.

Vemos aquí, entonces, otra diferencia de importancia entre miedo y fobia: *la conducta evitativa sistemática* (consistente en evitar la situación fóbica, aun a pesar de los problemas o limitaciones que eso puede acarrear) siempre está presente en las fobias, cosa que no ocurre en el miedo normal.

En este último la evitación puede ocurrir, pero de manera ocasional. Además, la persona con miedo (y no con fobia) puede ser convencida de enfrentar la situación mediante la contención adecuada. En el caso de las fobias, por el contrario, no hay manera ni argumento lógico que resulte efectivo para salvar la situación. El temor intenso se impone a todo y a todos.

La siguiente variable a considerar para diferenciar la fobia del miedo es la *irracionalidad*.

Siguiendo con el ejemplo del avión, digamos que mucha gente evita volar pero no evita viajar en un transporte colectivo terrestre, a pesar de que es mucho más probable morir en este último, según todas las estadísticas disponibles.

Lo que sucede es que el temor de estar en el avión en pleno vuelo domina a la racionalidad y se impone. La decisión de no volar se toma desde el intenso miedo y no desde una lógica racional que evalúe el peligro objetivo y real.

¿Cómo se genera una fobia?

Las fobias no nacen con nosotros. Se generan por un mecanismo llamado “condicionamiento”.

La mayoría de los miedos los “aprendemos” a lo largo de la vida, y una forma de aprendizaje es el *condicionamiento*.

Para ilustrarnos mejor veamos un ejemplo:

Hay un dicho popular que dice: “El que se quema con leche, ve una vaca y llora”.

¿Qué significa esto?

En algún momento de la vida hemos sufrido una experiencia negativa (por ejemplo, nos mordió un perro). A partir de ese momento, cada vez que se nos presenta una

situación relacionada (vemos un perro, se nos acerca un perro, escuchamos un ladrido cercano) la asociamos de inmediato con lo ocurrido y nos genera una reacción similar a la de aquel momento, aunque ya esté lejano. Dicho de otro modo, nuestra memoria guardó, *aprendió*, la relación *perro-dolor/miedo*.

Se ha condicionado un estímulo (el perro) con una respuesta determinada (el dolor y el llanto).

Caso clínico

Ángela y el ascensor

Ángela una vez se quedó encerrada en un ascensor. Llegaba a cenar a la casa de una amiga, pero el ascensor se paró entre dos pisos, las puertas no se abrían y a pesar de que ella le clavó el dedo al botón de alarma, no venía nadie a ayudar. Ángela nunca había tenido problemas con los ascensores, ni les tenía miedo, ni se había quedado atrapada en ninguno. “Atrapada, así fue como empecé a sentirme”, nos contaría después. Junto con esa sensación apareció el miedo. “Sentía que me iba a ahogar”, nos dijo, a pesar de que era un ascensor de puertas tijera, de esos que se ve para afuera. “Me puse tan histérica que empecé a sacudir la puerta con toda mi fuerza. ¡Necesitaba salir ya mismo! Hice tanto escándalo que aparecieron varios vecinos. En seguida llamaron al encargado del edificio y se arregló todo. Me sacaron y pude llegar a la casa de mi amiga. Por suerte el apetito no me lo sacó: al rato estaba comiendo sin problema”.

Ángela pudo disfrutar la reunión con amigas, pero no volvió a tomar un ascensor.

A partir de ese día en que quedó atrapada unos minutos se condicionó una respuesta de miedo intenso (fóbica) donde la sola posibilidad de volver a subir a un ascensor le provocaba la aparición de miedo, pudiendo llegar a sufrir una crisis de pánico completa.

El condicionamiento derivó en conductas de evitación, única manera que encontró a su disposición para defenderse de lo que le ocurría.

Un día, cansada de subir escaleras o de evitar montones de lugares a los que hubiera necesitado ir, llegó a la consulta.

En algunos tipos de fobias, como las ambientales o situacionales, el foco del miedo está puesto en la percepción de peligro y daño potencial, y se condicionan de esa manera.

En otras, como las que involucran a animales e insectos, el foco está puesto en sentimientos de disgusto o asco. Por último en la fobia a la sangre o inyecciones el foco del miedo se centra en los síntomas físicos (por ejemplo, temor al desmayo).

¿Se puede tener fobia a cualquier cosa?

Esto es controvertido; en verdad, desde el punto de vista teórico, se podría adquirir una fobia a cualquier estímulo si este se condiciona (se aprende) y genera una respuesta de tipo fóbico evitativa. Ahora bien, hay estímulos que, por sus características, tienen preponderancia por sobre otros para generar una respuesta de esa naturaleza.

También está aceptada la llamada *teoría de la preparación*, que dice que ciertos estímulos, que son diferentes para cada especie, están evolutivamente *preparados* para generar fobias, y entonces las producen con mayor probabilidad que otros no preparados.

Por ejemplo: la fobia a las arañas corresponde a un estímulo evolutivamente preparado para desarrollar una fobia en los seres humanos, mientras que los enchufes eléctricos (para un niño, bastante más peligrosos) no suelen generar fobias (estímulo no preparado).

Por supuesto, los estímulos preparados no tienen que ser necesariamente animales, puede tratarse de otros objetos o situaciones (por ejemplo, las alturas, aguas profundas, etc.). Es muy fácil desarrollar una fobia a este tipo de estímulos. Todos tienen en común el hecho de que evitarlos resulta útil para la supervivencia, o al menos así eran las cosas en el momento en que esta característica fue seleccionada por el proceso evolutivo.

Sin embargo, en los tiempos actuales, esas adaptaciones evolutivas suelen resultar problemáticas y, de manera paradójica, desadaptadas a la vida moderna.

¿Las fobias específicas son difíciles de tratar?

La realidad es que no, con un tratamiento específico se consiguen resultados muy buenos en la amplia mayoría de casos, y en plazos bastante breves.

¿A qué llamamos tratamiento específico?

El tipo de terapia que ha demostrado más eficacia en las fobias específicas es la terapia cognitivo conductual.

Este enfoque lo que hace es exponernos de manera gradual el estímulo temido. Esto se realiza, en principio, con la asistencia del terapeuta.

En las primeras sesiones de terapia se nos entrena en técnicas de detección y control de la ansiedad y de pensamientos automáticos referidos a la situación fóbica.

Gracias a las exposiciones graduales y repetidas vamos *aprendiendo*, paso a paso, a no tener miedo frente al estímulo. Es decir, vamos *descondicionando* aquello que en su momento se condicionó.

En el caso de Ángela, por ejemplo, en las primeras entrevistas se repasaron sus pensamientos y “argumentos” de miedo a los ascensores y se le enseñaron técnicas de relajación y control.

Después tuvo una sesión entera parada junto a su terapeuta frente al ascensor de un supermercado cercano al consultorio, pero sin subir.

En las sesiones siguientes empezó a exponerse de a poco. Al principio entraba y salía, sin viajar en el ascensor.

Después subió un piso y más tarde dos, en compañía de su terapeuta. Repitieron esto varias veces el mismo día.

Después lo hizo sola. Y lo repitió varias veces.

Los afrontamientos continuaron hasta que la ansiedad dejó de presentarse.

Finalmente, transcurridas unas doce sesiones de terapia cognitivo conductual, Ángela fue dada de alta.

Capítulo 4

¿Qué es la ansiedad social?

Su principal característica es el temor exagerado a ser objeto de juicios negativos por parte de los otros, y a situaciones sociales o actuaciones en público por miedo a que resulten embarazosas.

La exposición a esas situaciones produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de pánico, o de síntomas característicos tales como rubor, transpiración profusa de manos, temblor, palpitaciones, etc.

Esta fobia nos conduce a la evitación de buena parte de la interacción social posible y necesaria, lo cual es causa de un serio deterioro en la calidad de vida.

Cuando por alguna razón (ej.: compromiso laboral ineludible) no nos queda más remedio que permanecer en la situación, debemos hacer un gran esfuerzo por controlar una carga intensa de ansiedad que con frecuencia nos supera y culmina en una verdadera crisis de pánico.

Situaciones de ansiedad más frecuentes en ansiedad social:

- mirar a los ojos a personas desconocidas;
- iniciar o mantener conversaciones;
- expresar desacuerdo;
- recibir cumplidos;
- asistir a eventos sociales;
- citarse con alguien;
- comer o tomar en público (miedo a temblar y derramar la bebida);
- ser el centro de atención;
- ir a entrevistas laborales;
- intentar una conquista amorosa;
- hablar frente a una clase o audiencia.

Síntomas físicos más frecuentes en ansiedad social:

- palpitaciones;
- temblor;
- rubor;
- sudoración;
- tensión muscular;
- sensación de vacío en el estómago;
- boca seca;
- sensación de frío o calor;
- dolores de cabeza.

Complicaciones más frecuentes en ansiedad social:

- retracción social;
- dificultad en el desarrollo laboral;
- dificultad en el progreso académico;
- depresión (por causa de sus limitaciones);
- peligro de abuso de sustancias desinhibitorias.

¿Y en qué se diferencia de la timidez?

Es una buena pregunta. Si bien se parecen, la timidez es un rasgo de personalidad, es decir, es una manera de ser.

Si somos tímidos podemos llevar adelante una vida normal. Seguramente el hecho de afrontar distintas situaciones sociales nos costará más que a otras personas más desenvueltas y extrovertidas, pero las podemos afrontar de todos modos. Es decir, no necesitamos evitar un montón de eventos, como ocurre con la ansiedad social. Seremos menos sociables que otros y no muy proclives a ir de fiesta en fiesta o a conocer gente nueva o asuntos por el estilo, pero ello no afecta nuestra vida de manera significativa. Podemos formar pareja, desempeñarnos bien en nuestros trabajos y tener un grupo de amigos, como cualquiera.

Ahora bien, puede suceder que frente a diferentes situaciones de interacción social nuestra ansiedad se eleve demasiado, con aparición de temblores, rubor, sensación de no poder pensar con claridad, taquicardia, etc. Si este problema se presenta de manera reiterada a través del tiempo y nos obliga a retirarnos de tales situaciones, a abandonar ciertas actividades, a limitar, finalmente, el desarrollo normal de nuestra vida social,

entonces es muy probable que estemos sufriendo un cuadro de ansiedad o fobia social.

¿Cuántos tipos de ansiedad social existen?

Existen dos tipos de ansiedad social: la generalizada y la no generalizada.

En la generalizada, la ansiedad aparece en numerosas y diversas situaciones sociales.

En la no generalizada, la ansiedad se circunscribe a una o dos situaciones. Un ejemplo típico y frecuente es la dificultad para hablar en público.

¿Qué pasa cuando un adolescente sufre ansiedad social?

La adolescencia es la etapa de nuestra vida en la cual salimos al mundo. Por fin somos más grandes (¡un poquito más grandes!). Salimos a descubrirlo, a recorrerlo y a aprovecharlo. Conocemos gente nueva, empezamos a pertenecer a diferentes grupos, iniciamos contactos laborales, nos asomamos a nuestras primeras relaciones amorosas...

Es por eso que la ansiedad social excesiva durante esta etapa de la vida suele ser especialmente perturbadora: nos cuesta integrarnos con los demás, nos resulta muy engorroso acercarnos a quien nos atrae y nos dificulta, en algunos casos hasta la imposibilidad, presentarnos a entrevistas de trabajo o a rendir exámenes.

Lamentablemente, muchos chicos abandonan sus estudios universitarios o pierden oportunidades laborales a causa de la ansiedad social.

¿Hay alguna relación entre la ansiedad social, la adolescencia y el consumo de alcohol y drogas?

Sí, la relación de la ansiedad social en la adolescencia con el consumo de alcohol y drogas existe y es un tema muy delicado.

La adolescencia es una etapa de formación y cambio, de crecimiento y de prueba frente al mundo. Es también una etapa de confusión y de mayor vulnerabilidad, donde surgen aspectos o inquietudes que desconocíamos en nosotros mismos. Es una etapa donde con frecuencia sentimos que nuestros padres o adultos referentes no alcanzan a comprendernos bien, de modo que nos encontramos solos con nuestras angustias o dificultades.

Sin embargo, esto no significa que cualquier chico o chica por el solo hecho de ser adolescente y cruzar su camino con sustancias de adicción se va a convertir en un adicto. De ningún modo es así. Para que ello ocurra deben confluir una cantidad de situaciones conflictivas individuales, familiares y sociales, que lleven al adolescente a encontrar

refugio y evasión en el alcohol o las drogas.

La adolescencia es una etapa de la vida en que nos encontramos muy vulnerables a los estímulos, tanto a los buenos como a los malos.

Como todos sabemos y, nobleza obliga, hemos experimentado en alguna ocasión, el alcohol es un muy eficaz ahuyentador del miedo y la inhibición. Un par de tragos “entonan”, nos permiten estar más sueltos y no quedarnos en un rincón, muertos de miedo, entre tanto estímulo que se nos ofrece.

El problema surge cuando esos tragos empiezan a ser necesarios e imprescindibles para que podamos disfrutar un encuentro social (y eso vale no solo para los adolescentes, por supuesto...).

En un intento de aliviar sus síntomas para poder hacer frente a los desafíos propios de esa etapa vital, experimentan y utilizan una y otra vez el efecto desinhibidor del alcohol y otros tóxicos. Es en ese momento cuando existe el riesgo de estar cayendo en una dependencia de la cual va a costar mucho esfuerzo salir.

¿La ansiedad social puede revertirse?

¿Existe un tratamiento eficaz?

El tratamiento psicológico que mejores resultados ofrece es la terapia cognitivo conductual específica para esta patología.

Las herramientas que utilizamos son las siguientes:

- identificación de pensamientos relacionados con el temor a situaciones sociales;
- confrontación de esos temores (en general son temores de desempeño, de portarse con torpeza, etc.) con hechos de la vida real;
- entrenamiento en técnicas de relajación (para controlar la ansiedad cuando aparece);
- entrenamiento en pensamiento realista/positivo (para utilizar antes y durante las situaciones temidas);
- afrontamiento progresivo de situaciones temidas, con asistencia, en principio, del terapeuta;
- reaprendizaje de habilidades sociales.

¿Es necesario el uso de medicación?

La necesidad de indicar un tratamiento farmacológico deberá evaluarse para cada caso en particular, y la decisión a tomar dependerá de la severidad de los síntomas

presentes y el impacto que estén produciendo en la calidad de vida.

Si el nivel de ansiedad general o en las situaciones sociales es muy elevado y extremadamente difícil de manejar, entonces la medicación suele resultar un aliado muy útil y necesario.

Además, muchas veces la fobia social, a causa de todos los problemas y frustraciones que acarrea, se acompaña de estados depresivos. Cuando estos se presentan con intensidad y llevan ya cierto tiempo de evolución, la medicación permitirá recuperar el estado anímico y, de ese modo, un mejor aprovechamiento del trabajo psicoterapéutico centrado en los síntomas de ansiedad social.

Caso clínico

La aparente timidez de Liliana

Liliana tiene veinticinco años. Ya cuando entra al consultorio se la ve un poco incómoda, pero se esfuerza para poder contar el motivo de su visita. Nos dice que hace poco empezó a trabajar en el negocio de su pareja, un local de ropa. Él necesitaba alguien de confianza para manejar la caja, y a Liliana no le venía nada mal ganar unos pesos mientras trataba de terminar su carrera de contadora. “Pero me empecé a sentir mal”, nos dice. “Un día estaba cobrando y sentí que me descomponía. Tuve que salir a la calle a tomar aire. Estaba muy nerviosa y no sabía por qué. El local estaba lleno de gente y me parecía que no iba a poder volver a entrar para seguir trabajando”. Con el correr de los días los episodios se repitieron, incluso dejó de trabajar por unas semanas. Fuera del local se sentía bien. Nunca tuvo descomposturas ni en su casa ni en la facultad. Tampoco parecía que la causa fuera estar en un local no muy grande que por momentos se llenaba de gente, ella nunca había tenido claustrofobia. Además, en las clases de la facultad no le pasaba, y también había mucha gente.

—¿Levantás la mano para hacer preguntas en clase? —se me ocurre preguntarle.

—No, no... —me contesta—. Me da vergüenza. Se me pone la cara roja y no me sale nada de lo quiero decir.

Las cosas parecían tomar sentido. Liliana había sido siempre muy tímida, le

costaba hablar con gente que no conocía bien. Pero a fuerza de evitar ese tipo de situaciones su ansiedad social no le impedía llevar adelante su vida. Pero cuando como cajera del local se vio obligada a enfrentarse con gente todo el tiempo empezaron los problemas. Además, a veces había quejas y la presionaba la posibilidad de equivocarse con algún vuelto. Los clientes le preguntaban acerca de formas de pago, tarjetas de crédito, descuentos, etc., y entonces ella empezó a descomponerse.

Capítulo 5

¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada?

¿Estamos ansiosos y preocupados la mayor parte del tiempo?

¿Nos cuesta mucho, o directamente no podemos, controlar este estado de constante preocupación?

¿Nos sentimos impacientes, inquietos, irritables, con dificultad para concentrarnos?

¿Vivimos cansados y con contracturas o dolores musculares?

¿Dormimos mal? ¿Nos sentimos cansados al despertar?

Si respondimos afirmativamente a algunas de estas preguntas, nos interesará leer lo que sigue...

¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)?

Las personas que padecen de un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) viven excesivamente preocupadas. Los motivos de su preocupación son aquellos comunes de la vida cotidiana: la salud propia o de la familia, el futuro, la economía, el rendimiento laboral, lograr cumplir a tiempo con diversas obligaciones, llegar en horario a las citas, o incluso cuestiones de menor importancia, como un desperfecto en la casa o el auto.

La característica principal es que el *estado de preocupación es tan intenso, persistente e incontrolable* que altera nuestra vida cotidiana y la de quienes nos rodean.

Cuando sufrimos un estado de tensión de esa naturaleza es muy común que se produzcan contracturas musculares (cuello, mandíbula, espalda), que nos resulte difícil mantener la concentración, que estemos impacientes e irritables. Además, se duerme mal, con sueño liviano, como si durmiéramos sin dejar de pensar, y muchas veces nos despertamos con dolor de mandíbula por haber dormido con los dientes apretados.

Como es lógico suponer, cualquiera puede presentar, en algún momento de su vida, un estado de mucha preocupación como el que acabamos de describir, y eso no significa que esté sufriendo esta patología. Suponemos que se trata de un TAG cuando ocurre sin

causas externas suficientes y, además, se mantiene de manera más o menos permanente a lo largo de por lo menos seis meses.

¿Estar preocupada todo el tiempo es una enfermedad o un modo de ser?

Muchas de las personas que lo sufren consideran que ellas “son así”, que han sido así desde siempre y que no hay manera de que eso vaya a cambiar.

Sin embargo, a través de la práctica clínica comprobamos una y otra vez, que este problema es un “modo de estar” más que un “modo de ser”. La diferencia entre ambos conceptos es fundamental, ya que si es un modo de estar, significa que podré hacer algo para cambiarlo.

El TAG es una manera de relacionarse con el mundo, es un camino de alerta y preocupación constante, desproporcionado, orientado a fines defensivos.

Cuando sufrimos este problema nos sentimos más seguros si controlamos en forma permanente las distintas fuentes de potencial peligro, porque tenemos la creencia, equivocada, por cierto, de que si nos relajamos y despreocupamos un poco vamos a quedar más expuestos y desprotegidos.

Pero, ¿no es lógico estar preocupado y alerta en tiempos como los que vivimos?

La preocupación es normal cuando se ajusta en oportunidad, intensidad y duración, al hecho que la provoca.

Ejemplo:

Ana, al enjabonarse mientras toma una ducha, nota un pequeño bulto en una mama. El descubrimiento la pone ansiosa y preocupada. Pasa toda la mañana pensando en eso, hasta que consigue comunicarse con su ginecólogo y acordar una visita.

Durante los dos o tres días siguientes, mientras espera el momento de concurrir a la consulta, se siente muy ansiosa y no duerme del todo bien. No lo comenta con nadie porque, por su modo de ser, piensa que eso la pondría más nerviosa, así que nada más se la ve más seria y callada que de costumbre. Por suerte cuando se concentra en su trabajo consigue olvidarse del asunto. Por fin llega el día de la consulta. Su médico, después de una revisión minuciosa, le asegura que solo se trata de una displasia, que no hay peligro y que el caso ni siquiera merece que se realicen estudios complementarios.

Ana sale del consultorio muy contenta y aliviada. Llama al marido para contarle:

“¡Genial! ¡No tengo nada... está todo ok! Tengo que volver para un control de rutina dentro de un año y, mientras tanto el doctor me dijo que me olvide del asunto”.

Como podemos ver, Ana se preocupó, por supuesto, pero de manera acorde a los hechos y, una vez resuelto el tema, siguió con su vida de todos los días.

¿Cuáles son las etapas de la preocupación normal?

1. Reconocimiento o percepción del problema

Es la capacidad de comprender la existencia de un problema cuando se toma contacto con él o con algún elemento que nos alerta acerca de su existencia.

En el caso de Ana, por ejemplo, esta primera etapa se inicia cuando ella descubre un bulto en una de sus mamas.

2. Orientación hacia la situación problemática

Es la disposición personal hacia la nueva situación. Algunas personas ya desde el comienzo presentan una disposición favorable. Suponen que con seguridad existirá una solución. O que, de no haberla, se encontrarán soluciones parciales, a las que podrán adaptarse.

La orientación, para ser considerada normal, deberá ser acorde con el problema que se presente.

En nuestro ejemplo, en perfecta sintonía con el problema, Ana se preocupó mucho y decidió consultar con rapidez a su médico.

3. Análisis y evaluación del problema

Cuando se presenta una situación problemática nueva, lo primero que hacemos, luego de absorber el impacto de la novedad, es analizar los elementos que la componen y el peso de cada uno de ellos. De ese modo podremos llegar a una conclusión, es decir, a una síntesis confiable de lo que ocurre.

Ana realizó una buena evaluación. El bulto descubierto requería del examen profesional, ya que podría haber sido algo serio. Sin embargo, ella consideró que podía esperar un par de días hasta la fecha de la consulta. No era necesario salir corriendo, alarmada, hacia la guardia hospitalaria más cercana.

Por otra parte, Ana sabía que si bien el tumor podía ser algo malo, también había muchas posibilidades de que no lo fuera. Entonces no tenía por qué enloquecer, había que esperar. Además, por relatos de gente cercana, estaba enterada de que en el caso de que fuera nomás algo malo, existían tratamientos y perspectivas de que se pudiera curar. No era una cuestión de todo o nada.

4. Elaboración de posibles respuestas y determinación de la más apropiada

Esta etapa se caracteriza por la siguiente pregunta: ¿a ver, qué es lo que puedo hacer para resolver esto?

Ana decidió llamar a su médico, en quien deposita su confianza. No hubiera sido lo mismo que, guiada por una supuesta urgencia, consultara ese mismo día a un médico desconocido. La conducta elegida fue, entonces, la correcta.

5. Extinción de la preocupación

Una vez cumplidos los pasos anteriores, la preocupación debería finalizar.

Ana volvió a casa contenta y aliviada. El problema había sido resuelto.

¿Cuándo deja de ser normal la preocupación?

¿En qué consiste la preocupación excesiva?

Llamamos preocupación excesiva a un estado de preocupación permanente, presente casi todos los días, que provoca un deterioro importante en la calidad de vida.

La oportunidad, intensidad, duración y frecuencia de la preocupación resultan exageradas con relación a la situación temida.

La preocupación excesiva es automática, intrusiva y difícil de controlar, por lo que resulta agotadora. Funciona como una cinta sinfín, un “runrún” permanente, que, según el caso y el momento, ocupa el primero o segundo plano del pensamiento.

Preocupaciones más frecuentes en el TAG

- Accidentes: viajes propios o de seres queridos, salir la ruta, tomar aviones;
- Enfermedades: temor a supuestos tumores o enfermedades peligrosas (Gripe A, HIV, etc.);
- Económicas: temor por el futuro;
- Desempeño: temor de no rendir lo suficiente o de cometer errores;
- Seguridad: temor desproporcionado a asaltos, robos, etc.

Síntomas más frecuentes del TAG

- preocupación exagerada, intrusiva, adherente;
- pensamiento catastrófico;
- intolerancia a la incertidumbre;
- sobreestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos;

- cansancio;
- irritabilidad/impaciencia;
- insomnio o sueño no reparador.

Complicaciones más frecuente del TAG

- ánimo depresivo;
- restricción de salidas nocturnas por temor a inseguridad;
- no salir de vacaciones por no dejar la casa sola
- mala relación con hijos y/o esposo/a por excesivo control;
- excesiva dedicación al trabajo.

¿Es frecuente el TAG?

Este desorden es más frecuente de lo que se supone. Lo padece alrededor del 4 al 6 % de la población. Los síntomas físicos asociados originan una gran cantidad de visitas a médicos de diferentes especialidades, más por la preocupación y el miedo que generan en el propio paciente, siempre aprehensivo y dispuesto a pensar que las peores cosas pueden suceder, que por su severidad.

Por otra parte, se estima que entre el 40% y 50% de la gente que consulta al clínico sufre de ansiedad excesiva.

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología es muy parecida al estado que comúnmente llamamos estrés, la diferencia es que, mientras este último obedece a una reacción de adaptación frente a determinados estímulos (exceso de trabajo, falta de descanso, falta de sueño, mudanzas, enfermedad de allegados, etc.) que cede cuando desaparece el estímulo estresante y luego del descanso. En cambio el trastorno de ansiedad generalizada lejos de mejorarse, suele empeorarse con el descanso, puesto que es un desorden originado en otras causas.

Caso clínico

Luciana, o el agobio de la responsabilidad

Luciana ingresa en el consultorio para su primera consulta. Mientras toma

asiento, y por lo que observo, ya intuyo buena parte del motivo de consulta: luce cansada, el gesto contracturado, la mirada cargada. Le cuesta escucharme, no cree que lo que yo diga le pueda resultar de utilidad para aliviarse.

“Todo me sobrepasa y agobia. No estaba muy convencida de venir a consultar, pero acepté porque no quiero enfermarme. Todo el tiempo me parece que tengo algo grave. Cada tanto tengo una molestia en el pecho, pero ya consulté con un cardiólogo y me dio todo bien. Además estoy durmiendo remal. Hace unos días renuncié a mi trabajo porque ya no podía más con tanta exigencia. La empresa no anda bien y yo me acostaba y me levantaba con la cabeza a mil por cuestiones de trabajo que, a fin de cuentas, no son problemas míos sino de ellos. Ahora ya me fui, que se arreglen. Estoy harta. Me pasé toda la vida arreglando los problemas de los demás. Incluso ahora no pude evitar llamar un par de veces a la oficina para darles algún dato que pensé que podrían necesitar. Mi marido me quiere matar, ya renunciaste, me dice, no te hagas problema que se pueden arreglar sin vos”.

Luciana tiene 48 años, está casada y tiene dos hijos que ya son casi adultos. La relación con ellos y con su marido es buena.

“No tengo grandes problemas, podría decir que está todo bastante bien en mi vida”.

Sin embargo, desde hace un tiempo, y de manera frecuente, se encuentra un poco triste, con dificultad para concentrarse y para disfrutar”.

“Pero no estoy deprimida, no tengo tiempo para deprimirme”, aclara en seguida.

Está siempre muy contracturada y las seis o siete horas que duerme, un sueño muy liviano, no alcanzan a ser reparadoras. Se despierta tan cansada como se acostó.

Ahora ya no la agobian las presiones laborales, pero sin embargo, se pasa el día pensando en que no puede ser que haya tenido que renunciar para resolver su estado de preocupación constante. Llevaba mucho tiempo en la empresa y no era un mal trabajo, en realidad.

“No podía seguir así. ¿Pero habré hecho mal en irme? ¿Voy a tener que desligarme de todo lo que me preocupe? No entiendo cómo hace la gente para tomarse las cosas con tranquilidad, de manera tan poco responsable”.

Sin saberlo, Luciana da en el clavo de su problema: la preocupación excesiva y

adherente, la imposibilidad para darle a los problemas su justo lugar, la sensación de que todas las cuestiones son graves y pueden tener consecuencias catastróficas. Por un lado se da cuenta de que se preocupa demasiado y que eso le hace mal. Sin embargo, aunque resulte contradictorio, también cree que su estado de preocupación es pertinente, que se corresponde con la gravedad de los problemas.

Ya en esta primera consulta notamos en Luciana algunos síntomas que destacan como núcleo de su problema: preocupación excesiva, responsabilidad patológica, dificultad para delegar en otros, pensamientos negativos y catastróficos con respecto al trabajo y a su propia salud, dificultad para resolver, de uno u otro modo, esos estados de preocupación y/o temor acerca de cuestiones futuras. Como resultado de esta gran carga cotidiana, resulta lógico que su descanso no sea bueno, que se sienta cansada, desgastada y con gran agobio frente al menor problema que se le presente. El foco de nuestro trabajo psicoterapéutico deberá situarse, en los comienzos, en que comprenda que la intensidad de su preocupación es exagerada y distorsiva, y que le funciona como escudo ilusorio para defenderse de sus temores. Ella cree, sin saberlo, que un estado de constante preocupación la protege de eventuales eventos negativos futuros. Y supone, por el contrario y de manera errónea, que abandonar tal preocupación la dejaría expuesta e indefensa frente al mundo.

Capítulo 6

¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo?

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad real, con componentes hereditarios, que se origina en una desregulación de ciertos circuitos neuroquímicos. Su curso tiende a ser crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas.

Comienza en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta. También es frecuente su inicio en la infancia. Afecta a un dos por ciento de la población. Sin embargo, quienes lo sufren suelen disimularlo y evitan la consulta profesional por mucho tiempo, en general, hasta que la situación “no da para más”. Esto impide que reciban la ayuda adecuada e inicien el camino de la recuperación, que, con el tratamiento específico, tienen amplias posibilidades de comenzar a transitar.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes en el TOC?

¿Se lava usted las manos más de seis veces por día, o emplea un tiempo excesivo para bañarse o cepillarse los dientes? ¿Siente la necesidad de que los objetos en su casa guarden un orden determinado? ¿Se ve obligado a chequear en forma repetida si llaves de gas, cerraduras o ventanas han quedado bien cerradas? ¿Guarda montones de cosas inútiles “por si alguna vez me sirven”? ¿Se imponen en su pensamiento ideas o imágenes absurdas, aun en contra de su voluntad?

Si usted se identifica con alguna de estas situaciones, es probable que esté padeciendo un TOC.

Este trastorno está compuesto por obsesiones, que son pensamientos e imágenes que se le imponen al individuo, de manera intrusiva, y lo conflictúan, además de ocupar gran parte de su tiempo.

Habitualmente quien las padece las mantiene en secreto por considerarlas absurdas o vergonzantes.

Las obsesiones más frecuentes se relacionan con el temor a la contaminación, a olvidarse llaves de gas o puertas abiertas, a agredir o haber agredido a alguien, etc.

Las compulsiones son actos o pensamientos que el individuo se ve obligado a realizar

de manera rígida y formal, para calmar su obsesión.

Hay dos tipos de compulsiones, las mentales y las motoras. Las primeras implican una urgencia irresistible de llevar a cabo un acto mental, como por ejemplo repetir una y otra vez determinada frase. Las compulsiones motoras implican la urgencia de llevar a cabo cierta secuencia conductual, como por ejemplo tocar determinado número de veces algún objeto. En todos los casos, las compulsiones cumplen la función de aliviar la ansiedad provocada por determinada obsesión, o de “prevenir” (pensamiento mágico) que ocurra una desgracia. Las compulsiones más frecuentes son las de verificación, de lavado o de repetir o repasar.

¿Compulsión y ritual, son la misma cosa?

A veces las compulsiones son más complejas y elaboradas: caminar sin tocar los bordes de las baldosas, acomodar los objetos en forma simétrica, etc. A este tipo de acciones lo denominamos ritual.

Los rituales pueden consumir mucho tiempo hasta que el individuo pueda sentirse más tranquilo y continuar con su actividad normal. Esto suele generar problemas de puntualidad y de cumplimiento de las cuestiones cotidianas. Surgen entonces las conductas evitativas.

¿En el TOC se observan conductas evitativas?

Por supuesto que sí. Muchas veces las conductas evitativas reemplazan a los rituales o funcionan como un ritual, veamos algunos ejemplos:

Tuve que dejar de estudiar porque no lograba llegar en horario a las clases.

No puedo utilizar un baño que no sea el de casa, así que opté por salir lo menos posible.

Se instala una progresiva dificultad en el cumplimiento de determinadas obligaciones o responsabilidades. Suele producirse el abandono de estudios o trabajos, con las dificultades para progresar que eso conlleva.

Caso clínico

Las idas y vueltas de Ricky

El asunto se puso peor cuando se dio cuenta de que ya no podía usar más el auto. Quizás fue esa la primera vez que tuvo que aceptar, frente a sí mismo, que lo que le pasaba excedía la preocupación normal. No es razonable Ricky, se decía, que no puedas manejar tu auto porque a mitad de camino se te presenta la duda de si atropellaste (o golpeaste, al menos) a alguien o no. Hasta ese momento no es que no tuviera problemas antes de salir de su casa; por ejemplo, tenía que chequear de manera detallada unas cuantas cosas. Que las llaves de gas estuvieran cerradas, que no hubiera quedado perdiendo el inodoro, que no goteara la canilla de la cocina, que las luces estuvieran todas apagadas, que no quedara ningún artefacto enchufado, que no hubiera ventanas abiertas (necesitaba escuchar el clic de la ventana al cerrar. Tenía que ser seco, nítido, si no, no era seguro que estuviera bien cerrada, y si se largaba a llover le podía entrar agua). Era un circuito de chequeo que tenía que hacer más de una vez para quedar seguro. A veces ocurría que lo realizaba de un modo automático y entonces, cuando estaba chequeando las luces, no recordaba con certeza si las llaves de gas habían quedado bien cerradas. Así, tenía que volver a empezar. Abría las llaves de paso y las volvía a cerrar tres veces seguidas y al final de la tercera se quedaba mirándola un poco, unos cuantos segundos, para que no hubiera error posible. Total: tardaba entre treinta y cuarenta y cinco minutos en hacer todo. Porque a veces tenía que quedarse mirando un rato la canilla, esperando el tiempo razonable para garantizar que no cayera una nueva gota. Lo mismo con el inodoro. Otras veces volvía a abrir y cerrar la llave de gas, para estar bien seguro. La apretaba, la forzaba, cada tanto la terminaba falseando y había que cambiarla. Vivía solo, así que era el único que podía asegurarse de que estaba todo correcto antes de cerrar la puerta e irse tranquilo. Tenía razón de ser. Una vez tuvo que volverse de la oficina porque le entró la duda de si había dejado o no la plancha enchufada. Estaba casi seguro de que no, antes de salir había recorrido el ambiente con la mirada dos o tres veces, como siempre, y no había notado nada, pero no lo tenía claro, no lo podía garantizar por completo. Así que dio cualquier excusa en el trabajo y volvió, entró a su departamento de soltero y ahí estaba la plancha, desenchufada y con el cable bien enrollado, como se debe. Suspiró con alivio, de verdad lo había asustado la posibilidad de que la plancha provocara un incendio. Ya que estaba, aprovechó para echar una

última chequeada a todo lo demás y regresó al trabajo. El problema era que cuando la duda se instalaba no lo dejaba tranquilo, no podía pensar en otra cosa, tenía ese martilleo de fondo en la cabeza todo el día. Era agotador. Pero el tema del auto volvió ya las cosas imposibles. Hasta ese día lo peor que le pasó era tener que fijarse varias veces si había quedado cerrado, si había puesto la alarma, si no había estacionado justo en la salida de un garaje. Eso le llevaba solo un par de minutos. Pero esa mañana, al cruzar una bocacalle, le pareció oír un golpe en la parte de atrás. Miró por el espejo retrovisor y no vio nada. Hizo dos cuadras más y decidió arrimarse al cordón. Algo había oído. Se bajó, dio varias vueltas alrededor del coche. ¿Qué había sido ese ruido? En atento examen pasó el dedo por la chapa varias veces para constatar una eventual irregularidad. Se agachó, observó el chasis: nada. Se sentó adentro del auto y se quedó pensando. El golpe lo había oído. Eso era seguro. ¿O no? Sí, en la parte de atrás. Aunque también podría haber sido un ruido de afuera, quizás. ¿Y si había atropellado a alguien? Cuando miró por el retrovisor no vio nada, pero si la persona había caído al piso era lógico que no la viera.... Se bajó del auto y desanduvo las dos cuadras. Llegó a la bocacalle indicada, todo parecía normal. Le preguntó al tipo del kiosco si había habido algún accidente. Le había parecido oír una ambulancia hacía unos minutos, le mintió. El tipo dijo que no. Llegó al trabajo una hora tarde. Y en la semana siguiente dos veces le ocurrió lo mismo. Pero lo que hizo entonces fue dar la vuelta manzana dos o tres veces, para mirar bien y asegurarse de que nada hubiera pasado. El problema se fue incrementando hasta que decidió que ya no podía manejar. Y un amigo, al que llamó para ofrecerle que comprara su auto, lo convenció de que viniera a consultarnos.

Hay tratamientos efectivos para este trastorno y varias herramientas para sentirse mejor. Lo primero que se debe hacer es reconocer que lo que le está ocurriendo no es “un modo de ser” sino una patología. Si las obsesiones y compulsiones se vuelven muy frecuentes y provocan un deterioro significativo en la calidad de vida, sin lugar a dudas podemos afirmar que estamos frente a una enfermedad y no frente a un tipo de carácter.

Luego debe consultarse a un especialista con experiencia en este tipo de casos. El trastorno obsesivo compulsivo responde a tratamientos específicos que, por lo general, constan de medicación y terapia cognitivo conductual (específicamente, métodos de exposición con prevención de respuesta). La tasa de recuperación es elevada, si bien su grado depende de cada caso en particular. Llamamos recuperación a la vuelta progresiva

a una actividad cotidiana y desarrollo socio laboral normal.

¿A que se denomina exposición y prevención de la respuesta?

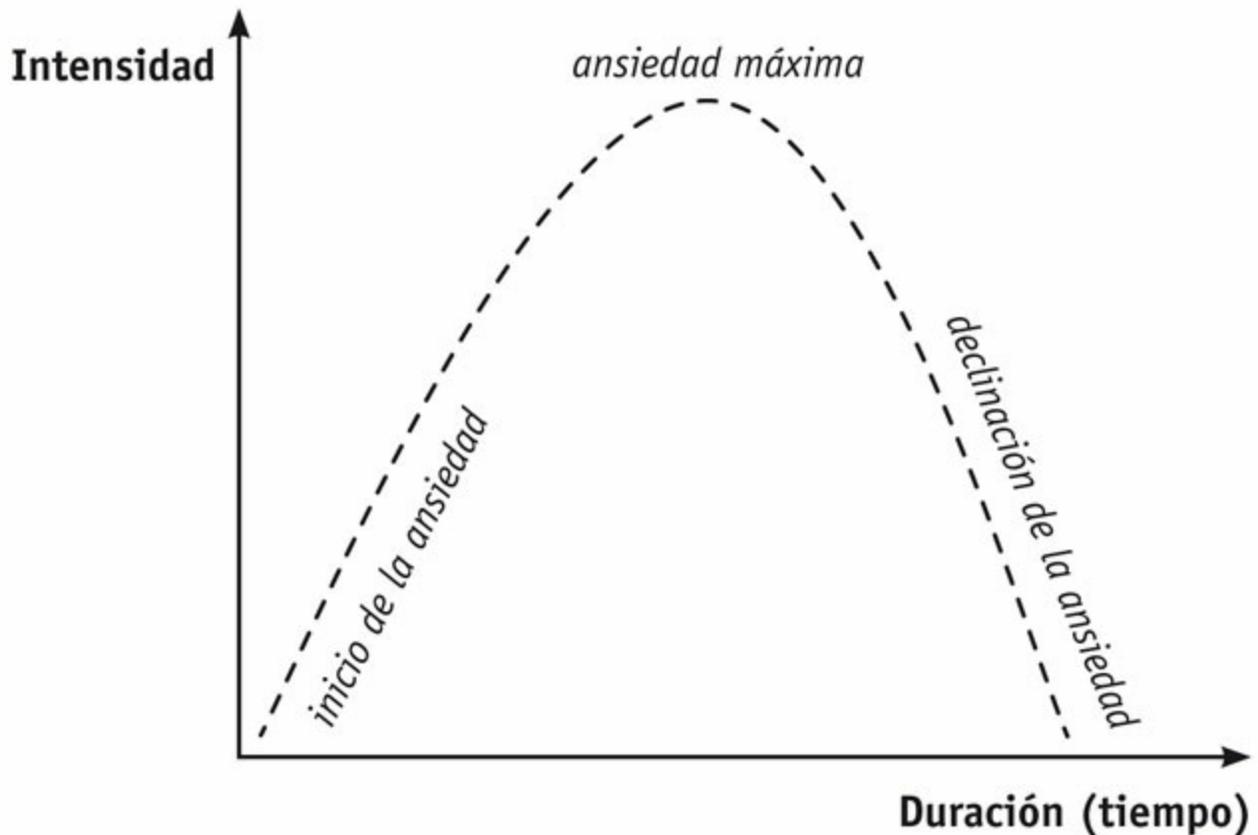
Como se dijo antes, es una técnica cognitivo conductual utilizada para el tratamiento de personas que padecen TOC.

La exposición y prevención de la respuesta (EPR) es una técnica que se basa en exponer al paciente a sus ideas obsesivas, intentando retrasar el ritual asociado a esa idea de manera gradual, de manera tal que, en un momento del tratamiento, el paciente compruebe que ha disminuido la ansiedad y ya no tiene la compulsión para efectuarlo. Por ejemplo, en el ritual de lavado de manos (excesivo), cuando aparece la idea obsesiva de contaminación (de “estar sucio”), tratar de que entre la idea y el lavado vaya pasando tiempo, primero 5 minutos, luego 10, más tarde 20... Y así hasta que, en un momento, ya no hay ansiedad y la necesidad compulsiva de ritualizar va desapareciendo.

¿Pero si no efectúo el ritual la ansiedad no va a terminar nunca?

Esta es una idea distorsionada que tienen las personas que padecen TOC. La realidad es que la ansiedad se autolimita, es decir que sigue una curva ascendente, alcanza una meseta, y luego tiende a disminuir (ver gráfico A).

Gráfico A: Curva de ansiedad normal



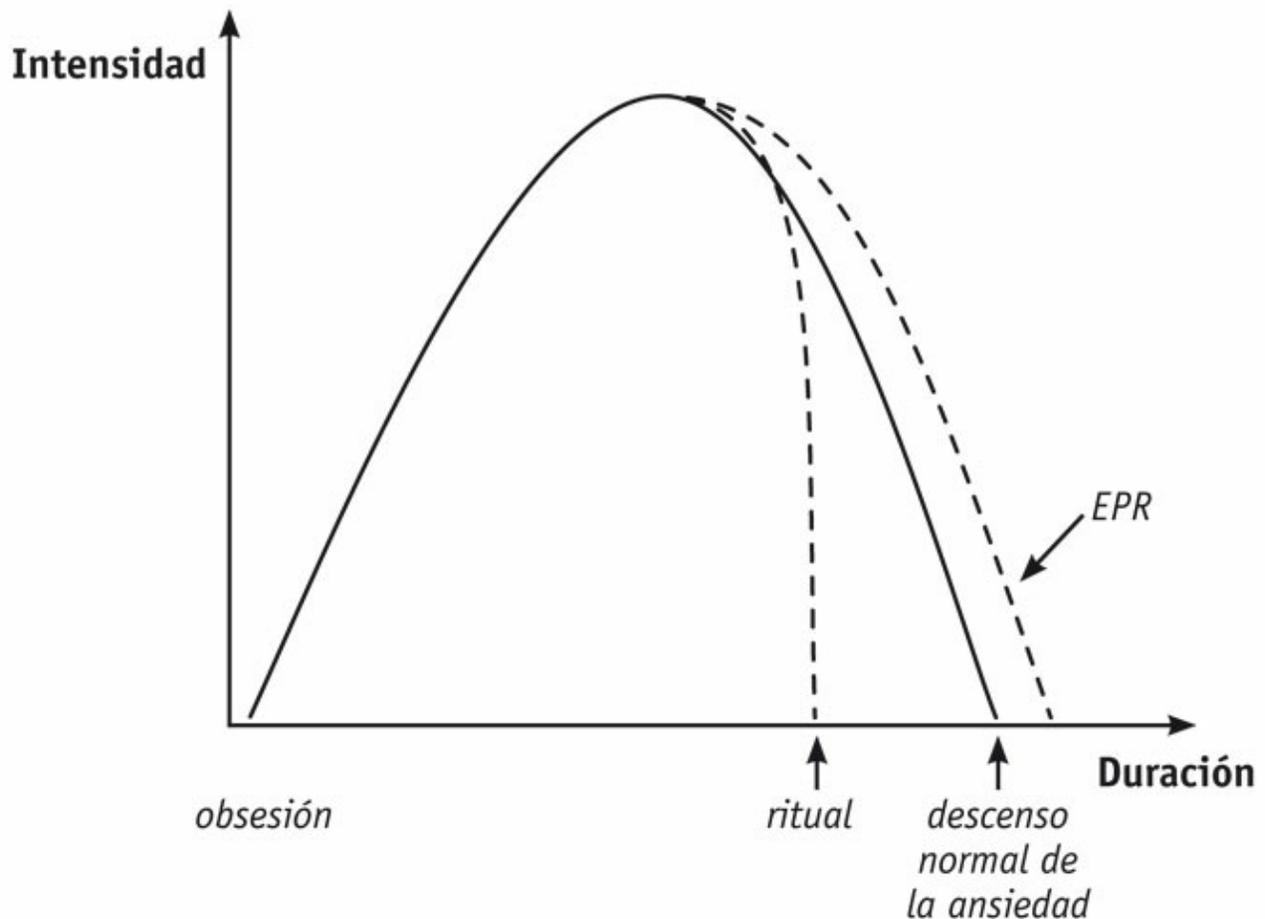
Las personas con TOC, desde lo consciente, ritualizan: se lavan para decontaminarse, ordenan para arreglar el desorden y volver a la simetría, y así. Pero inconscientemente ritualizan para calmar la intensa ansiedad que les genera el pensamiento obsesivo, es decir, la contaminación, la asimetría, el desorden, etc.

De manera tal que, el tratamiento de EPR lo que intenta es retrasar el ritual en el tiempo, hasta superar el descenso espontáneo de la ansiedad (ver gráfico B).

¿Se pueden tomar medicamentos para tratar el TOC?

No solo se puede, sino que algunos medicamentos, combinados con la terapia cognitivo conductual, son altamente eficaces. En verdad son pocos los pacientes con TOC que alcanzan un grado de recuperación importante sin tomar medicamentos, y generalmente son necesarias dosis altas para lograr respuestas terapéuticas adecuadas.

Gráfico B: Exposición y prevención de la respuesta



¿Cuáles son los mejores fármacos para el TOC?

Obviamente, no existe la pastilla milagrosa. Los mejores fármacos son los que se utilizan también para la depresión, los de última generación son medicamentos muy seguros que no suelen provocar efectos adversos y son muy eficaces.

¿Si tengo TOC, tengo que tomar medicación de por vida?

Cuando tomamos el tratamiento de un paciente con TOC, este no es un planteo que nos hagamos al inicio. El TOC, comparado con otros trastornos de ansiedad, es difícil de tratar, las respuestas al tratamiento no siempre son las mejores. De manera tal que lo que pretendemos en principio es lograr una buena respuesta con disminución de la sintomatología en el mayor grado posible. Si el paciente recupera su actividad normal, si vuelve a sus actividades cotidianas, ¡esto es muy bueno!

A veces hay que tomar la medicación por largos períodos de tiempo, porque cuando dejan de tomarla, reaparecen los síntomas.

Pero, teniendo en cuenta que los fármacos modernos casi no tienen efectos adversos

y son muy seguros, esto no es tan problemático. El paciente puede hacer una vida normal aun tomando medicación.

Síntomas más frecuentes del TOC

- chequeo repetido de llaves de gas, cerraduras y ventanas para comprobar que estén bien cerradas;
- higiene personal minuciosa que insume mucho tiempo cada día;
- temor a la contaminación, que lleva a medidas de prevención e higiene extremas;
- necesidad de orden o simetría;
- temor a determinados colores, números o palabras, que si son dichos o escuchados pueden provocar que alguien querido sufra un accidente o enfermedad;
- realización de rituales: tomar el desayuno siempre del mismo modo, dar tres golpes en la mesa antes de sentarse, etc.;
- irrupción de ideas no deseadas y absurdas: “voy a clavar ese cuchillo a alguien”, “soy homosexual” (en quien no lo es), etc.

Complicaciones del TOC

- ánimo depresivo;
- limitación en la vida social y laboral;
- restricciones alimentarias;
- restricción social: lugares a los que no se puede ir por temor a contaminarse. comidas a las que no se concurre por no tener control sobre la higiene de cubiertos y vasos;
- agotamiento mental severo;
- pérdida de tiempo: los rituales pueden consumir varias horas del día (o incluso todas).

Capítulo 7

¿Qué es el trastorno por estrés postraumático?

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que suele ocurrir luego de la exposición a un trauma muy intenso, tal como presenciar una muerte, sufrir la muerte violenta de un ser querido, ser víctima de un ataque con peligro para la propia vida, o verse en medio de un desastre natural (terremoto, inundaciones, etc.) o catástrofe de algún tipo.

Entonces, ¿cualquier persona expuesta a un evento como los descritos puede desarrollar un TEPT?

No cualquier persona. De hecho, del total de los individuos expuestos a sucesos semejantes, solo quienes son portadores de una vulnerabilidad genética lo desarrollan. Lo más probable, luego de un evento traumático intenso (en el caso de presentarse alguna patología emocional) es que se desencadene un cuadro depresivo, síntomas de pánico o alguna fobia, más que un estrés postraumático.

Muchas veces nos consultan personas que al poco tiempo de haber atravesado una situación como las descritas o inmediatamente después, comienzan con síntomas del tipo de ánimo deprimido, ansiedad, miedo, evitación de ciertos lugares o situaciones. Sin embargo, como hemos señalado, la mayoría de ellos no sufren en verdad un TEPT. A veces se realiza ese diagnóstico de manera errónea, solo por el hecho de asociar el antecedente del trauma vivido y síntomas ansioso depresivos actuales, sin tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, esos síntomas fóbicos o anímicos corresponden a otras patologías, más frecuentes que el trastorno por estrés postraumático.

Este error diagnóstico llevará a orientar el tratamiento en una dirección equivocada.

Además, y retornando a la pregunta inicial, para padecer TEPT el individuo debe presentar una vulnerabilidad genética, o sea que *no tiene un trastorno por estrés postraumático quien quiere sino quien puede*. Repetimos, esto sucede solamente en

sujetos vulnerables, portadores de una predisposición genética. Cabe destacar que los traumas de la infancia temprana (pérdidas significativas, abandono, abuso), también generan vulnerabilidad a sufrirlo en la infancia misma o en la vida adulta.

¿Cuáles son sus principales síntomas?

Los síntomas pueden manifestarse de inmediato o varios meses después de ocurrido el acontecimiento traumático. Los podemos dividir en cuatro grupos:

1. Síntomas de reexperimentación:

Las víctimas, además de sufrir un estado de desesperanza y temor que puede llegar hasta el horror intenso, reexperimentan el evento traumático. Esto puede ocurrir mediante sueños (pesadillas) o en imágenes que se imponen a la conciencia, de tal modo que se tiene la sensación de estar reviviendo los hechos como si estuvieran ocurriendo en el momento presente (reviviscencias o flashbacks), con respuestas de tipo físico o emocional acordes al trauma. A veces hasta perciben olores relacionados con el evento traumático, lo cual puede llevar a confundir esta patología con otros cuadros, más graves, que suelen cursar con alucinaciones (las reviviscencias *no son* alucinaciones).

2. Conductas evitativas:

Los pacientes evitan estímulos que les recuerden, o representen, lo sucedido (muchas veces tienen imposibilidad para recordar parte del trauma). También evitan tomar contacto con situaciones o lugares relacionados con el evento traumático. Este tipo de evitación puede confundirse, a veces, con un trastorno fóbico (por ejemplo, frente a una persona que evita tomar aviones, tenemos que dilucidar si esa evitación se debe a síntomas claustrofóbicos, pánicos o al hecho de padecer un TEPT por haber sufrido un accidente aéreo con riesgo para su vida).

3. Embotamiento emocional:

Llamamos así a la disminución de la reactividad emocional. La ausencia de interés sobre el entorno en general, el aislamiento social y la restricción afectiva son manifestaciones comunes en las personas que padecen TEPT. También pueden ocurrir otras perturbaciones emocionales como apatía, fatigabilidad, preocupación excesiva, desesperanza, pérdida de la capacidad de la atención, problemas de memoria y aturdimiento.

4. Hiperactivación del sistema nervioso:

Esta alteración, que revela el estado de alerta ante la posibilidad de un nuevo evento traumático, se traduce en síntomas que reflejan una elevada ansiedad, como irritabilidad,

impaciencia e inquietud, dificultad para concentrarse, y trastornos del sueño.

La contraposición del embotamiento emocional por un lado y la hiperactividad del sistema nervioso (alerta) por el otro, resulta paradójica solo en apariencia. El embotamiento afectivo (junto al aislamiento, la disminución de la reactividad emocional, y muchas veces cognitiva o intelectual) está al servicio de distanciar al sujeto de lo ocurrido, de apagar los procesos mentales que tengan relación con aquello. Sin embargo, el sistema nervioso, en su versión más automática, o menos consciente, se encuentra hiperreactivo, como mecanismo defensivo frente a situaciones inmediatas que pudieran ocurrir.

Complicaciones

El TEPT, de no mediar un tratamiento exitoso, tiende a la cronicidad. Con el correr del tiempo, dada la persistencia de la introversión, de la evitación de situaciones sociales y la pérdida de interés en el desempeño sociolaboral, se empobrece mucho la calidad de vida. Como resultado, es frecuente la aparición de un verdadero cuadro depresivo.

¿Existe un tratamiento efectivo?

El abordaje que mejores resultados arroja resulta de la integración de tratamiento farmacológico y psicoterapia cognitivo conductual específica para TEPT.

Como en el resto de las patologías del espectro fóbico ansioso, un tratamiento realizado de manera correcta y por profesionales idóneos permite la recuperación en la mayoría de los casos.

Caso clínico

Atrapados en la terraza

Silvia tiene 39 años, es casada y tiene dos hijos, uno de 4 años y otro de un año y medio. Este último protagonizaría, junto con ella, el hecho traumático que luego daría lugar a su consulta.

Nos consulta por sentir mucho miedo y angustia, temor a robos y a quedarse sola con sus hijos en casa, poco interés en cuestiones que antes la atraían, y, fundamentalmente, un estado de indiferencia, de que todo le da

lo mismo.

Nos cuenta que su marido es empleado, con un buen nivel de ingresos. Silvia vive en la casa de sus sueños, dedicada a los chicos y a las responsabilidades del hogar, pero, como su casa es muy linda, le preocupa que puedan entrar a robar. Por idéntica razón evita, todo lo que puede, salir a manejar sin estar acompañada.

Una noche, estando sola con su hijo menor (el marido acompañaba a su otro hijo en un cumple del jardín), escucha la llegada de patrulleros y el sobrevuelo de un helicóptero. Es evidente que hubo un robo, o algo así, en la misma cuadra en que ella vive. La policía estaciona prácticamente en la puerta de su casa. Ella se asoma y le dicen que se meta adentro y cierre todo con llave. Los ladrones están escapando por los techos. Ella, muy asustada, toma a su bebé y se esconde en el piso de arriba. Allí hay un cuarto que da a una terracita. La puerta a la terraza está abierta, pero la de rejas está cerrada. Ella está por cerrar todo cuando uno de los ladrones se le aparece, en la terraza, del otro lado de la reja, arma en mano. Ella retrocede, él dice que es policía, que le abra. Ella duda, pero enseguida corre escaleras abajo con su hijo en brazos y se encierra en el baño.

A partir de ese momento el relato de Silvia entra en confusión. No sabe cuánto tiempo estuvo escondida con su nene. Solo recuerda su miedo, las sirenas, el sonido de las aspas del helicóptero, la convicción de que el tipo iba a entrar a matarlos o a tomarlos de rehenes.

Después de un tiempo incierto suena el timbre (o quizás ya sonaba desde hacía rato). La voz de la vecina, desde la calle, le grita que todo terminó, que abra la puerta. Ella duda, pero finalmente se asoma y abre. Le cuentan que los agarraron, que uno estaba escondido en un garaje vecino, que al otro lo agarraron en la casa de la esquina.

Desde entonces, en cualquier momento del día, comienza a sufrir evocaciones persistentes (la cara del delincuente, el sonido del helicóptero, su miedo a morir con el hijo, el peso de su hijo en sus brazos), acompañados de ansiedad intensa y, en ocasiones, de ataques de pánico.

No se queda sola en casa, no abre las ventanas, no sale a colgar la ropa al patio, etc. La sintomatología está fundamentalmente asociada a su casa. Cuando se empieza a desesperar necesita salir, irse, escapar. Llama mucho al celular del marido durante el día

Quiere mudarse. Ya no siente que la casa sea segura.

Con la ayuda del tratamiento Silvia pudo, de a poco, aprender a relajarse, a aflojar ese estado de alerta permanente. También logró darse cuenta de que lo sucedido fue un hecho bastante excepcional, y que, más allá de los riesgos habituales (lamentablemente habituales), no era de esperar que volviera a encontrarse en una situación semejante en cualquier momento (porque así lo viví ella, como que en cualquier momento podía suceder otra vez). También tomó conciencia de su personalidad temerosa en general, incluso antes de los hechos.

De a poco, mediante ejercicios programados, consiguió salir sola al patio, o abrir la puerta de calle sin temor. Tuvo que volver a quedarse sola por trabajo del marido (en esos períodos ella se atrincheraba en una habitación de arriba desde donde podía monitorear la calle. Se llevaba el teléfono allí y prácticamente no se movía) y pudo circular por la casa.

Volvían la confianza y la seguridad.

Capítulo 8

La relajación y el entrenamiento en respiración nos pueden ayudar

¿Es importante aprender técnicas de relajación muscular?

Por su puesto que es muy importante conseguir una buena relajación muscular. Para esto es imprescindible conocer, practicar y aprender alguna de las técnicas de relajación que existen. La relajación muscular es una herramienta eficaz, rápida y económica que siempre vamos a tener a mano para ayudarnos en caso de un episodio de ansiedad extrema.

¿Para qué sirve aprender técnicas de relajación y respiración?

Estas técnicas, llevadas a cabo durante un episodio de ansiedad, cumplen una doble función: por un lado la específica (relajación muscular y normalización del ritmo y profundidad de la respiración, según el caso) y por otro, y muchas veces no menos importante, la de desplazar el foco atencional, por distracción. Esta distracción muchas veces se busca de modo explícito con ejercicios *ad hoc*, que veremos más adelante.

La rutina de estos ejercicios, bien realizada, debería redundar en algún grado de alivio del episodio ansioso.

Es importante dejar en claro que debe evaluarse de modo individual el momento oportuno para administrar las técnicas de relajación, ya que en muchos pacientes podría resultar contraproducente, en una instancia inicial, provocar una disminución de tensión que suponga una pérdida del control.

¿Cuántas técnicas de relajación muscular existen?

De las muchas que existen, describiremos las más utilizadas, pero no dejamos de resaltar que lo más importante es el correcto aprendizaje de al menos una de ellas, puesto que, si la técnica está mal hecha, no se conseguirán resultados y la misma será desechada y desestimada en poco tiempo. Por el contrario, los que consiguen relajarse, suelen

hacerse adeptos a este tipo de recursos.

Método de Jacobson (relajación progresiva)

El entrenamiento en relajación progresiva favorece una relajación profunda sin apenas esfuerzo y permite establecer un control voluntario de la tensión-distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado.

Con el método de Jacobson recobramos el control de los músculos voluntarios. Jacobson pone el acento en la sensación: no debemos solo tensar o relajar, sino prestar toda la atención a las sensaciones que se producen. No basta sentir, es necesario discriminar con claridad los diversos estados posibles de tensión y relajación. Aún más: pedirse aflojar más y más cuando creo que ha llegado al máximo, un poco más... y ser capaz de distinguir que algo ocurre. Es preciso pues en primer lugar ser capaz de reconocer la tensión muscular, cosa nada fácil en lugares del cuerpo de los que habitualmente apenas percibo su estado, y en segundo lugar ser capaz de aflojar hasta ir eliminando toda tensión residual e inútil.

En esencia podemos resumir el método en los siguientes puntos:

1. Concentrar la atención en un grupo muscular.
2. Aumentar la tensión de ese grupo muscular, sin dolor, y mantenerla de ese modo entre 20 y 30 segundos.
3. Relajar la musculatura y prestar atención a la sensación que se produce, para poder reconocerla, y buscarla, cuando resulte oportuno.

Como vemos, este método requiere del aprovechamiento de la *propiocepción* (sentido que informa al organismo de la posición y estado muscular), para optimizar el control de la zona que tratamos.

El método de Jacobson puede utilizarse prácticamente en todos los grupos musculares aunque el autor recomienda el siguiente orden:

1. Mano derecha, luego mano izquierda (y así con todos los demás ejercicios, alternando un lado y el otro).
2. Antebrazos y brazos, hombros.
3. Espalda zona dorsal, zona lumbar.
4. Cuello.
5. Rostro. Ojos.
6. Zona anterior del tronco y abdomen.
7. Pies.

8. Pantorrillas.

9. Muslos.

Veamos, a continuación, cómo llevarlo a cabo. La mejor posición es la de semisentado. Apoye sus brazos sobre las piernas y deje que estos descansen sobre los muslos.

Relájese. Afloje la tensión de los músculos de los miembros superiores e inferiores tanto como le sea posible. Cierre la mano derecha en un puño, vaya aumentando la presión hasta un máximo, ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible, mantenga esa tensión durante unos 5 segundos, luego relaje la tensión, concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación y perciba la sensación placentera de estar relajado, note como esta relajación se extiende al resto del cuerpo (durante 20 segundos). Repita todo con el otro brazo.

Ahora vamos a trabajar con el brazo izquierdo. Para ello lleve la muñeca hasta el hombro, apriete. Sienta la tensión durante 5 segundos, deje el brazo caer lentamente. Céntrese en el alivio que experimenta. Repita el ejercicio. Trabaje ahora con el brazo derecho. Repita el ejercicio.

Ahora trabajamos los hombros. Para ello levante los hombros hacia las orejas sostenga la tensión 5 segundos, afloje los músculos, sienta el alivio. Repita.

Trabajamos el cuello. Intente tocarse el pecho con la barbilla, apriete durante 5 segundos, relaje el cuello y sienta la sensación de alivio que se produce. Repita. Apriete la cabeza hacia atrás para trabajar con la nuca, apriete 5 segundos, ahora deje de apretar y céntrese en el alivio. Repita.

Trabajamos la frente. Levante las cejas hacia arriba, sienta la tensión, ahora relaje la frente, sienta el alivio que experimenta. Repita. Cierre fuertemente los párpados para trabajar los músculos de los ojos, apriete 5 segundos. Repita. Ahora trabaje las mejillas, para ello simule una risa forzada, las comisuras de sus labios se clavan en sus mejillas, apriete durante 5 segundos, relájelas, sienta el alivio que experimenta. Repita. Trabaje ahora la mandíbula, apriete los dientes, ahora relaje la mandíbula y sienta el bienestar que se produce. Repita. Trabajamos ahora la lengua, colóquela contra el paladar y apriete fuertemente, ahora afloje la tensión, céntrese en la diferencia entre tensión y relajación. Repita. Apriete los labios fuertemente (sin morderlos), relájelos. Repita.

Ahora haremos un arco con la columna. Saque el tronco hacia fuera y céntrese donde nota mayor tensión, afloje el tronco. Repita.

Trabajamos ahora el pecho. Tome aire, retenga el aire 3 segundos y expúselo

despacio, céntrese en el alivio que siente. Repita. Ahora trabaje el abdomen, para ello intenta tocarse con el ombligo la parte trasera de su cuerpo, afloje. Repita.

Ahora vamos a trabajar con los miembros inferiores. Levante la pierna izquierda dirigiendo la punta del pie hacia su cuerpo, déjela relajada, sienta el bienestar que experimenta. Repita. Haga lo mismo con su pierna derecha. Repita.

Relajación isométrica

Es otro tipo de ejercicio en relajación que suele resultar muy práctico y fácil de realizar, sin perder por ello eficacia. Puede llevarse a cabo en lugares de trabajo o frente a otras personas, ya que no implica posturas particulares ni movimientos llamativos:

1. Realice una inspiración breve y retenga el aire durante siete segundos.
2. Al mismo tiempo, contraiga los músculos de brazos y piernas, y tense todo el cuerpo.¹
3. Pasados los siete segundos, exhale lentamente y deje ir la tensión.
4. Permanezca quieto durante un minuto, sintiendo la relajación conseguida.

¿Qué es el reentrenamiento en respiración?

El reaprendizaje de la dinámica respiratoria es un paso importante en los pacientes ansiosos en general. Quienes padecen de pánico y fobias suelen referir “ahogos” como parte de su sintomatología, ya que la mayoría “respira” con la parte alta del tórax. Es una respiración corta, cuyo movimiento inspiratorio encuentra enseguida su techo, provocando una sensación displacentera, de entrada de aire insuficiente. Al no poder llevar a cabo un movimiento más profundo, se apela a inspiraciones repetidas y forzadas. Esto es percibido como dificultad respiratoria que, en un comienzo, es solo subjetiva, pero con el tiempo deriva en una dinámica respiratoria patológica, la hiperventilación. Esta, al generar una alteración de la presión parcial de dióxido de carbono en sangre, estimula al centro respiratorio, y se establece así un círculo vicioso que obliga a su reconocimiento y corrección.

Los ejercicios respiratorios resultan también un aporte significativo a los fines de conseguir una buena relajación general.

Normalmente enseñamos a nuestros pacientes lo que denominamos “respiración de tres en tres”. Se inspira por la nariz contando mentalmente hasta tres. Se retiene el aire en los pulmones contando hasta tres, y se exhala por la boca contando hasta tres. La

velocidad del conteo es media, ni muy pausada, ni muy rápida. Es muy importante enseñar al paciente a llenar sus pulmones desde abajo hacia arriba, que es exactamente al revés de lo que acostumbra. Para ello se realiza la denominada respiración abdominal. Le pedimos que coloque una mano sobre su pecho y otra sobre el abdomen. Al inspirar, si el ejercicio se realiza en forma correcta, solo debe notarse el ascenso de la mano colocada sobre el abdomen. La del pecho permanecerá inmóvil. El uso de las manos es solo una manera de subrayar el movimiento de estos dos sectores implicados, y debe dejarse de lado cuando ya no sea de utilidad. Para aprender a llevar el aire en primer término a la base de los pulmones, mientras inspiramos proyectamos la pared abdominal hacia delante en forma voluntaria. Con la práctica deja de resultar necesario, debido a que el movimiento se automatiza. Se logra así una respiración más cómoda y efectiva, sin efecto de “tope”, como la torácica. No debemos confundirla con la que suele propiciarse en la disciplina del yoga. Esta es también una respiración abdominal, pero suele ser mucho más profunda, lo que a veces puede generar una sensación de mareo.

Por lo general indicamos practicar a diario, durante unos minutos, tres veces cada jornada. Debe hacerse estando sentado, en un lugar tranquilo. Algunos pacientes tienden a acostarse para el ejercicio, pero esta forma debe desecharse ya que no sirve para utilizarla en el trabajo, en la calle, o en cualquier otra situación pública y cotidiana.

Aun a riesgo de subrayar una cuestión obvia, no podemos dejar de afirmar que el terapeuta tendrá que conocer esta técnica a la perfección en sus aspectos prácticos. Es decir, debe poder realizarla para así poder mostrársela al paciente.

Un pequeño, pero no por ello desdeñable, porcentaje de sujetos reporta que este tipo de respiración le incrementa la sensación de ansiedad, no debiéndose omitir la investigación de las causas en cada caso en particular. Con frecuencia son personas que sencillamente no logran “parar”, detener su velocidad por un momento, para realizar la práctica. En este caso, el aumento de la intensidad del estado ansioso no está relacionado en forma específica con el ejercicio propuesto. Les ocurriría lo mismo si les pidiésemos que “pararan” para cualquier otra cosa. Otras veces, el fenómeno se debe a la resistencia del paciente a un intento de encontrar la calma, por temor a las consecuencias potenciales de bajar el nivel de control. Estos casos suelen presentar similares dificultades con la relajación muscular, y requerirán de la artesanal creatividad del terapeuta para ser resueltos.

¿Cuáles son las dificultades más frecuentes en la práctica de la relajación y respiración?

Algunos pacientes hacen comentarios de este tipo:

“Me mareo durante el ejercicio” o “Después de hacerlo quedo mareado”

No existen razones valederas para que esto suceda. Primero hay que averiguar qué es aquello a lo que el paciente llama mareo. Muchas veces no es otra cosa que, justamente, una sensación correspondiente a la tan ansiada relajación, a nivel mental.

Si el “mareo” sucede después de terminada la práctica, debe constatarse que el paciente no se levante de modo brusco, ya que en ese caso podría corresponder a un episodio de hipotensión ortostática (descenso severo de la tensión arterial cuando se cambia bruscamente de posición, por efecto gravitatorio). También se recomienda no sumergirse en la actividad intensa hasta que hubieran pasado unos minutos, para que el cambio no produzca sensaciones displacenteras que luego se adjudiquen al ejercicio de relajación.

“No me puedo relajar”

Es evidente que muchos pacientes presentarán esta dificultad. Sin embargo, debe insistirse en la necesidad de la práctica para alcanzar el objetivo propuesto. A algunos les llevará más tiempo que a otros, pero todos pueden y deben conseguirlo. Asumir que el paciente no se puede relajar supone aceptar la derrota, justamente, a manos del síntoma por el cual se nos consulta.

“No me gusta lo que siento durante la relajación”

Esto suele dar cuenta, y se le debe señalar, del acostumbamiento, y en casi todos los casos también del apego, que el paciente tiene por su estado de tensión física y mental.

Otro aspecto a destacar en este punto, es que durante la relajación, los pacientes suelen sentir que están abandonando el control de sí mismos y de la situación, tema central en el TAG (trastorno de ansiedad generalizada), por lo que se le dedicará el espacio que requiera a su discusión con el paciente. Se deberá volver sobre algunos aspectos de la psicoeducación, señalando el estado de alerta constante como factor “protector” y “preventivo” en relación con potenciales amenazas.

“No veo que estos ejercicios me ayuden”

Muchas personas suponen que el cumplimiento de los ejercicios indicados los conducirá de modo inmediato a una mejoría notable. Se les explicará que los resultados demoran pero una vez alcanzados son sólidos y duraderos. La impaciencia es parte del cuadro de preocupación excesiva generalizada y es uno de los obstáculos a superar. Un ejercicio de relajación no produce el efecto de un fármaco ansiolítico, sin embargo, sus efectos beneficiosos se prolongan mucho más en el tiempo, no presentan efectos adversos, constituyen un recurso que pasa a formar parte de uno y que no se puede olvidar en casa, como los comprimidos.

1 Variaciones para el punto 2: si la situación lo permite, los brazos pueden cruzarse, tomando el brazo derecho, inmediatamente por encima del codo, con la mano izquierda, y viceversa al mismo tiempo. Luego, aplicar el aumento de tensión. Los miembros inferiores, de modo similar, se pueden cruzar a la altura de los tobillos, para luego presionar una pierna contra otra, y ambas hacia arriba y atrás.

Capítulo 9

Acerca del cerebro y la mente

Hoy por hoy, entender el “cerebro” como algo separado de la “mente” es algo absolutamente erróneo. Los trastornos ya no se dividen entre trastornos psicológicos por un lado y trastornos orgánicos por otro.

Podríamos considerar la mente como un conjunto de funciones que se llevan a cabo en el cerebro. Si miramos con una lente de gran aumento, observaremos que el cerebro está compuesto por millones de células llamadas neuronas. Estas, con sus múltiples dendritas y largos axones, se asocian entre sí formando un tramado al cual podemos visualizar como una densa red de cables de electricidad.

Todos los procesos mentales, aun los más complejos, derivan de operaciones llevadas a cabo en ese complejo y ultraespecializado órgano que denominamos cerebro. Estas funciones cerebrales sirven de base para explicar tanto las conductas motoras básicas (caminar, comer), como las acciones más complejas, aquellas que solo presentamos los humanos, como pensar, hablar o crear. Es interesante que muchas de las funciones cerebrales superiores pueden ser inconscientes. Es decir, nuestro cerebro trabaja incluso más allá de lo que podemos registrar de manera consciente.

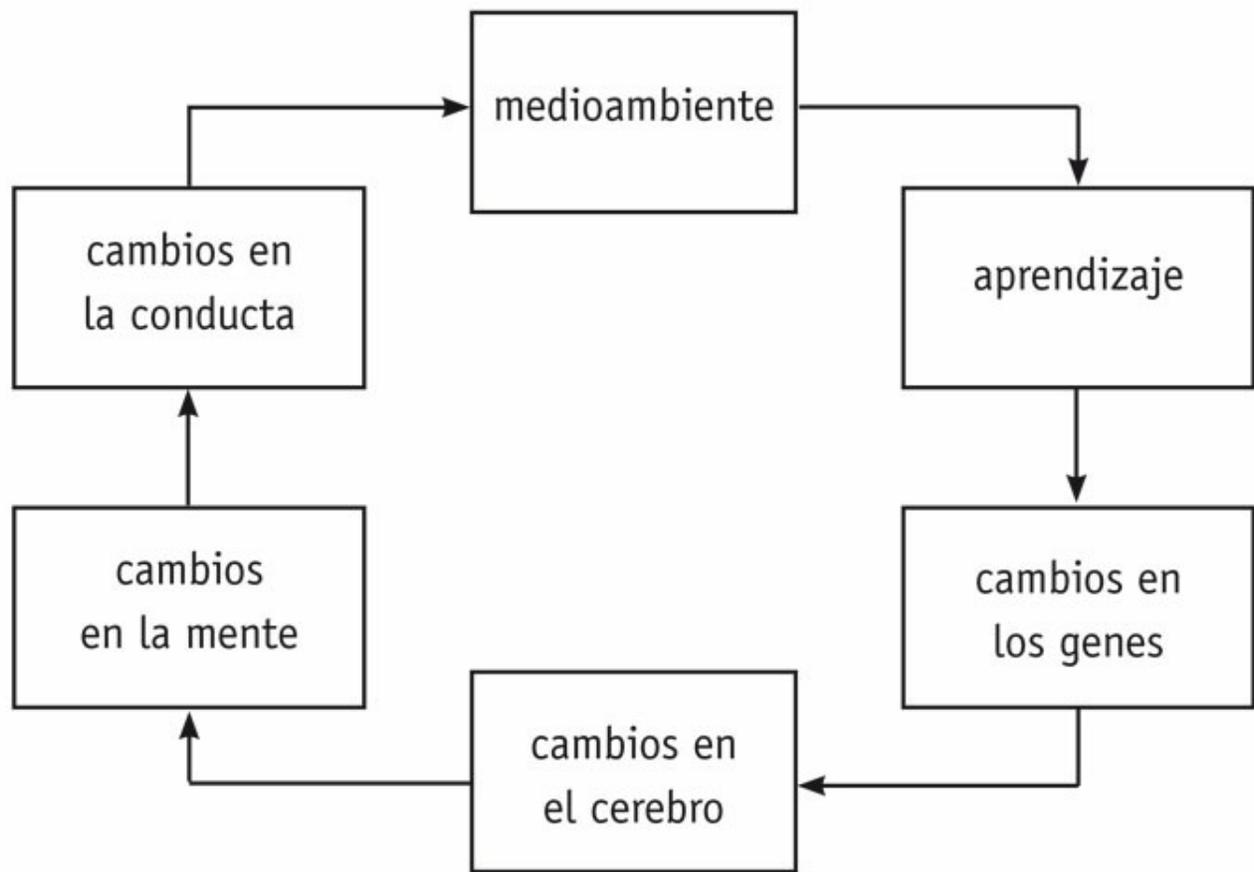
Los trastornos conductuales (conductual = referido a la conducta o comportamiento) observados en las enfermedades psiquiátricas, deben considerarse como afecciones de la función cerebral, aun en los casos en los cuales estas alteraciones sean ocasionadas claramente por factores ambientales.

Las redes neurales (neuronales) procesan la información que recibimos del ambiente exterior (entendido como el conjunto de estímulos que nos rodea), y también desde nuestro interior, a través de los órganos de los sentidos, y generan una respuesta conductual. Si el medioambiente es favorable, es más probable que se genere una conducta (comportamiento) que nos permita una buena adaptación al medio. Por el contrario, frente a circunstancias ambientales adversas, aumenta la probabilidad de que se generen conductas desadaptativas que, si se sostienen en el tiempo, pueden conducir a un estado de enfermedad.

Habitualmente nos imaginamos el cerebro como un órgano estático, que no se modifica a lo largo de toda la vida. Nada más alejado de la realidad. El cerebro, así como cambian nuestros pensamientos, se encuentra en constante proceso de cambio. Existe una relación directa entre los cambios que se producen en el medio ambiente y las modificaciones que se producen en la arquitectura y el funcionamiento de las neuronas. Cuando en nuestro entorno las cosas están bien (ambiente favorable o enriquecido) se producen cambios positivos en las neuronas y en cómo estas neuronas se comunican entre sí.

Entonces, el sistema nervioso funciona por un conjunto de redes neurales interconectadas. Estas redes están constituidas por neuronas asociadas entre sí que, en conjunto, procesan la información, captada por los órganos de los sentidos, del medioambiente que nos rodea. Dichas modificaciones, a su vez, generan cambios en nuestro comportamiento y nos permiten una mejor adaptación, más favorable, al medioambiente (entorno), y a su vez modifican ese ambiente de manera tal que nos resulte más propicio.

El aprendizaje del sujeto, en este ambiente enriquecido, genera cambios en la expresión de los genes que modifican al cerebro, cerrando, de esta manera, un circuito que puede ser virtuoso y adaptativo (favorable) o vicioso y desadaptativo (desfavorable). Este último es el caso de los trastornos mentales, que se sostienen en el tiempo mediante el circuito desfavorable descripto.



Por otra parte, las psicoterapias, así como los tratamientos con fármacos, lo que intentan hacer es mejorar o revertir el circuito para volverlo adaptativo, es decir, favorable.

Como se describirá luego, las psicoterapias pueden ayudar a las personas a aprender mejor y más rápido de las experiencias que se producen en su entorno, de manera tal que pueden generar respuestas más pertinentes y favorables y que cambian ese medioambiente enriqueciéndolo.

Por lo tanto, las psicoterapias que resultan más eficaces, particularmente para los trastornos de ansiedad y fobias, son las que propician ese aprendizaje, y, dentro de estas, la terapia cognitivo conductual.

La vieja concepción de que las neuronas que se mueren no pueden reemplazarse por otras nuevas debe ser revisada puesto que hoy en día la evidencia científica existente muestra que se pueden formar nuevas células nerviosas en ciertos lugares del cerebro, particularmente donde se procesa la información que tiene que ver con el estrés, el miedo y la ansiedad.

O sea que los cambios negativos que producen el estrés, los trastornos de ansiedad y

la depresión en las neuronas, pueden ser revertidos con un tratamiento adecuado, específico y oportuno.

Capítulo 10

La medicación: mitos y realidades

¿Qué papel juega la medicación en el tratamiento de la ansiedad y el pánico?

El lugar de la medicación no es el que la mayoría de las personas en tratamiento le atribuyen. Los psicofármacos en muchos casos, si no se acompañan de un abordaje psicoterapéutico apropiado, pueden resultar insuficientes.

Es importante asociar la medicación apropiada a una psicoterapia específica, ya que la integración de ambas modalidades es la que ha demostrado resultados más eficaces en los estudios internacionales realizados sobre este particular.

Decíamos antes que los procesos de la mente se llevan a cabo en el cerebro, y este es el órgano con el cual pensamos, sentimos y actuamos, tanto de manera consciente y voluntaria como inconsciente e involuntaria.

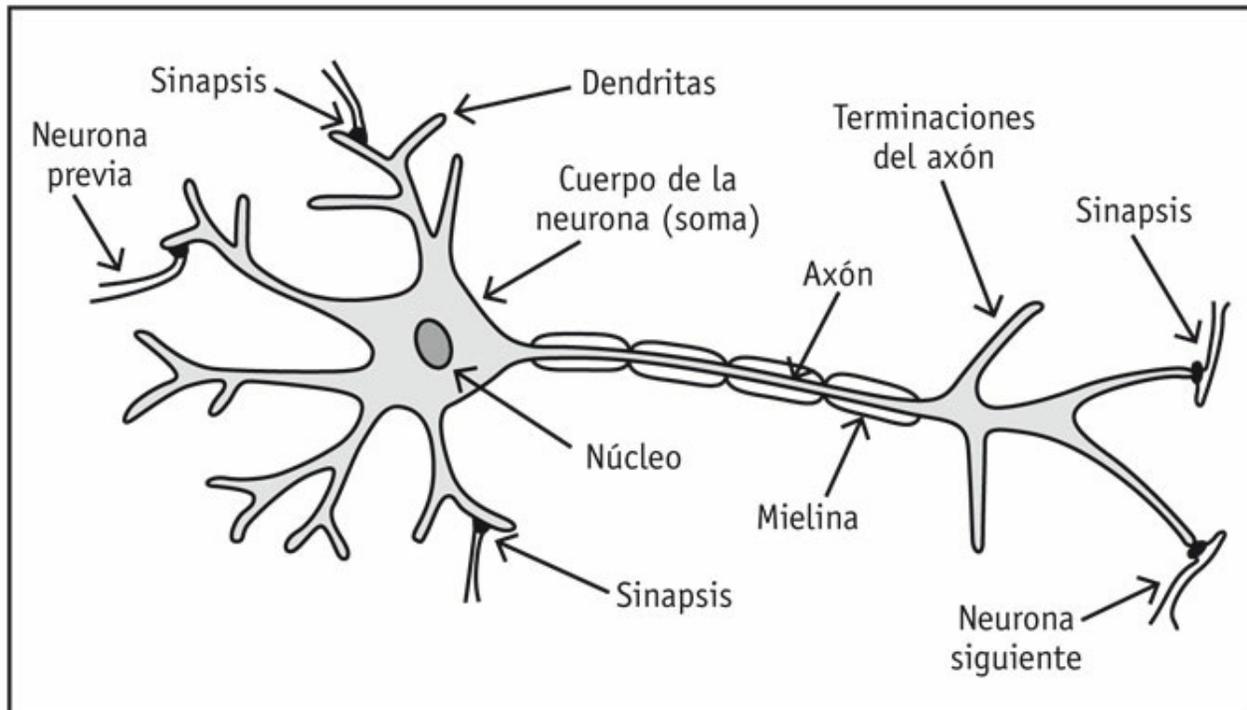
Es decir que es imposible concebir mente y cerebro por separado y, más aún, cualquier acción terapéutica que se lleve a cabo en el cerebro (medicación) va a terminar provocando cambios en la mente, en nuestros pensamientos, sentimientos y acciones (comportamientos, conducta). Las psicoterapias, a su vez, al actuar sobre los procesos mentales a través del aprendizaje, generan cambios en el cerebro (no solo en el funcionamiento de las neuronas sino también en su arquitectura).

Los psicofármacos actúan de manera directa sobre las neuronas (células que constituyen la unidad anatómica y funcional del cerebro y otras estructuras del sistema nervioso). La acción se ejerce sobre unas proteínas ubicadas, en la mayoría de los casos, en la superficie de las neuronas (gráfico 1), llamadas receptores. Imaginemos la acción de un fármaco sobre su receptor, como una llave (fármaco) que actúa sobre una cerradura (receptor) y provoca, mediante la apertura de esa cerradura, un efecto.

Normalmente, sobre ese receptor actúan muchas sustancias que fabrica nuestro propio organismo, llamadas neurotransmisores (adrenalina, noradrenalina, serotonina, entre otras). La denominación de neurotransmisor, se debe, justamente, a que dichas sustancias transmiten un estímulo (o señal, mensaje, información) de una neurona a otra

neurona (gráfico 2). Los neurotransmisores son las sustancias mediante las cuales se comunica una neurona con otra u otras.

Gráfico 1: La neurona

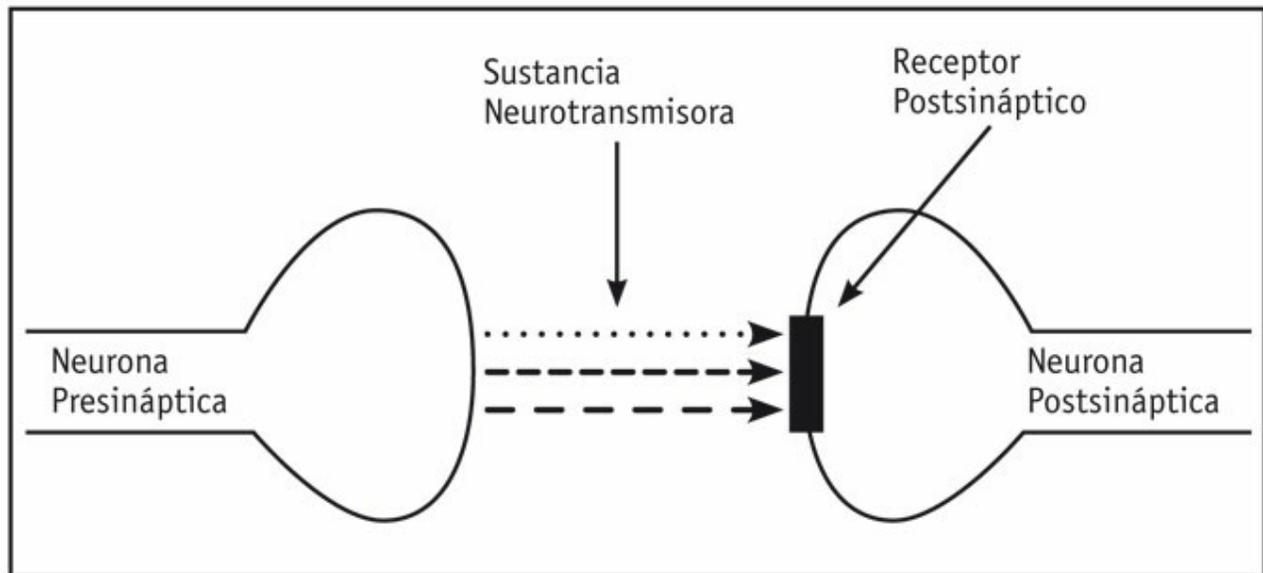


La unión del neurotransmisor (o del fármaco indicado) con su receptor, desencadena, a su vez, en el interior de las neuronas una serie de acontecimientos moleculares, demasiado complejos como para explicarlos en esta obra, que modifican la expresión de los genes, y, por esto, la arquitectura y el funcionamiento de las neuronas.

¿Pero los genes se modifican o no?

Es cierto que la información contenida en los genes no se modifica, pero la idea es que la medicación y las psicoterapias, a través del aprendizaje, conducen a que estos genes expresen lo que más conviene a un buen funcionamiento. Las enfermedades mentales, por su parte, resultan de la expresión de características negativas, absolutamente inconvenientes para nuestra adaptabilidad al medio.

Gráfico 2: Neurotransmisión



¿Es posible tratar la ansiedad, las fobias o el pánico sin tomar medicación?

Sí, de hecho en muchos casos es factible conseguir muy buenos resultados sin utilizar medicamentos. Sin embargo, tal posibilidad debe ser bien evaluada e indicada por el profesional, quien tendrá en cuenta no solo el grado de severidad de los síntomas, sino también el impacto que puedan estar teniendo en la vida del sujeto y en sus posibilidades de desarrollo. Por ejemplo, si alguien que sufre de crisis de pánico con agorafobia se ve impedido de viajar en transporte público por temor a padecer una nueva crisis, y este hecho pone en peligro su fuente laboral, la intervención profesional buscará no solo eficacia, sino también rapidez en la obtención de resultados. Por el contrario, aquellos pacientes cuyos síntomas no fueran tan severos, o su vida sociolaboral no se encuentre muy comprometida, podrán beneficiarse de un tratamiento más a mediano plazo.

¿En qué casos es necesario, sí o sí, tomar medicación?

Existen varios aspectos a tener en cuenta. En primer lugar, la severidad de los síntomas. Si nuestro paciente presenta síntomas muy disruptivos y persistentes, es posible que no podamos avanzar con el trabajo de des-sensibilización, es decir, de dilución gradual del miedo o ansiedad. Debemos, en tales casos, moderar los síntomas mediante medicamentos, para poder trabajar sobre ellos. Recordemos aquí que los trastornos de ansiedad suelen generar taquicardia, sensación de ahogo, temblor, desesperación, angustia, insomnio, etc. Con estos elementos presentes de manera intensa, resultará muy difícil que nuestro paciente pueda realizar los afrontamientos

dirigidos que la terapia cognitivo conductual requiere para su recuperación. En cambio, al moderarlos mediante el uso de fármacos, facilitamos el aprendizaje del control de los mismos, que llevará, finalmente, a la recuperación.

También, como explicamos más arriba, se tendrá en cuenta la problemática social del paciente derivada de las limitaciones que la ansiedad le impone. Mucha gente no puede viajar en transportes públicos, o subir a ascensores, o permanecer en recintos cerrados. Estas limitaciones comprometen seriamente sus posibilidades de desarrollo, de estudiar, trabajar, relacionarse. Muchas veces los tiempos apremian y los fármacos constituyen una poderosa herramienta, en procura de una recuperación lo más rápida posible.

¿Tengo que tomar medicación de por vida?

De ninguna manera cuando iniciamos un tratamiento con fármacos, manejamos como hipótesis que el mismo sea “de por vida”. La hipótesis inicial de trabajo es que esa medicación podrá ser retirada luego de cierto tiempo, variable según la gravedad del caso y las características del paciente. En la mayoría de los casos tal duración estará entre un año y un año y medio. El retiro de la medicación se realizará de manera muy gradual durante la última etapa de la terapia cognitivo conductual, la de reestructuración cognitiva. Sin embargo, en algunos pacientes que presentan cuadros más graves, con sucesión de recaídas, resulta frecuente que se deba reiniciar el tratamiento farmacológico. Y cuando un paciente recae cada vez que la medicación se discontinúa, se planteará la posibilidad de que deba tomarla a muy largo plazo —durante años— o incluso toda la vida.

¿Los psicofármacos pueden generar adicción?

Tenemos que tener en cuenta lo siguiente: una situación es que necesitemos tomar medicación porque el trastorno todavía está presente, a pesar de estar haciendo una vida prácticamente normal y con síntomas menos intensos, pero aún no resueltos del todo. En este caso la suspensión del medicamento puede dar lugar a la aparición de síntomas, pero porque todavía la enfermedad permanece activa, no se ha resuelto. Una situación por completo diferente es que al suspender el tratamiento farmacológico se presenten síntomas que no tienen que ver con la enfermedad tratada (aunque a veces dichos síntomas sean similares) sino con la dependencia física o psicológica que pueden generar algunas de estas sustancias.

¿Cómo hacer para no sentirse mal al suspender la medicación?

Antes que nada, el proceso de discontinuación debe ser indicado y regulado por el médico tratante. Mediante una suspensión muy gradual, la probabilidad de que ocurra un síndrome de abstinencia es muy baja o casi nula. La mirada del profesional podrá diferenciar si la reaparición o aparición de algún síntoma o sensación nueva tiene que ver con la disminución de dosis o con alguna otra cuestión no relacionada. Esto tiene gran importancia porque si lo que sucede es que reaparecen los síntomas que motivaron el tratamiento, quizás deba reanudarse la medicación, e incluso a veces será necesario retomar las dosis anteriores. Pero si el síntoma corresponde a otra causa intercurrente, el proceso podrá continuar.

¿Cuáles son los medicamentos más adecuados para los trastornos de ansiedad?

Existe una variedad de medicamentos bastante amplia. Los que más utilizamos, por su buena respuesta y porque ya disponemos de una larga experiencia en su utilización son los llamados ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y las benzodiazepinas. Sin embargo, no solo el medicamento debe ser el adecuado, sino también su dosis, que no será igual en diferentes patologías ni en diferentes pacientes, la oportunidad de la indicación, el período de tiempo durante el cual debe tomarse, etc. Para cada caso en particular deberán tenerse en cuenta no solo los efectos benéficos que pueda proveer la droga, sino también el perfil de efectos adversos de cada una de ellas.

Las benzodiazepinas, por ejemplo, son las que con más probabilidad pueden generar tendencia a la automedicación, acostumbramiento, e incluso algún grado de adicción, si se las toma por tiempos prolongados y sin control profesional.

Los ISRS no generan dependencia física y, en general, tampoco psicológica. Además no solo son eficaces moduladores de la ansiedad, sino que también son antidepresivos, antiobsesivos y antipánicos, por lo que nos proveen de un muy conveniente y amplio espectro de acción.

Otros medicamentos con los que contamos para tratar la ansiedad son el grupo de los gabaérgicos (que también se utilizan para algunos tipos de dolor), los estabilizadores del ánimo y también algunos de los llamados antipsicóticos atípicos, en dosis muy bajas.

Apéndice 1

Diez claves para un afrontamiento exitoso

1. Confeccione una lista jerárquica de situaciones temidas. Comience a trabajar por la primera (la menos temida). A medida que se pierda el temor de cada una de las situaciones, se irá pasando a la siguiente.
2. Cada situación debe afrontarse de manera repetida, hasta que ya no genere temor. Recién entonces se pasará a la siguiente.
3. Es muy conveniente repetir los afrontamientos con asiduidad (por ejemplo todos los días, varias veces el mismo día o día por medio)
4. Puede trabajarse más de una situación a la vez, siempre que presenten similar dificultad (es decir, que se encuentren en un mismo nivel de la lista jerárquica).
5. Planifique el afrontamiento para el día siguiente.
6. El afrontamiento debe realizarse más allá de cómo nos hayamos levantado ese día. No es de utilidad realizarlos “solo si estoy en un buen día”. Las cosas son justo al revés, la tarea debe poder realizarse, *muy en particular*, cuando mi ánimo o disposición no se encuentran en el mejor estado.
7. Planifique qué recursos va a utilizar cuando se presente la ansiedad. Como vemos, tenemos que ir preparados, a la espera de la ansiedad. Cuando se presente, trabajaremos para controlarla.
8. Es un gran error, que normalmente conduce al fracaso, encarar un afrontamiento con la esperanza de que la ansiedad no se presente. Para que un afrontamiento sea real, la ansiedad *debe* presentarse. En eso consiste la tarea, en *afrontar la ansiedad*.
 - Si no hay ansiedad, no hay afrontamiento.
 - Si no hay afrontamiento, no hay aprendizaje.
9. No abandone el afrontamiento por la mitad. Sentirá que la ansiedad se incrementa. Ponga en juego los recursos aprendidos (respiración, relajación, distracción, autocharla) y permanezca en situación hasta lograr que la ansiedad empiece a caer.
10. El afrontamiento ha terminado. Tómese un rato para relajarse y disfrutar de éxito logrado.

11. Repítalo una y otra vez (¡ahora ya sabe que se puede!) hasta que tal situación le resulte indiferente

Apéndice 2

Cuestionarios de autoevaluación

Los síntomas de la *ansiedad normal*, son leves o moderados, de corta duración o esporádicos, y se presentan como una respuesta lógica a algún evento de la vida cotidiana, para desaparecer cuando este se resuelve. Pero suele ocurrir que estos síntomas se prolonguen en forma desproporcionada, que adquieran una intensidad excesiva, o bien que su presencia sea espontánea y persistente, acercándose así a la frontera entre lo normal y lo patológico.

Es importante entonces evaluar si las molestias que usted sufre revisten una importancia tal que justifique la consulta con el especialista.

Los tests que le presentamos a continuación lo ayudarán a detectar los síntomas de ansiedad de un modo rápido y sencillo, y le brindarán la posibilidad de orientarse hacia uno u otro diagnóstico. Por supuesto, el diagnóstico de certeza solo podrá ser efectuado por un profesional capacitado en esta área de la salud.

Trastorno de pánico

¿Por qué sufro estos ataques de miedo o ansiedad?

¿Serán crisis de pánico?

El siguiente test le servirá para orientarse acerca de la necesidad de solicitar ayuda profesional:

¿Siente ataques súbitos de miedo o desesperación sin motivo, que alcanzan su pico máximo en los primeros 10 o 15 minutos?

(Si su respuesta es afirmativa, lea el siguiente listado y verifique si ha sufrido algunos de los siguientes síntomas durante las crisis):

- Siento dolor en el pecho o que el corazón me late apresuradamente;
- Se me hace difícil respirar o siento sofocación;
- Me siento mareado, inestable;
- Siento que me voy a desmayar;
- Siento como un dolor en el estómago o deseos de vomitar;
- Siento que me atraganto, o como si tuviera un nudo en la garganta;
- Sufro temblores, estremecimientos u hormigueos;
- Transpiro mucho, siento escalofríos;
- Me siento fuera de control;
- Me invade una sensación de irrealidad;
- Tengo mucho miedo de morir o de perder la razón.

Si se identificó con tres o más de estos síntomas, puede que padezca de trastorno de pánico.

Agorafobia

La agorafobia suele estar acompañada de crisis de pánico, aunque estas también pueden estar ausentes. Si se siente incómodo en lugares con mucha gente, o cerrados, o muy abiertos, el siguiente test le servirá para orientarse acerca de la necesidad de solicitar ayuda profesional:

- ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de pánico, o situaciones donde no dispondría de ayuda, o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como el estar en una multitud, el permanecer en una fila, el estar solo lejos de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil?;
- ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, o necesita estar acompañado para enfrentarlas?;
- ¿Todo esto le causa un importante deterioro en su calidad de vida?

Si contestó de modo afirmativo a estas tres preguntas es posible que esté sufriendo de agorafobia.

Fobia específica

¿Es normal tener un intenso temor, hasta el punto de evitar situaciones como inyecciones, sangre, algunos animales, lugares cerrados, tormentas, alturas, y otras situaciones?

El siguiente test le servirá para orientarse acerca de la necesidad de solicitar ayuda profesional:

- ¿Ha estado sintiendo un miedo excesivo a (alguna de las siguientes cosas): a volar, a conducir, a las alturas, a las tormentas, a los animales, a los insectos, o a ver sangre o agujas?

(Si su respuesta es afirmativa, lea el siguiente listado y verifique si ha sufrido algunos de los siguientes síntomas):

- ¿Es este temor excesivo o irracional?
- ¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre mucho si, inexorablemente, las tiene que enfrentar?
- ¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en su funcionamiento social o es la causa de intensa molestia?

Si contestó de modo afirmativo a una o más de estas preguntas puede que padezca de fobia específica.

Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)

¿Es normal que me ponga tan ansioso en las situaciones de interacción social?

El siguiente test le servirá para orientarse acerca de la necesidad de solicitar ayuda profesional:

- Las situaciones sociales en las que siento que podría ser juzgado por los demás, o ser el centro de atención, me provocan una ansiedad o temor exagerado (me cuesta interactuar con personas que no conozco bien, en general soy una persona tímida);
- Hace tiempo que evito participar de reuniones, grupos o eventos sociales, debido a este problema. Cuando me enfrento a una situación de ese tipo, sufro palpitaciones, temblores, me transpiran las manos y a veces me ruborizo. Entonces me pongo aún más ansioso por temor a que lo noten;
- Me resulta muy difícil:
 - trabajar mientras me observan;

- mirar a desconocidos a los ojos;
 - relacionarme con alguien del sexo opuesto;
 - entrar a una reunión cuando ya están todos sentados;
 - comer o beber delante de otros;
 - dirigirme a un superior;
 - hablar en voz alta frente a un grupo (dar una clase, informe, conferencia, etc.);
- Con frecuencia me siento deprimido por estas limitaciones. Mi vida sociolaboral se encuentra seriamente afectada.

Si se identifica con varios de estos síntomas es posible que usted sufra de trastorno de ansiedad social.

Trastorno de ansiedad generalizada

¿Es normal sentir tanta ansiedad?

El siguiente test le servirá para orientarse acerca de la necesidad de solicitar ayuda profesional:

- Me preocupo excesivamente (sin poder controlarlo) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral, el futuro económico, mi salud o la de mis seres queridos, y otras cuestiones, aunque sean menores);
- Este estado de preocupación y ansiedad es constante y me genera dificultades en mis tareas cotidianas;
- Esto me ocurre casi todos los días, durante buena parte de cada día, desde hace varios meses;
- No duermo bien. Me levanto cansado;
- Con mucha frecuencia tengo contracturas musculares;
- Me siento inquieto, impaciente e irritable;
- Me resulta muy difícil concentrarme;
- Estoy siempre agotado.

Si se identifica con tres o más de estos síntomas es posible que usted sufra de trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno obsesivo compulsivo

¿Cómo es posible que no pueda controlar estos pensamientos, dudas y temores absurdos que se me imponen en forma permanente?

El siguiente test le servirá para orientarse acerca de la necesidad de solicitar ayuda profesional.

- ¿Ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, dudas, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas y que le causan ansiedad o malestar significativos?

(Si su respuesta es afirmativa, lea el siguiente listado y verifique si se identifica con algunos de los siguientes enunciados):

- Me obsesiona la posibilidad de ensuciarme o contaminarme (evito tocar determinados objetos, o el roce con desconocidos). Me lavo las manos en forma reiterada, o demoro mucho tiempo en bañarme o lavarme los dientes;
- Temo hacer daño a alguien que pase cerca de mí (aun cuando encuentro absurda esta idea), o proferir insultos o decir algo que no corresponda, de modo impulsivo;
- Verifico una y otra vez que las puertas, llaves de gas, ventanas, etc., estén bien cerradas;
- Debo chequear varias veces lo que escribo, las cuentas que hago en mi trabajo, o repetir las varias veces, para poder quedarme tranquilo de que no hay un error;
- Hay actos que debo hacer, o pensamientos que debo tener en forma repetida, para poder sentirme tranquilo, “para que nada malo ocurra”;
- Me preocupo en exceso por el orden y la pulcritud;
- Pierdo más de una hora por día a causa de estos síntomas, y me dificultan el normal desarrollo de mi vida cotidiana.

Si se identifica con varios de estos síntomas es posible que usted sufra de trastorno obsesivo compulsivo.

Trastorno por estrés postraumático

¿Es posible que mis síntomas actuales se deban a la situación traumática que viví?

El siguiente test le servirá para orientarse acerca de la necesidad de solicitar ayuda profesional:

- ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático incluyendo muerte, amenaza de muerte, daños graves a usted o a alguien más?

Ejemplos de acontecimientos traumáticos: accidentes graves, atraco, violación, atentado terrorista, ser tomado de rehén, secuestro, incendio, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe natural.

- ¿Reaccionó con miedo intenso, sensación de desamparo u horror?

(Si su respuesta es afirmativa, lea el siguiente listado y verifique si se identifica con algunos de los siguientes enunciados):

- Últimamente he revivido el evento de una manera angustiada (ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido recuerdos intensos);
- Me provoca gran nerviosismo estar expuesto a situaciones que me recuerdan lo que ocurrió, por lo que evito cualquier actividad o conversación que esté relacionada con eso;
- No puedo recordar algunas partes del hecho traumático;
- Me siento desinteresado por las cosas en general, distanciado incluso de lo que antes me importaba, o de la gente que quiero;
- Estoy irritable y me sobresalto con facilidad;
- Últimamente he tenido problemas para dormir;
- Estos problemas han interferido en mi trabajo, en mis actividades sociales o me han provocado ansiedad.

Si se identifica con dos o más de estos síntomas es posible que usted sufra de trastorno por estrés postraumático.

Otros títulos

Historias de amores que matan

Cuando la obsesión amorosa conduce al dolor

Patricia Faur

No matan con una bala. No matan con un cuchillo. Matan con la mentira, con la incertidumbre, con la espera desgastada, con el esfuerzo inútil. Quienes lo sufren tienen pedazos de vidas desperdiciadas. Personas con talento, potencia y vitalidad que se consumen en el dolor de un amor imposible o, para decirlo de un modo más ajustado, en el desamor.

En este libro, la autora desarrolla historias que muestran claramente lo que ha planteado desde su teoría y pragmatismo en otros textos, principalmente en su libro iniciático Amores que matan. Estas narraciones son las historias de esos amores destructivos, esos que bien podrían llamarse mal amor, tal como nuestras abuelas describían esas relaciones nocivas y tóxicas. Esas relaciones adictivas que opacan la vida y de las que Patricia Faur es una experta en su tratamiento.

Muchas de las historias, por no decir todas, muestran desde su antesala, la elección desde la necesidad, cuando elegir desde el deseo parece ser la forma más sana y funcional para comenzar a edificar una relación.

Del prólogo del Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio

Los dependientes afectivos buscan el amor fuera de sí mismos, por eso sufren mucho. Están convencidos de que, si aman con exageración, llenarán el propio vacío. Sin embargo, sucede lo contrario. Luego de haber intentado todo, llegan a la consulta psicológica con el último aliento. Allí toman conciencia de que recuperarse de una relación adictiva pasa por aprender a relacionarse de otra manera. Patricia Faur ofrece en este libro claves para entender ese trabajo de recuperación, llegar a ser auténticos y amigarse con la propia vulnerabilidad sabiendo que los miedos no lo definen a uno, ya que uno es más que la suma de todos ellos.

Cómo entrenar tu cerebro

Más rápido, más ágil y más flexible

Cuando hablamos de cerebro, pensamos en la memoria y en la inteligencia, en la atención y en la creatividad. Sin embargo, desde la acción de lavarnos los dientes hasta decidir cambiar un trayecto urbano cuando nos encontramos con una calle cortada salen de la “cocina” cerebral. En ambas están presentes la memoria, la atención, la creatividad y las funciones ejecutivas.

¿Se puede entrenar el cerebro como el cuerpo? Sí, se puede. La Neuroplasticidad es la capacidad de armar nuevas redes neuronales, y se pone en marcha frente a nuevos estímulos sean estos un aprendizaje, el cambio de ambiente o estimulación sensorial (como catar vino, escuchar música desconocida). Así como puede entrenarse, también en este libro se dice cómo darle un descanso. Ya que no podemos “apagar” la cabeza, sí podemos “bajar un cambio”, darle distracción.

Las Neurociencias Cognitivas nos brindan herramientas para potenciar nuestra memoria, el rendimiento laboral, maximizar nuestro tiempo y optimizar la toma de decisiones. Todo esto hace a nuestra calidad de vida. No importa la edad que tengamos: todos tenemos fallas de memoria, problemas de atención, atravesamos periodos con muy baja producción de ideas o padecemos dificultades para decidir.

Aquí, en estas páginas, conocerá cómo funciona cada parte de su cerebro, para qué sirve, en qué interviene y además encontrará una exhaustiva propuesta de ejercicios y actividades para mantenerlo más ágil, más rápido y más flexible.

Índice

Portadilla	2
Créditos	3
Dedicatoria	4
Contenido	5
Agradecimientos	6
Acerca de los autores	7
Palabras preliminares	8
Capítulo 1	10
Entrando en tema	11
Ansiedad: ¿reacción normal o enfermedad?	14
Capítulo 2	22
Capítulo 3	46
Capítulo 4	53
Capítulo 5	59
Capítulo 6	66
Capítulo 7	74
Capítulo 8	79
Capítulo 9	86
Capítulo 10	90
Apéndice 1	95
Apéndice 2	97
Otros títulos	103