



## MATERIAL ESCRITO DE SOPORTE

## ATAQUES DE PANICO – PARTE 1

Los deseos del corazón es un modelo teórico que tiene que ver a las necesidades básicas con las que el ser humano se mueve. El ser humano se mueve con cuatro necesidades básicas, la primera es el afecto, la segunda es la seguridad que es suplida por el afecto, la tercera tiene que ver con la identidad y la cuarta tiene que ver con el propósito. Estas cuatro necesidades que el ser humano busca de forma continua, organizan su vida en todos los aspectos; de acá surgen diferentes tipos de personalidades, diferentes tipos de interrelaciones.

Creo en la **conquista** y en el **gobierno** de las distintas cosas, conquistar es alcanzar una meta y gobernar es mantener esa meta funcional. Si de repente conquiste un nivel de tranquilidad y de homeostasis interna que me permita cierto nivel de paz el gobierno tiene que ver con mantenerme en esa postura; porque uno de los temas que tiene la ansiedad es que las personas quieren conquistar la paz que les quita la ansiedad y una vez que la conquistan la pierden porque vuelven al estilo de vida que tenían anteriormente. Entonces no basta con llegar a la meta, es necesario gobernar lo que se conquistó. Y esto es para aquellos que alguna vez hicieron un tratamiento, espectacular, llegas a la meta y después volvés al estado de vida normal. Ej.: la dieta; una persona dice, necesito hacer una dieta, entonces baja 10 kg o 15 kg, después se olvida todo lo que hizo para adelgazar, todo lo que hizo para poder llegar a ese lugar y rápidamente vuelve a comer como hacía antes, vuelve a perder el sentido de responsabilidad, entonces, no solamente perdió el tiempo, si de alguna manera la meta era alcanzar una buena calidad de vida, la pierde a la meta cuando vuelve al ritmo normal.

Es importante que se pueda comprender la importancia de la educación emocional en todo lo que estamos viviendo. Nuestra mente es una trampa o bien nuestro oasis, nuestro lugar de escapatoria; “cuando empecé a entender que podría ser una trampa, empecé a indagar con todo lo que tenía que ver con la profundidad de los pensamientos y los sistemas de creencias y ahí empecé a descubrir que la mayoría de los conflictos que tenemos los seres humanos comienzan en nuestra cabeza, no comienzan en el entorno, en la pareja, en los hijos, con las crisis, con un corona virus, con un gobierno, comienzan en nuestra cabeza” porque la forma en que valoramos los acontecimientos terminan definiendo nuestro cuadro emocional, nuestra calidad de vida, nuestra manera de relacionarnos con los demás, lo que nosotros creemos.

Para hablar acerca de lo que creemos tenemos que hablar de cómo fue nuestra formación, también, la forma en la que nosotros fuimos educados, la forma en la que nosotros nos enseñaron los valores, todo eso implica e influye, va a terminar contaminando de alguna manera nuestra manera de relacionarnos y nuestra manera de pensar los acontecimientos, pero, que nosotros vengamos de pequeños con una formación mental, con una manera de pensar, no significa que no la podamos cambiar, para nada. Significa que podemos modificar todos esos sistemas de valores.

Cuando se empieza a profundizar en las problemáticas de la vida cotidiana del ser humano, se empieza a descubrir que de alguna manera la ansiedad es una de las puertas de entrada más peligrosas que el ser humano tiene.

## ANSIEDAD

No es otra cosa más que una emoción que responde al intento de control. Una emoción de alerta, de vigilancia que lo que busca es controlar las diferentes variables que se presentan en nuestra vida. Esa vigilancia cuando es aguda, es decir, cuando es momentánea (inmediata, transitoria, momentánea, corta, cuando tiene un periodo de iniciación y fin) es **funcional** a la vida. Todos necesitamos un momento de ansiedad, un momento de enfoque, de concentración, de tensión psíquica que produce la ansiedad.

Pero cuando la ansiedad se cronifica comienza a producir el agotamiento psíquico y comienza a afectar nuestra manera en la que nosotros toleramos la frustración, la adversidad, el caos externo en nuestra estructura psíquica interna.

Las **crisis** se producen cuando lo que opera afuera (*afuera* implica: de mi mente, para fuera y adentro implica: de mi mente para adentro, mis pensamientos y mi cabeza). Toda crisis aparece cuando lo que opera afuera es algo totalmente diferente a lo que opera adentro de mi cabeza. Ej.: para mí todos los seres humanos caminan, eso lo aprendí de cuando era chico, es decir, trabajan por bipedestación, eso es algo común para mí y por ende nunca vi a un ser humano volar así que en mi sistema de creencias ver a algún volar no tiene nada que ver con lo que yo tengo adentro mío. Entonces si yo llego a salir a la calle y llego a ver a una persona que dice “chau, nos vemos” y se va volando me voy a quedar por lo menos 15 minutos sentado diciendo “que fue eso?”, a eso se le llama crisis. Entonces si yo crezco a lo largo de mi vida diciendo “las personas tienen que respetarme”; “las personas tienen que amarme”, “las personas tienen que cuidarme”, “las personas tienen que acompañarme” y el día de mañana alguien no me acompaña, alguien no me ama,

alguien me rechaza, lo que ocurre afuera hace crisis con lo que pasa adentro mío, con los sistemas de valoraciones.

Ahora, que algo me haga crisis interna no es un problema porque estamos preparados para enfrentar adversidades, quiero abrir la puerta, yo pensaba que estaba abierta y la puerta está cerrada, rápidamente mi cabeza busca la solución, voy a buscar la llave, voy a golpear la puerta voy a llamar a un cerrajero, voy a golpear a un amigo que está del otro lado; ¿Cuándo yo estoy en problemas? Cuando lo que hay afuera no coincide con lo que hay en mi sistema de valoraciones, no coincide y yo no tengo la **plasticidad mental** (energía psíquica) de elaborarlo y volverlo una realidad interna

#### Ejemplo del duelo

Una persona que pierde un papa, en esa realidad interna de esa persona hay toda una realidad, pensar en tomar un mate, pienso en mi papa, pensar en salir a la plaza, pienso en mi papa, pensar en salir a pescar, pienso en mi papa; entonces de apoco mi papa forma parte de muchas realidades interna de mi sistema; de repente mi papá se va, entonces yo no quiero pensar en la muerte de mi papa porque me hace daño entonces me cargo de trabajo, me lleno de actividades , pienso en otras cosas; sé que mi papa murió pero no lo pienso, no lo traigo como foco de atención en mi . Entonces lo evito, a eso se le llama la primera parte del duelo que es la negación, no es una negación consciente pero es una negación al fin y al cabo porque estoy evitando tomar contacto con su ausencia, entonces pienso en otras cosas. En algún momento alguien me quiere imponer que tengo que hacer el duelo y yo me enojo, empiezo a enojarme y me enojo con la realidad (segunda etapa del duelo que tiene que ver con el enojo ) hasta que un día voy hasta mi casa (casa paterna) y mi mama está sola y entro a la habitación de mi papa y hago contacto con que mi papa no está, **esa crisis**, esa realidad con la que me enfrento que hasta ahora la enastaba negando choca con mi realidad interna y ahí se produce el quiebre emocional que ante la situación de perdida se manifiesta como tristeza, ante la sensación de injusticia se manifiesta como ira, ante la sensación de que algo malo va a ocurrir se manifiesta como miedo y por el choque de la realidad con lo que hay adentro mío y van a ocurrir dos cosas:

- Si tengo la plasticidad mental de la adaptación, voy a llorar, lo voy a verbalizar, voy a lamentarme, voy a recordarlo; pero ahora ese llanto me va incorporando esa impronta con la ausencia, me va metiendo adentro de mi cabeza una nueva realidad, esa realidad me permite que el día de mañana entre a la habitación y no me encuentre tan desestabilizado

emocionalmente porque ya se está construyendo una nueva realidad con la ausencia de la que estábamos hablando.

- La continuo negando y voy a seguir en esa crisis, voy a seguir en esa sensación de quiebre emocional en relación a la continuidad de la vida.

Cuando hablamos de ataque de pánico, estamos hablando del agotamiento psíquico que traemos a lo largo de la vida por situaciones como esta, cuando la cabeza no tiene ya capacidad de adaptabilidad al medio, a la realidad externa, la cabeza se va agotando, la energía psíquica se va agotando y comienzo a vivir una instancia de agotamiento psíquico que me deja lo biológico a flor de piel

¿Qué significa esto?

El ataque de pánico no significa más que la despolarización de adrenalina sobre el torrente sanguíneo, ahora, esa reacción biológica que tiene el cuerpo es debido a que psíquicamente ya estoy agotado entonces imaginémonos un auto que se le dispara la alarma a cada rato, teóricamente esa alarma debe estar preparada para dispararse cuando se abre la puerta bruscamente pero ¿cuál es el problema? Se dispara la alarma a cada rato entonces algo no está funcionando bien ¿y porque? Porque está desgastado algún sensor o está haciendo mal contacto algún tipo de cable, algo está ocurriendo; bueno, lo mismo pasa en el ataque de pánico.

El AP responde a un agotamiento psíquico y el switch biológico se activa y se dispara de forma espontánea, sin razón, se libera el estado de alerta, de adrenalina, el peligro, la vigilancia; por supuesto que todo esto genera una situación horrible en el cuerpo y produce esa sensación inminente de muerte, de locura, de ridiculización, de personalización o alguna de emociones y por supuesto aparece el gran **temor de que me vuelva a pasar**.

#### ATAQUES DE PANICO Y TRASTORNO DE PANICO

No es lo mismo ataque de pánico (AP) que trastorno de pánico (TP), el AP es un acto esporádico, aislado mientras que el TP es cuando se presentan en un tiempo más prolongado, más de dos o tres crisis semanales y cuando tienen ciertas características que se describirán más adelante.

El TP es una categoría diagnóstica recientemente, no es algo tan antiguo, la descripción fenomenológica surge a partir de observaciones clínicas del psiquiatra norteamericano Donald Klein en el 1964, él comienza a observar estas características y unos años después, en 1972 fue formalmente reconocida como entidad en EEUU, ahí se empezó a decir que es una enfermedad que debería categorizarse dentro de los manuales de salud mental, por otros criterios diagnósticos

interviene el doctor Pinel. Esta fue la razón precursora para que se la incluyera por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría que son los constructores del manual llamado CIE 10.

En 1992 esta OMS la aplica a lo que es el CIE 10 que es otro manual de estadística, esto explica que no es una enfermedad muy antigua, esto es algo que está asociado a la problemática del tiempo de hoy que tiene que ver con la ansiedad. En los últimos cincuenta años los problemas de ansiedad han aumentado tremendamente en el mundo y esto ha llevado a nuevas enfermedades, son las enfermedades modernas y el AP categorizado, estudiado revisado como tal, se está haciendo a partir de ahora y a partir de este tiempo.

Recuerden que el pánico proviene de una palabra: PAN, el dios "pan"; dios griego hijo de Zeus y una ninfa que tenía el aspecto de cabra (cuernos, patas y tenía un rostro horrible pero tenía una gran capacidad para la flauta, para el encantamiento y para el hechizo y enamorado de muchas ninfas del bosque y rechazado por su fealdad y él se escondió en las cuevas y cuando llegaba allí un pastor de ovejas a esconderse en una de esas cuevas por las tormentas del día PAN producía un grito desgarrador y producía un terror tremendo en los que se escondían en la cueva y de allí sale la palabra PANICO, entraban en pánico, porque eran influenciados por este dios "pan"; en otras teorías también formaban parte de los precursores de la guerra porque producían el grito desgarrador de guerra delante del dios "hades" produciendo pánico y de esa manera los debilitaba. O sea que el concepto de PANICO es de muchísimos años y fue estudiado por muchísimos sociólogos, teólogos, sociólogos ni hablar médicos; Pero se lo empieza a estudiar como enfermedad en esta era, como un cuadro físico, estamos hablando de algo muy moderno. No vamos a encontrar algo antiguo en este tema.

Ahora, la aparición temporal y aislada de miedo o de malestar en un lapso de diez a veinte minutos, en los diez a 20 minutos siguientes de la aparición del primer miedo es la intensidad. Todos los que sufren un AP comienzan a sentir la palpitación y la intensidad va de 0 a 20 minutos en un grado de intensidad tremenda-

Los síntomas del AP además del miedo intenso o, obviamente, pánico, han sido ordenados según las estadísticas de aparición:

- Palpitación o taquicardia
- Sudoración
- Temblores o sacudidas

Lo que se está hablando responde a la adrenalina, a un mecanismo de huida o de ataque

- Sensación de ahogo
- Sensación de atragantamiento
- Opresión o malestar torácico
- Nauseas
- Molestias abdominales
- Inestabilidad
- Mareo
- Sensación de desmayo
- Tiene que ver con la realidad cognitiva: desrealización y despersonalización
- Miedo a volverse loco o descontrolarse
- Vergüenza frente a otros (que van a decir lo que estoy sintiendo, esa creencia de malestar frente a los demás es angustiante)
- Miedo a morir, el miedo a la muerte es el tema que más debiera tratarse en el pánico, porque quien pueda gobernar, quien pueda mantener sobre piel el miedo a la muerte, quien pueda verbalizarlo, va a disminuir la intensidad de angustia sobre esta situación. Por eso en este tiempo de pandemia el tema del pánico es el que mas ha salido a la luz.
- Las parestesias, sensación de hormigueo
- Escalofríos
- Sofocaciones

Para que se diagnostique un trastorno de pánico tiene que haber cuatro o más para que sea un AP y definan el diagnóstico o bien TP si se mantiene más de dos semanas.

Si dividimos todos estos síntomas según que vayan afectando vamos a tener:

Síntomas Cardiológicos: palpitaciones y taquicardias, la adrenalina (neurotransmisor fundamental en el ataque de pánico) va a producir el aceleramiento en el ritmo cardíaco

A diferencia de los que muchos piensan, cuando una persona sufre AP se produce la liberación de óxido nítrico que es una hormona que se libera y afecta las coronarias que son las arterias que irrigan el corazón, de esta manera el corazón mantiene la seguridad de mantenerse irrigado aun en el aumento del esfuerzo cardíaco. Por eso una persona que hizo chequeos y se encuentra que cardiológicamente está bien el AP no le va a producir absolutamente nada a nivel cardiológico.

Síntomas Neurovegetativos: Sudoración, escalofríos, sofocaciones.



Síntomas respiratorios: disnea, opresión, malestar torácico que tiene que ver con la funcionalidad cardíaca y esa sensación de falta de aire aunque hay un aumento en la introducción de oxígeno.

Síntomas neurológicos: temblores, que se producen por la tensión muscular que ha su vez esta se produce por el aumento en el consumo de oxígeno lo que produce mayor consumo de glucosa y mayor tiempo en la contracción muscular y esa tensión muscular va a empezar a producir el temblor hasta el agotamiento muscular. Cuando la tensión muscular, producto del estado de alerta (pendiente para atacar) se mantiene mucho tiempo el músculo deja de usar la glucosa por la vía normal porque ya se agotó de tanto tensado que está, se empieza a agotar la glucosa del oxígeno normal y empieza a utilizar la vía anaeróbica y se empieza a producir la liberación del ácido láctico que es doloroso y produce el agarrotamiento del músculo, por eso cuando una persona está ansiosa se le tensionan los músculos de la espalda y cuello y se aparecen los famosos nudos (cúmulos de músculo y ácido láctico impregnándolo) entonces la persona no se puede mover para ningún lado, se produce una isquemia de sangre, el músculo no está recibiendo la mayor cantidad de sangre por la tensión del músculo así que hay que masajear el músculo y ponerle calor para que las arterias se dilaten y permita de nuevo para que empiece a correr la sangre para que se lleve toda la toxina del ácido láctico y empiece a relajar, pero necesita de tiempo, es algo transitorio porque el músculo está sensibilizado y se contrae rápidamente.

Síntomas digestivos: atragantamientos, náuseas, molestias abdominales

Síntomas psiquiátricos y psicológicos: miedo intenso, angustia tremenda, sensación de inutilidad (cuando te da el AP, lo que viene después es esa sensación de frustración y de fracaso, sensación de impotencia, de decir “pucha, no se fue” , “que bronca, todavía está ahí” y te da esa sensación de camino recorrido sin sentido, lo cual es todo falso no? Porque los AP no desaparecen de la noche a la mañana sino que van disminuyendo los periodos de aparición.

Miedo al malestar intenso, miedo a descontrolarse, miedo a volverse loco, miedo a morir en el momento y la despersonalización y la desrealización.

### **Para los que le gusta la parte técnica...**

Los AP se pueden clasificar en completos cuando tiene los 4 síntomas o incompletos, menos de los síntomas descritos anteriormente. A mayor plenitud, la complejidad del TP, mayor dificultad para la realización, no es que no sea importante, sino que tiene que ver con la complejidad, la intensidad con la que se lo está viviendo.

### **Cuatro preguntas claves**



Las cuatro preguntas claves para identificar a un trastorno de pánico son las siguientes:

1 ¿Tuvo usted episodios repentinos de palpitaciones temblores dolor opresión de pecho mareos o falta de aire, que duraron varios minutos, con un pico de intensidad y sin causa aparente?

Estas preguntando si tuvo alguno de los síntomas anteriores sin ningún tipo de causa aparente

2 ¿cuántos fueron?.

Cuantos episodios tuvo, porque te puede decir que tuvo uno hace cuatro meses, fue un AP, estoy teniendo uno todas las mañanas cuando me levanto, cuando está atardeciendo...

3 ¿qué ideas, preocupaciones o temores tiene acerca de los síntomas?.

Cuando usted tiene palpitaciones, en que piensa? Me voy a morir o piensa, estoy agitado, hay una diferencia. Cuando tiene la sensación de ahogo o de falta de aire que esta pensando? Me voy a volver loco o estoy pensando que estoy teniendo un problema para respirar.

La estructura cognitiva va a terminar definiendo mucho mi calidad de vida y como voy a continuar con el ataque, si es un ataque, un trastorno o si es simplemente una alteración neurovegetativa que puede producirse, es decir, estoy lo mas bien y se produce la activación de un latido cardiaco un extrasístole y es algo que puede ser una sintomatología neurovegetativa y es común en el 60% de las personas. Pensar en la **probabilidad** y no pienso en la **posibilidad**, cuando uno piensa en la probabilidad uno camina más tranquilo que al pensar en la posibilidad; si me enfoco en la posibilidad me puedo morir por cruzar la calle, me puedo morir por envenenamiento, por atragantamiento, me puedo morir por todo **porque todo es posible**, pero si pienso en la probabilidad voy a estar más tranquilo porque no es tan probable; los índices de probabilidad de que algo ocurra son bajos, entonces pienso en la probabilidad.

4 ¿Cambio en algo su vida desde que los tuvo a todos estos síntomas, en el sentido de restringir o vivir ciertos desplazamientos?

Por lo general los TP o AP producen cambios en la modalidad de vida, las personas terminan desarrollando una forma de vida complementaria a su angustia. Como el TpO y el AP esta casi siempre acompañado de algo llamado **agorafobia** que es el temor de entrar en contacto con aquello que está afuera de nuestra zona de confort, entonces acomoda la vida al pánico

**¿Cuál es la prevalencia, es decir, la cantidad de personas con AP que tiene nuestra sociedad?**

Es un problema universal, se encuentra en todas las culturas, en todas las raza, en todos los niveles socio económicos, pero sobre todo en el ámbito occidental donde la ansiedad es mucho más intensa que en el ámbito oriental, o por lo menos con las filosofías occidentales que son filosofías empiristas, de trabajo, de auto sostén, de mucha exigencia y esto, obviamente, desarrolla un perfil de mucha ansiedad y por supuesto, esto va a generar mayor índices de AP y de agotamiento psíquico, pero la ansiedad no está solamente relacionado a lo laboral, también está relacionado a la experiencia de vida (una de las experiencias mas traumáticas tiene que ver a las separaciones infantiles, donde el niño vive el abandono real o identificatorio o interpretativo del niño por parte de los padres, todo eso va a producir un agotamiento y un nivel de stress muy alto en la estructura psíquica de la persona por crecer, lo arrastra toda la vida y cuando llega a adulto llega con un agotamiento psíquico importante)

La prevalencia, se estima que 1 de cada 10 personas han tenido crisis de pánico aisladas a los largo de su vida (10%) sin que la misma vuelva a repetirse. Tuvo el ataque de pánico y eso salió.

Otro punto interesante, del 2 al 5% de la población general sufre de TP.

### **¿En qué momento aparece el AP? (edad de inicio)**

Habitualmente comienza en la tercera década de la vida, adultez temprana, entre los 25 y 30 años. No hay que olvidar que es la etapa donde empiezan los periodos de ansiedad más grande porque el joven adolescente abandona todo lo que tiene que ver con el ámbito de protección y tiene que largarse a experimentar distintos riesgos en la vida (el trabajo, el trabajo, la paternidad, maternidad) salió d la zona de confort o donde tienen que empezar a mostrar resultados lo cual produce cierto nivel de angustia.

3 de 4 afectados son mujeres, aparte, entre el inicio de la enfermedad y llegar al diagnostico adecuado puede transcurrir varios años y eso muchas veces termina produciendo un daño muy importante porque cuando la persona comienza a vivir la experiencia del temor y el AP luego se activa el miedo al miedo y eso lo cronifica (o quiere que me vuelva a dar lo que me dio), cuando la persona no sabe lo que esta viviendo, tuvo 2 o 3 episodios, ningún médico lo diagnostico, no hizo ningún tipo de terapia , vuelve a vivir la experiencia una y otra vez, cuando comienza el tratamiento ya se siente muy impotente, inútil, fracasado, cree que no va a salir fácilmente de la situación y este miedo al miedo termina arrinconándolo. Entonces es my importante el diagnostico precoz de esto para poder resolverlo rápidamente.

La causa por la que los AP afectan a las mujeres más que a los varones no están del todo determinadas pero se lo asocia con el impacto hormonal. Las mujeres manejan dos ciclos hormonales los estrogénico y lo progesteronemico. El estrógeno es una hormona normal de la vida cotidiana de la mujer que va a producir cierto nivel de exaltación, de bienestar de funcionalidad, mientras que la progesterona la prepara para la maternidad, para la liberación de prolactina y todo esto va a producir inestabilidades y alteraciones en el humor lo que va a generar ciertos niveles de inestabilidad en la forma de valorar, de interpretar los acontecimientos.

La incapacidad que produce es bastante seria no tanto a nivel orgánico porque por más que tenga sintomatología fisiológica el TP o el AP no produce daño orgánico, produce un muy serio daño a nivel psicológico, la persona vive una decadencia de su capacidad cognitiva y valorativa de los acontecimientos, se transforman en discapacitados psíquicos restringidos por un poderoso muro invisible que va a cerrar cada vez más el ámbito de las posibilidades de una vida autónoma, este es el más grande de los conflictos del AP.

Los estudios clínicos han demostrado (Dr. Cia Alfredo – Libro: Ansiedad y los trastornos) que el TP está asociado a la disminución de la calidad de vida obviamente, proporcional a la severidad de los síntomas, disfunción en el empleo, a nivel de la familia, de la paternidad, **hay una pérdida en el rol** como marido, como empleado, jefe, empresario. Se va perdiendo porque se va limitando toda esta zona, el ámbito, reduciéndose a la zona de confort. Hay un incremento importante de los servicios de salud, antes de ser diagnosticado correctamente, desarrollando estudios complementarios y cosas por el estilo.

¿Qué complicaciones hay?

Las crisis de pánico, aunque sean repetidas, no producen daños físicos sino el daño y la incapacitación psicológica. Entonces las complicaciones son conductuales o relacionales, la persona si solamente tiene que dedicarse a vivir y sostenerse por sí misma puede hacerlo, no es un problema, pero cuando se trata de activar su vida en el ámbito interrelacional y social ahí es donde aparece todo tipo de complicaciones; por eso es importante, a la persona que ha sufrido AP, indagar el número de crisis que ha tenido, la frecuencia, desde cuando la sufre; cuanto más tiempo hace que la sufre más difícil se pone el cambio de estructura. No hay que olvidarse que esto se resuelve de dos formas: tanto biológicamente como cognitivamente la cual es la que lo sostiene, la estructura cognitiva es la que terminan resolviendo todo el conflicto, pero si esto es un problema biológico por el switcheo del estado de alarma lo que vamos a necesitar también es

reducir al máximo esa hiperreactividad que tiene el organismo para reaccionar como si lo estuviera persiguiendo un león, entonces tenemos que preparar para esto.

El grado de evitación agorafobia, la agorafobia es una complicación bastante seria, el acomodar la vida a la sintomatología y empezar a evitarla y obviamente, comienzan a aparecer mayores niveles de contaminación cognitiva, empieza a haber todo lo que es la distorsión cognitiva.

En cuanto a la comorbilidad, ¿Qué es la comorbilidad? ¿Cuáles son las enfermedades que se pueden asociar con el TP? Es muy común que se observe que en el 75% de los casos, con otras enfermedades mentales, hablamos de que la depresión mayor acompaña al TP en un 33%, la agorafobia en 85-90% (algunos psiquiatras no creen que exista el AP sin agorafobia), la fobia social en un 28%, trastorno excesivo compulsivo, estado bastante avanzado de la ansiedad 15% y los trastorno de personalidad en un 40% de las situaciones.

Los antecedentes, se ha comprobado que muchos adultos que padecen esta afección ha sufrido a lo largo de su desarrollo evolutivo, sobre todo en la infancia, diferentes manifestaciones de ansiedad, esto ha hecho, por ejemplo, que un trastorno de ansiedad de separación que consiste en desprenderse o haberse separado de las figuras queridas aparezcan en un 30-40% de las personas con agorafobia, aparece ese estado de angustia por la posibilidad de la separación, la mayoría de los adultos jóvenes con los TP refieren que han padecido en algún momento de su vida una crisis de ansiedad por separación que los ha traumatizado. Estamos hablando de la predisposición, o sea, no todos los que tuvieron crisis de ansiedad tendrán un AP; estamos hablando que los que han sufrido AP en su historial de vida, muchos, tienen esta historia, que **sufrieron una crisis de ansiedad por separación** (o los dejaron en incubadora, o los abandonaron, o sufrieron algún riesgo de muerte, o tuvieron que pasar un tiempo separado de papa o mama) no importa si son causas justificadas de rechazo o causas interpretadas de rechazo. Es decir, un niño que lo dejan en una incubadora para mejorar en su calidad de vida, no interpreta si lo dejaron por abandono, su cabeza es muy inocente, como toda la estructura psíquica de todos, lo interpreta como se presenta, es bien liso y llano para la interpretación psíquica, entonces eso se vive por una crisis de ansiedad por separación y eso genera un circuito psíquico, una memoria emotiva, una huella psíquica que activa la situación con la emoción. Esa situación, el que sufre AP intenta evitarla toda la vida (no me abandones, no me dejes)

## ATAQUES DE PANICO – PARTE 2

### ESQUEMA TRIPARTITO DE LANG Y RACHMAN

Tiene que ver con el circuito que tiene en AP. En los diferentes TA se va a poner en juego un proceso bien complejo donde van a interactuar 3 instancias, la fisiológica (responde al organismo), la cognitiva (tiene que ver con la forma de procesamiento de valoraciones, creencias, manejos de interpretaciones de la realidad), y la conductual (forma en la que nosotros vivimos, nuestras reacciones, nuestras conductas)

Estas tres cosas van a estar continuamente en interacción en el momento de el AP o del TP, en el modelo que propone tanto Lang como Rachman estos 3 sistemas van a interactuar de forma disfuncional, entonces van a terminar retroalimentándose para fortalecer el temor al temor y obviamente para terminar produciendo una conducta evitativa de la sociedad y una conducta de aislamiento.

El gran problema del miedo no es la emoción sino lo que te limita, lo incapacitante que es el miedo, produce limitaciones extremas; hablando de cuando uno responde al miedo como miedo, no cuando uno tiene miedo y confronta su temor, se habla de cuando el miedo te inhabilita. Cualquier emoción perturbadora va a terminar produciendo emociones perturbadoras y conductas perturbadoras y conductas disfuncionales sobre todo. Pero el tema del miedo es probablemente la más grande de las actividades que producen limitación.

En este es que va a aparecer un estímulo inicial, cuando hablamos del esquema de Lang, que puede ser externo o interno, así empieza el pánico, genera un impacto subjetivo, pensamientos negativos de temor, ejemplo: empiezo a sentir el latido del corazón, la persona que ya tuvo pánico dice, me va a dar un pánico, en el momento en que piensa que le va a dar un pánico tienen miedo al miedo por lo tanto comienza un proceso de intentar evitar el temor al temor o intentar evitar la situación de pánico.

Otro acontecimiento puede ser un **estado intenso**, como un susto, donde la adrenalina se despolarice con una causa; voy caminado y alguien me asusta y se me produce la despolarización de adrenalina y esa situación me activa la cascada de pánico. ¿Qué es lo que ocurre ahí? Aparece la reacción fisiológica, la liberación de adrenalina, automáticamente tengo la sensación de miedo, se activa la situación de cognición (esto es horrible! esto es tremendo! me va a dar un pánico! Me voy a morir! Algo me va a pasar!) Inmediatamente se produce el miedo al miedo y aparece la conducta

de evitación, si estoy en la ciudad me tomo un taxi y me voy a mi casa, si estoy con los amigos me voy a un baño, me alejo, no salgo, me introvierto, me quedo quieto; obviamente a todo esto, el pánico ya empezó a funcionar y ya estoy con hiperventilación, con taquicardia, palpitaciones, sudoración, sensación de la boca seca, todos los efectos de la adrenalina.

Esta es la famosa cascada de Lang o la triada, esto se va reforzando porque, por ejemplo, te dan un susto o una noticia que a vos te acelere el corazón, se te activa la cascada del pánico entonces empiezas a pensar que te va a dar un pánico, que vas a tener miedo, te querés ir a tu casa, querés salir de la reunión y a su vez se fortalece la idea de que te van a ver como loco, de que sés incompetente, de que no servís para nada, cae tu capacidad de autoestima, tu capacidad de autoconfianza, lo que te aumenta la angustia, te aumenta la ansiedad, que te predispone para un nuevo AP muchos más fácilmente porque están mucho más agotadas las reservas funcionales psíquicas. Entonces se va reforzando, cada AP es un refuerzo positivo a que se vuelva a generar y se vuelva a producir.

## **ESPECTRO PÁNICO AGORAFOBICO**

En 1998 aparece el concepto de **Espectro Pánico Agorafóbico** (EPA) acá los autores comienzan a firmar estas entidades y comienzan a hablar del EPA, donde incluyen otros tipos de espectros como:

- Espectro ansioso depresivo
- Espectro impulsivo (Relacionado al TOC)

Todo este tipo de afecciones comienzan a ser colocadas adentro del EPA y aparecen síntomas en este espectro, síntomas típicos y atípicos de pánico.

Síntomas típicos; ya los mencionamos (palpitación, sudoración, taquicardia, sensación de ahogo, sensación de atragantamiento, sensación de desrealización, de que me voy a volver loco) todo lo que venimos hablando

Síntomas Atípicos; son mas atípicos que los veremos más adelante

Ahora, dentro de este EPA comienzan a aparecer diferentes tipos de descripciones, es decir, se pueden empezar a describir caracterización de este EPA, es decir, como funciona, como se va desarrollando.

Hablamos de:

- La expectativa ansiosa

- La sensibilidad de reaseguro
- Sensibilidad de separación
- Sensibilidad a las sustancias
- Sensibilidad del estrés
- Manifestaciones fóbicas evitativas
- Conductas de búsqueda y ayuda

Todo esto forma parte del EPA

Entonces, ¿Qué son los síntomas típicos y atípicos?

Síntomas atípicos: son de corta o larga duración, todo depende de cómo se presenten, aparece:

- La desorientación
- La sensación de atontamiento
- La sensación de estar confundido
- La pérdida del equilibrio (como si se caminara entre espuma o con las piernas flojas)
- La visión borrosa
- Hipersensibilidad, perturbación por el calor
- La sensación de aire viciado, húmedo
- Luces brillantes
- Hay mucho más percepción a los olores, se perciben mucho mas intensos, desagradables.
- Perturbación por la oscuridad
- Sensación de cómo si el cerebro se hubiera quebrado, o que en el cuerpo algo se hubiera quebrado.

Todo lo que antes no se había mencionado empieza a aparecer ahora, que aparecen en el EPA

Otros síntomas:

La expectativa ansiosa, acá aparece el concepto del ciclo “miedo al miedo” (MAM), y este es uno de los ítems quizás más importante para empezar a entender. Primero aparece como una ansiedad anticipatoria, literalmente, miedo a que vuelva a aparecer el pánico, hay una hiperalerta de inseguridad persistente.

Ahora, es importante que comprendamos que el ciclo de MAM o esta ansiedad anticipatoria **es lo que sostiene la enfermedad**. Si la enfermedad se sostiene a lo largo de los años es porque uno MAM, miedo al pánico, miedo de que me vuelva a dar un ataque, miedo a sentir esa sensación y



ahí es donde la mayoría de los terapeutas apuntan a cortar ese ciclo. Estos pensamientos son claves para la activación de respuestas.

La crisis de pánico se desencadena inicialmente por una causa externa, un cansancio que me llevo a una taquicardia, un susto, una liberación de adrenalina producto de cualquier respuesta biológica, pero aparece automáticamente MAM y ahí se desencadena toda la cascada panica con hiperventilación y todo lo que ya sabemos, entonces este punto lo tenemos que trabajar mucho.

### **¿Por qué las personas le tienen MAM?**

Básicamente el MAM se sostiene en el miedo a la muerte que es uno de los mayores temores que la sociedad tiene y vivir con temor a la muerte, no se está diciendo “desarrollar una vida ordenada que prevenga morirnos fácilmente” porque eso no se puede ver disfuncional, es obvio que si voy a cruzar la calle voy a mirar para un lado y para el otro para ver si un auto viene porque no quiero morirme fácilmente, el problema es cuando yo hago todo lo necesario para que la muerte no llegue nunca y busco la forma en que la muerte no va a llegar nunca. Obviamente eso no es posible, no hay manera de retener eso y ese es el punto que hace que la persona que se va aislando y se va cerrando en su zona de confort tiene un objetivo, evitar que la muerte llegue a su vida. Esa persona deja de vivir para concentrarse en no morir; y eso es importantísimo, no muere pero no vive, y está en ese estado intermedio, pasa ser un zombi de la vida. Obviamente la persona lo sabe, lo interpreta, lo entiende, no es que esto le agrada, no es que dice “vivo porque quiero así” sino que la persona vive con culpa, con angustia, con sensación de pérdida de tiempo; se está hablando la descripción, no se está poniendo en este sentido la intencionalidad de vivir, a propósito, de esta forma.

La sensibilidad de reaseguro, el paciente depende de terceros tanto de sus allegados como de los profesionales para superar la inseguridad, hay una perdida en la autonomía, es decir que cuanto más lo reasegura mas depende, aparece ese círculo. Suelen también utilizar mecanismos u objetos protectores como una botella de agua, un paraguas, un perro, una mascota; son los elementos que se definen como contra fóbicos, bueno, en este caso, contra pánicos; elementos que te permiten funcionar de alguna manera.

Muchísimos pacientes llevan sus pastillitas de clonazepam, la tienen hace 5 años por las dudas que le dé el pánico, pero ahí la tienen; están asegurados con su pastillita de clonazepam en su billetera. Obviamente que esto no manifiesta una sanidad de la situación sino que se mantiene en

la zona de reaseguro, una sensibilidad de reaseguro, busca quien lo acompañe, quien lo cuide, quien lo sostenga.

La sensibilidad a la separación, este perfil de personas manifiestan esta sensibilidad a la ansiedad por separación, aparece distress, ejemplo: si se tiene que ir a dormir solo lejos de su casa, genera respuestas dramáticas ante las pérdidas o bien frente a la posibilidad de tener una pérdida y esto termina siendo bastante caótico en su vida porque por el temor a la separación soportan relaciones tóxicas, soportan relaciones que no son saludables para ellos pero por miedo a separarse terminan volviéndose dependiente aun de las relaciones tóxicas como un hombre violento, como una mujer violenta, como un matrimonio agresivo, psicopático ¿Por qué? Porque a vivido traumas a lo largo de su vida que le rememoran esa ansiedad por separación. Temor desmedido a separarse de la pareja, de los padres, así sea por unas horas! Esto produce esa sensación de ahogo, de sofocación, de mareo, etc.

La sensibilidad a ciertas sustancias, presentan muy bajo umbral o hipersensibilidad a dosis pequeñas de fármacos estimulantes, ejemplo, la cafeína o drogas como la cocaína o la marihuana (no es un estimulante pero se la categoriza que produce cierto nivel de sensibilización), anfetaminas. Son personas con baja tolerancia o que se saturan rápidamente con estas drogas entonces toman un poquito de café y rápidamente pueden llegar a tener una despolarización de adrenalina. De hecho, está contraindicado el café para personas que sufren de pánico. Todo lo que sea un elemento estresor y que faculte la reacción adrenérgica se va a intentar disminuirla al máximo.

Un tema característico del EPA es la sensibilidad al estrés, se explicaba al principio acerca del agotamiento psíquico que cuando una persona arrastra a lo largo de su vida una incapacidad para tolerar el externo, no lo incorpora rápidamente, se produce ese desgaste psicológico, desgaste de la reserva funcional psíquica.

### **¿Qué es la reserva funcional psíquica?**

La RF es la energía que tiene un órgano para funcionar conforme se lo necesita, el aparato psíquico tiene una reserva de energía, esa RF a lo largo de la vida, si no se resuelven los conflictos primarios terminamos entrando en la etapa adulta con cierto nivel de agotamiento psíquico, entonces la persona está con incapacidad de tolerar las adversidades y los desgastes psíquicos.

Ver página 106 libro: “vivir tranquilo” Dr. Sebastian Palermo.

Imaginemos que existan las unidades de reservas psíquicas (URP) como “bolitas” adentro de la cabeza. Tenemos 100 bolitas en la cabeza y con estas uno trata de vivir. A lo largo del día gasto 20 URP entre que tomo el colectivo, el taxi, que vuelvo a casa, entre que charlo con mis hijos, discuto, etc. el promedio de la vida cotidiana me genera un agotamiento de unas 20 URP pero cuando me acuesto a dormir recupero las 20 URP y un poquito más.

Un día, no tengo un día normal sino que ocurrió que me abandonó alguien, tuve un problema en el trabajo, tuve una pérdida de algo importante, tuve una situación que normalmente no tengo, ese día no gaste 20 URP, gaste 30 o 40; cuando me acuesto a dormir recupero las 20 y un poquito más (aquello que el cuerpo está preparado para recuperar) pero no todo, entonces necesito varios días para recuperarme de un trauma, o varias semanas o meses dependiendo de su intensidad. Pero cuando aparecen traumas seguidos, uno atrás del otro, un mes muere mi papá, al otro mes me tengo que cambiar de casa al otro mes me echan de la facultad y al otro mi novia me deja, ese nivel de trauma produce tal agotamiento psíquico que me deja con reservas mínimas, me deja lo que me puede devolver el sueño; entonces me levanto al otro día con URP agotadas, al 20%! Entonces cualquier detalle de la vida cotidiana me agota.

Bien, estas personas con tendencia y la facultad al AP viven así, viven con RF al mínimo, entonces son personas que tiene sensibilidad al estrés. No toleran la presión, las adversidades, no toleran nada; de hecho, ellos se acomodan la vida para intentar evitar las malas noticias ¿Por qué? Porque saben que una mala noticia les despolariza el pánico, la angustia. Entonces se organizan de manera que se vuelven “evitadores”, eso es algo común. Son personas que desarrollan una introspección excesiva y se vuelven ciertamente egoístas porque cualquier tipo de relacionamiento externo hace que descuiden su status interno, su trato interno psíquico y obviamente, se vuelven personas introvertidas, no toleran absolutamente nada de lo exterior.

Continuando hablando del EPA, aparecen manifestaciones fóbicas y evitativas, se pueden presentar situaciones de claustrofobias (temor al encierro) y aparece también la famosa hipocondriasis que es el temor a la enfermedad. Normalmente la persona con pánico suelen ser personas que están todo el tiempo buscando seguridad medica (me duele el pecho, me duele la rodilla, me duele la cabeza, tuve una puntada, etc), es muy común.

Por último aparece la conducta de búsqueda de ayuda, son personas que continuamente están buscando ayuda. Son muy demandantes de las relaciones sobretodos de aquellos que se volvieron dependientes o co dependientes de ellos.

## PERSONALIDAD QUE SOSTIENE UN TP O AP

Continuamos hablando del EPA y para que una persona sostenga a lo largo del tiempo un TP o AP se necesita cierto **perfil**, no es que en el 100% va a ocurrir pero es normal.

Son personas con:

- tendencia a una excesiva necesidad de aprobación, rasgo que se desprende de la necesidad del reaseguro, obviamente esto genera un sentimiento de auto rechazo cuando percibe esa sensación de separación; recordemos que tienen una sensación de separación muy temprana entonces cualquier historia de vida que hable de separarme va a hablar, de alguna manera, de: me están abandonando, no me quieren a mí, no me aman, no me desean, etc. y esto fortalece la teoría de “los deseos del corazón”, la necesidad del afecto, la necesidad del amor.

Entonces, estas personas organizan su vida en tratar de agradar a los demás y esto termina haciendo que ellos acepten mucho daño, mucha situación de riesgo incluso situaciones de bloqueo de su propia vida por relacionarse con personas que terminan bloqueándolos.

- Hipersensibilidad a las críticas, les dificulta mucho la posibilidad de recibir críticas, son personas que sufren mucho la opinión, hacen la famosa abstracción selectiva que es una distorsión cognitiva donde la persona toma la opinión de una o dos que piensan lo malo y que para ellos termina volviéndose catastrófico por más que veinte personas le estén diciendo que hizo las cosas bien, se termina bloqueando, se desmoronan, se caen.

Es como las novelas, ejemplo, que esta la protagonista que tiene una enemiga y se hizo amiga de la enemiga de ella (que no sabe que es su enemiga) y le viene a decir que Juan Antonio de las Rosas no la ama como la debería haber amado y ella cree a su enemiga!.

La vida cotidiana es igual, tenemos personas que no conocemos, que nos cae mal, y te dice que no le gusto y uno dice – hay, no le gusto!. ... que te importa si no le gusto!

- Pensamiento rígido, bien dicotómico, como son personas bien tensas dicen – o es blanco o es negro! ; o es todo o es nada; o es siempre o es nunca- ; entonces con este modelo de

pensamiento terminan desarrollando un estilo de vida que se llama demandante, levantan las demandas.

El problema de tener pensamientos demandantes, una estructura psíquica demandante es que continuamente vamos a chocar con la realidad porque nuestras demandas no van a ser satisfechas por el medio entorno. - el presidente tiene que escuchar a todos los argentinos! - no te va a escuchar; - la injusticia social no debería existir! - va a seguir existiendo. O sea, cada situación de demanda que vos tenga se va a encontrar contrapuesta con la realidad; ¿Qué vas a hacer?

**Convierto mi demanda en preferencia**, no puedo vivir con demanda ¿Qué es demanda? - las cosas tienen que ser! ; son personas que se manejan mucho con él **debería** o tendría. No es lo mismo decir “deben amarme” que “deseo que me amen” o “sería bueno que me amen”. El “deben amarme” habla de una ley y si vos no acatas mi ley te vas a tener a las consecuencias de la ruptura de una ley pero el “deberían” es diferente.

- Elevado nivel de auto exigencia, muchas veces muy competentes, o por lo menos eran muy competentes hasta que el pánico los empezó a abrazar y empezaron a realizar reclusión. ¿por qué se vuelven autoexigente? Obviamente, porque necesitan aprobación, continuamente siendo aprobados por los demás y se vuelven exigentes con los demás.
- Elevado nivel de imaginación, y elevado nivel de visualización

Para que una persona le tenga MAM y le tenga miedo a la muerte es porque se imagina muy detalladamente los procesos de muerte, entonces son personas creativas, les funciona muy bien el espectro visionario, de imaginación pero lamentablemente lo usa para enfocarse en lo negativo, entonces tienen gran capacidad de imaginarse las cosas malas.

- Hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos, suprimen mucho los propios sentimientos. ¿Cómo es la dinámica? Suelen ser rotulados como fuertes por sus amigos y parientes y como necesitan dominar todas las circunstancias o los cambios inesperados deben suprimir los sentimientos pues perciben que al demostrarlos podría causar una pérdida de control o exponerlos a sufrir la desaprobación de los demás. Entonces hay en ellos una tendencia de ignorar las propias necesidades físicas, signos del cuerpo que indican que están cansados y si necesitan reposo; de hecho, solamente notan la fatiga cuando ya están exhaustos, no se dan cuenta que están cansados, no tienen una percepción del agotamiento típico que tienen la mayoría de las personas porque tienen una tendencia a la negación continua de los estados emocionales

Va acompañada de la necesidad de aprobación y de afecto.

## BASE BIOLOGICA DEL TP

Ya se describió como funciona a modo general el AP o TP. Podríamos meternos en las bases biológicas del TP para los que le interesan,

Básicamente lo que se puede decir en relación a esto es que se produce una respuesta tipo alarma de estrés y de pánico en todo el organismo y reacciona por la liberación de adrenalina en la glándula suprarrenal que entra en el torrente circulatorio y la adrenalina produce el aumento de toda la actividad simpática (sistema nervioso) y que produce la estimulación cardiaca, la estimulación al nivel del aumento del latido cardiaco produciendo la irrigación en los músculos, produciendo el aumento en el consumo de glucosa, aumentando también la taquipnea produciendo un aumento en la respiración; todos los síntomas, básicamente, van a ser producidos por el impacto de la adrenalina que es una hormona o neurotransmisor (dependiendo donde funcione, si es en el cerebro: neurotransmisor, si funciona en el cuerpo: una hormona), es una hormona que va a permitir la huida o el ataque, está preparado para eso.

Volviendo al principio ¿cómo se produce el AP? Cuando esa liberación de adrenalina está fallada, se supone que yo voy a liberar adrenalina en una **real causa** que esta afectándome pero cuando de alguna manera esa adrenalina se libera **sin causa aparente** comienza a aparecer una falla en el switcheo, es decir, hay un error en el momento en el que se tiene que disparar el alarma de alerta; entonces se dispara cuando voy a salir de mi cama, se dispara a la media tarde, a la noche. Algunos asocian que a esto se le llama **emoción condicionada** ¿Qué significa? Si durante un tiempo, la noche, era un momento de mucha angustia para mí (porque a la noche mi papa se iba, porque a la noche me dejaban, porque me lastimaban, etc.) es muy probable que llegando la noche yo dispare un estado de alarma puede que haya emociones condicionadas, puede que no.

Ahora ¿Dónde empezar a trabajar el TP? ¿Dónde empezar a resolverlo al AP propiamente dicho?

Necesitan bajarse los niveles de agotamiento psíquicos, necesitamos empezar a recuperar reservas psíquicas, aumentar la tolerancia que tiene ese pequeño interrupción que se clickea ante el alarma, ante el estrés, es decir, tiene que ser un estímulo que genere más fuerza, necesitamos aumentar la resistencia de nuestro cuerpo a la posibilidad de una alarma y por sobre todo necesitamos cambiar, reconfigurar todos los circuitos que me generen emociones condicionadas ¿Cómo se hace?

Como nosotros no vamos a poder identificar uno por uno los circuitos que generan estado de alarma, lo que tenemos que hacer es desarrollar un trabajo en todas las áreas de nuestro sistema



fisiológico, cognitivos - psicológicos y conductual ¿Por qué? Esto es como los antibióticos, es decir, cuando un medico sospecha que hay una infección dice:

- Si la infección es anaeróbica: le doy cierto antibiótico anaeróbico
- Si la infección es aeróbica: le doy ciertos antibióticos aeróbicos
- Si la infección es en piel: le doy cierto antibiótico para la piel
- Si la infección es intraorganica: le doy ciertos antibióticos sistémicos

Pero yo no se cual es la bacteria o el virus que está atacando, por eso tengo que hacer una placa, tengo que pedir un laboratorio especifico.

Y acá pasa algo muy similar, yo podría hacer una larga sesión de psicoanálisis y pasar 10 años de psicoanálisis indagando cuales son los elementos que fallan, viendo cuales son aquellos puntos que están fallando, lo cual es muy efectivo pero me va a llevar muchos años de angustia y en esos años de angustia que no estoy resolviendo el pánico voy a reforzar el circulo del MAM. Puedo resolver el conflicto de la ansiedad por separación de mi infancia pero ahora ya no me importa la ansiedad por separación de mi infancia, ahora le tengo MAM porque todos los días a las siete de la tarde despolarizo adrenalina y me produce un pánico tremendo, entonces ahora le tengo miedo al día, tengo miedo a que lleguen las seis de la tarde porque a las siete me da un pánico, o sea, me da un AP donde el corazón se me paraliza, donde la boca se me seca, me atraganto, me tengo que quedar encerrado porque entra la desrealizacion, donde la persona cree que se está volviendo loca. Entonces, la persona, llega un momento donde los traumas ya no le preocupan, le está preocupando la crisis! ¿Qué hago? Necesito ir acomodando estas tres instancias:

- La fisiológica
- La cognitiva - psicológica
- La comportamental o conductual

## ATAQUES DE PANICO - PARTE 3

Lo más importante que necesitamos tomar en cuenta en el abordaje, en el tratamiento, en la recuperación de un problema de ataque de pánico (AP) tiene que ver con la disminución del agotamiento psíquico, **esta es la clave**. Disminución del agotamiento psíquico o aumento de las reservas funcionales psíquicas (RFP), este va a ser nuestro gran capítulo. Por eso la propuesta terapéutica es a tres niveles, no solamente tiene que ver con la cognición sino que también tiene que ver con lo conductual y lo fisiológico.

### PRIMERA PROPUESTA TERAPÉUTICA: COGNICIÓN

Como las emociones se producen por nuestra forma de valorar, la primer propuesta terapéutica que tiene que ver con lo cognitivo, tiene que ver con la educación emocional.

Considero la educación emocional como la base de todas las terapias que nosotros podemos hacer a nivel psicológico ¿Por qué? Porque el **aprendizaje es lo que termina incorporando** en nosotros valores de creencias, valores de pensamientos, valores frente a los acontecimientos y modelos de pensamientos. Por lo tanto, si soy profesional, la psico-educación me es una herramienta indispensable; si soy un paciente afectado, la educación o el aprendizaje me es una herramienta indispensable; entonces la educación emocional termina siendo una de las principales formas en la que voy a comenzar a reducir mi forma de relacionarme, o sea, el agotamiento psíquico lo empiezo a reducir y comienzo a aumentar las RFP.

### ¿QUÉ COSAS TENER QUE APRENDER DE LA EDUCACIÓN EMOCIONAL (EE)?

En la EE tenemos tres reglas básicas:

1. Las emociones no se producen por lo que pasa afuera sino por mi forma de valorar los acontecimientos.
2. Si lo que yo valoro, lo que yo pienso del acontecimiento genera mi emoción, al cambiar mi valoración cambia también mi emoción.
3. Todo cambio requiere de esfuerzo y constancia.

En la EE vamos a aprender distintos niveles de recursos.

### ¿Qué es un recurso psíquico?

Es una facultad mental que tenemos para poder enfrentar adversidades de la vida cotidiana. Ej.: el aprendizaje, la paciencia, el respeto, el hablar, el interpretar, etc. Un recurso psíquico fundamental por excelencia que necesitamos es **tolerancia a la frustración**, quien no la tiene no puede hacer absolutamente nada. *Tengo miedo, quedo paralizado, no salgo, no hago; el miedo al dolor, el miedo a sufrir, el miedo a la angustia.*

Entonces, aprender EE tiene como objetivo aprender a adaptarnos al medio, recuerden como se empezó hablando, se empezó diciendo *–si mi mente no incorpora la realidad externa, yo voy a hacer una crisis.*, esa crisis genera frustración, si yo no tolero esa frustración nunca voy a poder incorporar la realidad externa. Entonces dentro del espectro cognitivo propongo aprender la importancia del cuidado y el buen manejo de los sistemas de valoraciones.

### ¿Qué es la valoración?

Es la manera en la que yo codifico los acontecimientos y la información, entonces ¿como los codifico?, los codifico en:

- Agradables y desagradables
- Importantes y no importantes
- Bueno o malo

En estos tres códigos se tiene una gran apertura y una gran complejidad para valorar los acontecimientos. Entonces de repente me dicen: *–Che, robaron una lapicera* –robaron, ¿es algo bueno o es algo malo?, ¿es importante o no es importante? La lapicera era la que tu abuelo te heredó a vos *–ah! Era muy importante!*–entonces ahí ¿Qué tan desagradable es?, muy desagradable!, ¿qué tan importante?, era el único recuerdo que tenía de mi abuelo. Y así se va codificando. Para otro que, que se hayan robado la lapicera no era importante, no tenía nada que ver que con él, de hecho, no le iba ni le venía.

La valoración es muy personal y se construye con el tiempo, es un recurso que se construye, por esa valoración también parecen los gustos

– ¿Por qué te gusta el azul?

*–que se yo porque me gusta el azul!*

Tiene una asociación con historias:

*– ¿Por qué te gusta la milanesa con papas fritas?*

*(Bueno, eso tiene una realidad, a todos nos gusta como el dulce de leche)*

Pero los gustos están asociados a historia, sobre todo lo que tiene que ver con la visual o lo auditivo. Entonces, aprender la importancia y el cuidado del manejo de sistemas de valoraciones es importante en la reeducación emocional de una persona con TP. ¿Qué hacer?, se necesita un reaprendizaje, una reeducación de la forma de valoraciones para los acontecimientos.

Ver libro: Vivir tranquilo

Se necesita confrontar esta triada que sostiene a la ansiedad, recuerden que la ansiedad también es una emoción y la sostiene un sistema de valoraciones, “las emociones no se producen por los acontecimientos, **sino por mi forma de valorar** los acontecimientos”.

- Si me siento con **ira**, la forma de valorar el acontecimiento es porque creo que hay algo que es **injusto**.
- Si me siento con **tristeza**, la forma de valorar el acontecimiento es porque creo que he **perdido** algo grave y que el futuro es malo por esa pérdida.

La ansiedad es una emoción que responde a un estado de alerta, a una necesidad de control y tiene una base de creencia, tiene una forma de pensar. La persona ansiosa tiene una forma de pensar, lo que piensa el ansioso (lo que potencia la ansiedad) **es la creencia de que el futuro es incierto y tiene que controlar las variables del futuro y que uno mismo no tiene toda la capacidad para poder enfrentar ese futuro incierto**. Entonces la base de la creencia de la ansiedad tiene que ver con el futuro, el ambiente (cierto grado de peligrosidad) y mi autoconfianza. Esas tres cosas van a producir un cuadro de ansiedad:

*–Viene algo malo, el ambiente es peligroso y yo no puedo enfrentar lo que viene.*

Entonces yo levanto todos los elementos de protección que me puedan ayudar a controlar eso que aparece.

Eso también se trabaja en el modelo terapéutico. Cuando una persona va a hacer terapia o se quiere ayudar a alguien con problemas de pánico tenemos que trabajar estos elementos. No se trabaja de la noche a la mañana! O porque leas un libro!. Los pensamientos, las valoraciones, **cambian por la experiencia**, no cambian por el concepto. La experiencia incorpora al sistema de creencias nucleares o profundas.

*–en lo personal, yo estoy convencido que la experiencia impacta en el espíritu del hombre y que el sistema de creencias profundo del hombre responde al cuadro espiritual que tiene.*

### **Desarrollo de estructura cognitiva**

El desarrollo de una estructura cognitiva sana, es fundamental en la persona que sufre trastornos de pánico (TP), pero ¿cuál es el problema? La persona que sufre AP está tan agotada que no tiene capacidad de pensar en estas cosas; está tan agobiada! Que se siente tan desahuciada, con tanta impotencia, con tanta sensación de frustración, tantos intentos, tantos profesionales que no tiene capacidad de ponerse a pensar cuáles son sus historias de vida y el agotamiento psíquico que lleva porque tiene una realidad inmediata y es que se despolariza adrenalina y que le late el corazón “a dos mil”, no le da la cabeza para ponerse a pensar ninguna estrategia cognitiva.!

Y que hago entonces?

Para eso se necesita desarrollar hábitos conductuales y fisiológicos mientras se continúa el modelaje cognitivo por medio de terapias, de diálogos, de lecturas. Hay cosas que recomendar y es que se aprenda a desarrollar hábitos que cuiden sus reservas psíquicas, mientras se protegen y se desarrollan estas estructuras cognitivas, esta revalorización, se necesita trabajar sobre la conducta.

## **SEGUNDA PROPUESTA TERAPÉUTICA: CONDUCTUAL**

Acá hay que aprender hábitos de higiene mental.

### **ALIMENTACIÓN**

Pocas personas entienden que el cuerpo necesita estar sano para responder a una mente sana; es muy difícil que una mente se enferme con un cuerpo sano. El cuerpo sano produce mayor liberación de endorfina, produce una estabilidad y un ánimo diferente.

- Se asoció mucho el exceso de hidratos de carbono a la depresión

- se asoció mucho el exceso de lípidos a la esquizofrenia

Se sabe que la alimentación correcta tiene que ver con un 50% de hidratos de carbono; 30% de proteínas y un 20% de lípidos, esto es lo que se considera la pirámide nutricional (aunque hoy está un poco modificada, esta es la que más sigue teniendo fuerza)

### ¿Por qué hablo de los hábitos alimentarios?

Porque el hábito alimentario te va a permitir desarrollar una sana digestión de los elementos necesarios para que también funcione bien tu sistema nervioso central. Se explica de una forma un poco compleja: dentro de los efectos que produce la adrenalina, tiene que ver también con la disminución de la protección de la pared gástrica y la disminución del endotelio del tubo digestivo, eso produce algo llamado “síndrome de mala absorción, con eso se le suma el aumento del ácido clorhídrico produciendo un nivel de acidez y de gastritis que erosiona la pared gástrica; por eso una persona que sufre ansiedad tiene alteraciones gástricas (diarreas, constipaciones, urgencias miccionales, etc).

Todo esto, que responde a la ansiedad, va a producir un impacto en la absorción de la comida que tengamos, si a eso le sumamos que la comida que comemos es una comida mala nutricionalmente, no tienen la suficiente cantidad de grasas sanas, de colesterol sano, proteínas, hidratos de carbonos proporcionales a los hidratos de carbonos de consumo rápido, voy a tener alteración también en la formación y la conexión nerviosa (que esta depende mucho del lípido, de la membrana, de la mielina, la conexión, la vitamina B, la conexión interneural) y todo eso tiene que ver con el modelo de alimentación.

Entonces nos guste o no nos guste la alimentación va a terminar permitiendo un correcto funcionamiento psíquico. Ni hablar que el exceso de los lípidos produce también un incremento en el depósito de los núcleos basales que son unos ganglios que tenemos en la base del cerebro (formaciones de neuronas) se empiezan a desarrollar cúmulos de lípidos, que para muchos eso está asociado al Alzheimer, a las demencias. Persona que ya tienen una predisposición nerviosa, imaginemos eso!, **todo tiene que ver con la predisposición.**

Entonces el hábito tiene que cambiar, tiene que haber un hábito alimentario higiénico para la salud mental... aprender a cuidar el cuerpo.

## DESCANSO

Cambio en el hábito del sueño. Aprender a dormir es fundamental! A veces las personas minimizan la importancia del sueño.

Dejen ayudarse un poco con el sueño. El descanso va a terminar siendo el principal factor de restauración neuronal, el principal!. Las personas cuando no pueden dormir terminan dañando su sistema nervioso.

### **Ahora ¿Cómo hago para dormir bien si no puedo dormir?**

Hay muchísimas formas en la que uno puede dedicarse a mejorar su calidad de sueño. Uno de los puntos fundamentales es generar un hábito, el gran problema que tenemos los occidentales es que el sueño está muy mediado por la cultura, somos personas nocturnas (sobre todo los latinos) que terminamos durmiendo en cualquier horario.

La persona no tiene sueño y lo que hace es fomentar el círculo del insomnio, se pone a mirar películas, se pone a tomar café, consume algún tipo de sustancia y obviamente esto lo despierta mas, no utiliza mecanismos de relajación o de prácticas de sueño.

*Ejemplo de práctica de sueño:*

- Acuéstese siempre antes de la medianoche (00:00 hs.)

*Cualquier sueño producido antes de la medianoche, según indican estudios, cada hora dormida antes de la medianoche equivale a tres horas de descanso luego de la medianoche, por el ciclo cicardiano que tenemos.*

*Si te dormís a las 22:00hs y te despiertas a la 01:00hs de la madrugada parece que hubieras dormido 5 horas y todavía te queda toda la noche!*

*¿Una mala práctica? me duermo a las 02:00hs de la madrugada, el cuerpo ya se prepara para levantarse y te terminas levantando a las 06 - 07:00 hs. de la mañana, para los que trabajan. (Lógicamente si te acuestas a la 01:00hs y te levantas a las 12:00 hs. no se va a tener un problema con el sueño, va a funcionar igual en la reparación neuronal); pero hay muchas personas que no y sufren mucho este tema de insomnio entonces comienzan durmiendo tarde.*



- Mala higiene ambiental: Luz prendida o con sonido o con un ambiente a bajas temperaturas (debe estar en 18°C y 25°C). Cuando uno aumenta la temperatura a más de 26°C el cuerpo tiende a despertarse porque la manera en que el organismo se despierta es por medio de la elevación de la temperatura corporal, quien se encarga de esto es el hipotálamo.
- Mala higiene en la digestión antes de acostarnos a dormir: tendemos a comer e irnos a dormir sobre todo acá en Argentina que tendemos a tener cenas muy tardes, sobre todo copiosas, eso produce que el organismo esté en un estado de mucha utilización de la digestión porque hay todo un revuelo interno. La mejor hora para comer y la mejor comida del día es a las 17-18:00 hs. de la tarde, biológicamente es el mejor horario, ni siquiera el desayuno

*Que el desayuno es la comida más importante es una gran mentira. Pongámonos a mirar la naturaleza, de repente ves un león ¿Qué hace después de comer? Se acuesta a dormir!, se queda en reposo para poder hacer una digestión, no termina de comer copiosamente y sale a cazar!. La digestión lleva un proceso entre 2 y 8 hs. aproximadamente.*

*Es absurdo pensar que termino de desayunar y esa va a ser la energía que me va a ayudar en el día. Terminó de desayunar y tengo todo el bolo alimenticio en el estomago y el tubo digestivo está tratando de digerirlo! No tengo esa energía. Entonces no es que esa comida es la energía del día, no!. La comida que me va a funcionar es la de las 17:00 hs. del día anterior ¿Por qué? Como copiosamente a esa hora y tengo 4 o 5 hs. para hacer una digestión y me puedo dormir livianito, al otro día tengo la energía de esa comida que me va a sostener a la mañana, después como al mediodía y voy teniendo los bocados, etc.*

## **DORMIR**

Aprender a dormir no es lo mismo que aprender a descansar. Aprender a descansar tiene que ver con tomarnos un día de la semana y aprender a delegar actividades, uno de los grandes problemas que tenemos es no poder frenar la cabeza

*– ¿Se dieron cuenta que no sabemos frenar la cabeza?*

Quiero quedarme quieto y no puedo porque la cabeza esta a "full". Es fácil acostarse a dormir pero la cabeza no para. Entonces aprender a descansar es fundamental.

## DISFRUTAR

En primer lugar disfrutar es un recurso psíquico y en segundo lugar tiene que ver con la correcta liberación de endorfinas que esta es indirectamente proporcional a la ansiedad.

Cuanto más endorfinas, menor índice de ansiedad; hay un estado de bienestar, de plenitud, de acobijo, de cobertura cuando hay niveles de endorfinas elevada. Entonces las endorfinas se producen por saber disfrutar. Muy pocas personas invierten tiempo en disfrutar.

### ¿Dónde invierte el mayor tiempo las personas?

En tratar de producir. Producir inventos, trabajo, agradabilidad, bienestar en los demás, producir, producir, producir... esta perfecto producir! Somos seres humanos que necesitamos producir y tenemos que tomar contacto con los demás y tenemos cosas que hacer, somos gente de propósitos así que producir no está mal. El tema radica en que, de todo lo que nosotros hacemos también tenemos que disfrutar porque en ese disfrute aparece la restauración psicológica y neuronal.

Cuando uno disfruta es cuando se empieza a producir esa distensión mental, ese relajamiento.

## MEDITACIÓN

La meditación es uno de los elementos más ricos y que la humanidad ha minimizado mucho.

Meditar tiene que ver con la capacidad de contemplar el presente, de experimentar. La palabra correcta para la meditación es la experimentación, experimentar lo que estás viviendo.

## ORDEN

*–Si nosotros comprendiéramos la importancia del orden, muchas de las cosas que estamos viviendo serian mínimas.*

Todo funciona según un orden; si yo de repente me comprara una computadora y la primera vez que la abro de su caja tiene un cargador, una batería desarmada y tengo que armarla pero a la batería no sé dónde ponerla, no conozco cual es el botón inicial, no sé qué programa cargarle, no conozco el orden de su funcionamiento, no la voy a poder hacer andar!. Imaginémonos un motor desarmado y que lo armo como se me da la gana, no lo voy a poder hacer andar! De la misma manera nuestra vida, si no está en orden no va a funcionar correctamente, va a funcionar de forma aleatoria e irregular, todo fue creado con un orden.

— *Personalmente creo que existe Dios y que El fue quien puso un orden.*

Sin ese orden las cosas no funcionan, llámale “vida”, “Big Bang”, “extraterrestres” o quien quieras llamarles; todo orden permite funcionalidad.

*Orden = Funcionalidad*

*No orden = No funcionalidad*

**No orden = Caos**

Entonces cuando las personas viven con orden las cosas son muchas más rápidas, mas ágiles, más fáciles de conseguir.

Llegó un paciente una oportunidad, me decía, – *doctor estoy muy angustiado, el hijo de mi esposa tiene un problema y lo quiero llevar al médico y no le dan la obra social que yo tengo, porque en realidad ella no es mi esposa, es mi novia; yo debería haber hecho los papeles hace tiempo y no lo puse a mi nombre entonces ahora me cuesta mucho que la obra social [...]–desorden!*

–*Usted sabe, quiero entrar a la provincia de Córdoba pero tengo el domicilio del sur porque todos los que entran a la provincia de Córdoba tiene que hacer cuarentena, me fui unos días pero me atrapó la cuarentena, quiero entrar pero no tengo el domicilio, lo debería haber puesto antes y quedé afuera [...]–desorden!*

El desorden produce estrés ¿Por qué? Porque tengo que resolver más cosas cuando llegue el momento de resolver algo.

Tenía un paciente que una vez llegó agotado, estaba dado vuelta de la cabeza de lo acelerado que estaba, cuando le pregunte a que se debía todo lo que estaba viviendo tenía dos novias en la misma ciudad y una esposa. Estaba todo el tiempo tratando de evitar que una se viera con la otra, utilizaba dos celulares que a veces se olvidaba uno [...]. Desorden!, (aparte de mentiroso y traidor).

Ahora, el desorden termina produciendo disfuncionalidad y esa disfuncionalidad terminan produciendo la angustia, el estrés lo que aumenta el gasto psíquico, lo que disminuye las reservas funcionales.

El orden es una de las cosas más importantes que una persona tiene que resolver en la vida en los procesos de ansiedad.

## Orden económico

¿Quieren que les dé una clase sobre salud financiera bien rápido? Será la lección de tu vida, presta atención que va a cambiar tu historia, con esto no tendrás más problemas de angustia financiera:

*Nunca gastes más de lo que te ingresa*

Algunos dirán, “que estupidez que acaba de decir, esta es la regla por excelencia de la contaduría!” pero demos un ejemplo.

*Ejemplo de orden económico:*

– *¿de cuánto es tu sueldo?, Te permite comprarte un auto?*

– *No*

– *¿Tenés el ahorro para un auto?*

– *No*

– *¿y porque te lo compraste?*

– *porque me ofrecieron el auto en 48000 cuotas de muy fácil acceso.*

– *perfecto! O sea, te hipotecaste para trabajar los próximos cinco años de tu vida para comprarte el auto que tenés.*

¿Sabes por qué? Porque **no tenés la humildad para reconocer el tiempo económico que estás viviendo**. Quieres tener aquello para lo cual tu posición económica no te da, entonces como el sistema “traga”, el sistema te propone: *–yo te banco, viví como te gusta vivir total después te quedas trabajando para mí de por vida*. Esa es la gran angustia financiera de este sistema, claro, en el “después” nadie te asegura tener el trabajo que vas a tener inversión, etc. Aparece “tengo que mantener el estilo de vida que tenía”, “tengo que mantener el compromiso”, etc. ¿Por qué? Porque gastaste más de lo que te entraba porque no tenemos humildad, porque nadie quiere ser humilde conforme al recurso que tiene, vivir conforme a eso.

Nadie quiere escuchar esta verdad, pero hay muchísimos atrapados, atragantados con los conflictos económicos en función de haberse salido de esa pequeña variable.

## **ACTIVIDADES FÍSICAS**

La actividad física es anti estrés. Existe algo que se llama elementos contra-fóbicos, elementos contra-estrés, es decir, a medida que vas desarrollando una situación, no puedes desarrollar estrés en esa situación.

Ejemplo:

Cuando desarrollas actividad física es muy raro que desarrolles estrés o ansiedad.

Es una actividad anti estrés y eso para muchas personas es apenas una instancia transitoria y temporaria, no está incorporada como actividad de vida. Vos todos los días te cepillas los dientes? Dormís? Comes? Saludas a tu familia? Que son actividades de la vida cotidiana. Pero hay actividades que deberían ser de la vida cotidiana que no están incorporadas, que forman parte de nuestra vida cuando nos vemos en aprieto.

Ejemplo:

Me veo que estoy un poco gordo, medio “panzón”, entonces empiezo a hacer actividad física. Trato de hacer algún tipo de dieta. Que es transitorio, hasta que pase el verano, me vuelvo a poner un poncho, una campera gorda y me olvido del cuerpo que tenía. Claro, cuando aparece la opción de descubrirme ante el mundo busco hacer gimnasia.

Pero en realidad, lo del ejemplo anterior es una mala motivación! La motivación correcta tiene que ver con la salud psíquica y la salud física. Entonces la actividad física es muy importante. No es lo mismo actividad física que ejercicio físico que deporte. La actividad física fundamental es el caminar que nos brindará un mejor estado de salud por liberación de endorfinas; el ejercicio físico ya tiene algo de mayor complejidad como pueden ser: abdominales, flexión de brazos, etc. que tiene más que ver con un programa y el deporte es un entretenimiento a medida que hacemos una actividad física.

## **TERCERA PROPUESTA TERAPÉUTICA: FISIOLÓGICO**

---

### **RESPIRACIÓN**

Se hablaba al principio que uno de los mayores problemas que tienen las personas que sufren de pánico es que tienen mucho miedo a los síntomas neurovegetativos, sobre todo las palpitaciones,

la sudoración. Lo primero que uno tiene que hacer cuando aparecen estos síntomas es confrontar las ideaciones que tenemos de esto.

La minirelajación y la relajación son técnicas que tienen que ver con aprender a tolerar y a administrar y manejar los síntomas neurovegetativos como la palpitación la hiperventilación. Entonces lo primero que tenemos que saber, repetirnos y comprender es que toda situación de taquicardia, de sensación de muerte son netamente cognitivas, el cuerpo se autorregula.

**Tenemos que saber que el A.P. se autorregula**, rápidamente va a pasar entonces es necesario aprender algunas técnicas para aprender a controlar estos síntomas.

### **Técnica de la mini relajación**

Esta técnica debiera ser algo que practiquemos de forma diaria porque disminuye la tensión física también; de hecho, si estas en medio de un A.P. no vas a poder hacer esto, esto debiera ser un ejercicio. Algunos se toman clonasepan (0.5 mg a la mañana, 0.5 mg al mediodía, 0.5 mg a la noche) otros pueden hacer la técnica de la mini relajación y/o relajación.

La técnica de la minirelajación consiste en realizar una respiración adecuada abdominal y diafragmática (el diafragma separa tórax de abdomen), se agregan otras consignas para ir haciendo más efectiva la respuesta de la relajación.

Como el nombre lo indica, es un nivel “bajo” de relajación pese a ello se comprobó en muy reiteradas ocasiones que es más efectiva una práctica breve y simple de esto que no hacer absolutamente nada.

1. Nos sentamos en una posición erguida, derecho.
2. Ponemos una mano en la barriga, (zona de estomago o correspondiente al aparato digestivo)
3. Intentar sacar la barriga lo más que se pueda
4. Luego, la hundimos lo más que se pueda y nos vamos a olvidar de la relajación y de la respiración
5. Sacamos y metemos la panza

6. Luego **si** incorporamos la respiración, inhalamos por nariz en 4 tiempos hacia adentro y expiramos por la boca 6 tiempos hacia afuera.
7. Ideal, la expiración debe ser el doble de la inhalación.

El punto esencial de la mini relajación es el que agregamos ahora: **cuando exhalamos le damos la orden al cuerpo de relajarnos.**

Lo ideal es hacerlo en un lugar donde tenga cabecera donde pueda apoyar mi cabeza (si estoy sentado) o me pongo boca arriba sobre una cama y en la expiración trato de soltar todo el cuerpo, soltarlo, relajarlo lo más que pueda. La idea es ir creando un reacondicionamiento con una palabra que puede ser por ejemplo: “paz”, luego esa palabra se va asociando a la relajación; luego en la vida cotidiana cuando vos te encontrás en una situación de opresión, de ansiedad simplemente te apartas un ratito y haces una minirelajación y utilizas esa palabra que ya esta condicionada a la relajación. Estamos hablando de una minirelajación que se hace de manera continua y que se puede utilizar en cualquier momento pero hay que recordar que es una técnica de **mantenimiento**, no una técnica de resolución; o sea, si de repente estas con una crisis tremenda o unos A.P. que no te podes sostener, esto probablemente ni siquiera tengas la paciencia para poder desarrollarlo porque es una técnica de mantenimiento.

Es como la persona que dice:

*–tenemos que correr 10 km todos los días.*

*–pará que primero tengo que correr 2 cuadras aunque sea!*

O sea, el mantenimiento es otra cosa. Estas son técnicas de mantenimiento de la vida cotidiana.

Ventajas:

- Método muy breve
- No es visible para los observadores que están a la vista (si estás en una clínica o en algún tipo de enseñanza y estás medio nervioso, te separas un ratito, te sentás y haces una técnica de minirelajación, te relajas un ratito y después le metes con toda)

Toda persona que sufre A.P. debiera incorporar en sus hábitos de vida técnicas de relajación continua porque esta aprendiendo a disminuir los niveles de tensión psicológica entonces



necesita un muy buen tiempo disminuyendo todo, de esa manera también, comienza a tomar control sobre todo el aparato neurovegetativo.

### Técnica de relajación muscular progresiva

Técnica un poco más compleja y se recomienda:

- No practicarla con el estomago lleno
- No realizarla antes de dormir, a menos que se quiera dormir muy profundamente (aunque se recomienda para descansar bien)
- La temperatura ambiente para desarrollarla tiene que ser algo cálido.
- Se empieza recostado en posición supina (boca arriba), ideal una cama con un colchón bastante rígido o sano.
- En caso de dolores musculares o dolores óseos no es tan recomendable
- La tensión de cada grupo muscular no puede durar más de 10 segundos, 20 como máximo

¿En qué consiste?

1. Voy a empezar desarrollando la contracción-relajación de los grupos musculares en posición supina.
2. Comienzo a respirar con una técnica muy parecida a la de la minirelajación (4-6 o 4-8)
3. Me conecto sintiendo lo que está pasando en la barriga y comienzo un proceso de contracción.
4. Contraigo **puño derecho**, fuerte, 10 segundos
5. Al puño contraído lo llevo hacia el hombro derecho y contraigo fuerte 10 segundos más.
6. Y luego relajo llevándolo suavemente al lugar donde está y aflojo la mano
7. Inspiro y expiro

8. Contraigo **puño izquierdo** y repito lo mismo desde paso 4 al 7.
9. Contraigo musculo del abdomen e intercostales (presionando los brazos con fuerza contrayendo pectorales) 10 segundos
10. Aflojo
11. Inspiro y expiro
12. Contraigo los dedos bien fuerte del **pie derecho** 10 segundos
13. Contraigo el talón y lo trato de llevar hasta el glúteo
14. Presiono bien fuerte para que la rodilla quede apretada
15. Aflojo
16. Inspiro y expiro
17. Pasos 12 a 16 con **pie izquierdo**
18. Traigo las dos piernas hacia el abdomen
19. Me abrazo las dos piernas bien fuerte 10 segundos

Obviamente todo esto hasta donde los músculos te dan.

20. Finalmente con los **músculos de la cara** sobre todo los de los ojos que son los más importantes

Porque en los ojos y en los músculos del cuello están también los órganos sensores a lo neurovegetativo, entonces en los ojos, muchas veces, esta la respuesta vagal disminuyendo muchas veces los latidos del corazón masajeando los ojos y también masajeando las carótidas.

En primera instancia, esto muchas veces puede producir mareo, por eso estos ejercicios tienen que ser acostados o sentados y en segunda instancia no masajear los ojos mucho

tiempo al igual que las carótidas (10 segundos máximo) porque pueden producir una disminución importante del ritmo cardíaco.

21. Contraigo los músculos de los ojos bien fuerte hasta que vea todo negro y quedo 10 segundos y aflojo

22. Contraigo los músculos de las cejas levantando los ojos y aflojo

23. Contraigo los músculos maceteros por 10 segundos y aflojo

Estas técnicas deben ser desarrolladas de manera natural, más que utilizar las manos para el masaje, utilizamos la contracción muscular siempre con inspiración y expiración en medio de las contracciones musculares. Todo este ejercicio va a producir un relajamiento completo.

Si nosotros aprendemos a desarrollar este ejercicio de relajación dos o tres veces por semana, un ejercicio de mini relajación diaria vamos a aprender a mantener bajo los niveles de agotamiento y despolarización de adrenalina. Son muy buenas prácticas para desarrollar.

## **PERCEPCIÓN Y MEDITACIÓN**

Una de las formas del manejo del estrés es la meditación. Meditar no es un proceso religioso o místico, es un proceso psicobiológico. Todas las religiones del mundo utilizan la meditación, incluso la judeocristiana debiera utilizarla. Cada una desarrolla la meditación en su propio sistema de creencias, te encuentras con el hindú que va a tratar de desarrollar meditación incorporando el mantra, budismo. Todas van a incorporar por el uso de la meditación el desarrollo de sus creencias.

### **¿En qué consiste la meditación?**

Consiste básicamente en lo siguiente. Lóbulo izquierdo y lóbulo derecho tienen funciones más o menos estipuladas. Lóbulo izquierdo está asignado a todo lo que es las matemáticas, el análisis crítico, el control, el razonamiento lógico, etc. mientras que el derecho tiene más una función de percepción, relajación, disfrute, creativo, es más subjetivo, tiene mucho que ver con lo abstracto. En la meditación ocurre, literalmente, el bloqueo del lóbulo izquierdo para darle lugar al lóbulo derecho a la experiencia, a la contemplación. Entonces meditar no es más ni menos que invertir tiempo en contemplar el presente.

*—a mi me funciona muy bien sentarme a mirar el sol a la mañana mientras los rayos del sol me pegan en la cara. Lo que hago es conéctame con el momento.*

¿Hay veces que te quedar mirando el fuego o el agua o los arboles pero no estás pensando en nada y se te va la mirada?, eso es meditar! El organismo está cumpliendo una función de meditación, aunque vos no lo estés queriendo hacer, el organismo lo hace por una necesidad fisiológica ¿cuál? La de dejar descascar el cerebro izquierdo para que el organismo se llene de experiencia – *esa experiencia que yo la interpreto como vida, como espiritualidad.*

### **¿Cómo meditar?**

La clave es ponernos en una posición cómoda y tratar de experimentar y contemplar aquello en lo queremos meditar, tomar esa experiencia. Hay personas que quieren meditar en el budismo, hay otras que quieren meditar en el yoga – *a mí me gusta meditar en las escrituras, de hecho la biblia dice en el libro de Josué, capítulo 1: 8, “nunca se apartará este libro de la ley, sino que de día y de noche meditarás en ella”, lo digo para los que son cristianos que por ahí le tienen mucho miedo a la palabra y también David habla de la meditación, muchísimo.*

Porque la meditación está relacionada con la contemplación, de hecho esta palabra en el hebreo habla de contemplación. David también hablaba de una expresión “yo quiero estar en tu casa para contemplar tu hermosura todos los días” fíjense que la meditación no va con el análisis, hay gente que piensa que meditar es algo analítico pero no!, la meditación tiene que ver con la contemplación, con la experiencia.

Hacerlo diariamente disminuye los niveles de agotamiento psíquico, mejora las reservas funcionales, entonces debiera ser una práctica: meditación, técnicas de minirelajación, técnicas de relajación progresiva, son todos ejercicios que una persona necesita incorporar par poder disminuir todo lo que son los agotamientos psíquicos y por ende el switcheo de la despolarización de adrenalina de la alerta.

### **¿Qué pasa cuando una persona está demasiado agobiada por el pánico y se despolariza su sistema de alarma porque si, rápidamente?**

Lo que va a ocurrir es que necesite cierto nivel de medicación porque de esa manera va a disminuir rápidamente el switcheo y le va a permitir funcionar cognitivamente.

---

## AUTORES Y BIBLIOGRAFÍA

---

Acquarone S. (2016) ***Superar las crisis de pánico: Sentir, pensar y hacer. Como hacer frente a la ansiedad del nuevo milenio***

Cia A. (2002) ***La ansiedad y sus trastornos***

Kaplan & Sadock. ***Manual de bolsillo de psiquiatría clínica***

Rodriguez Goñi J. (2014) ***Trastorno de pánico y agorafobia***