

El médico en casa



Comprender el **Trastorno de ansiedad:** crisis de angustia y agorafobia

- ➔ **Ansiedad y miedo**
- ➔ **Crisis y trastorno de angustia**
- ➔ **Agorafobia**
- ➔ **Tratamiento y futuro de la enfermedad**



Dr. Xavier Caseras



Amat
editorial

Trastornos de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia

Trastornos de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia

El miedo a la ansiedad desbordada

Xavier Caseras



Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Autor: Xavier Caseras
Director de la colección: Emili Atmetlla

© Editorial Amat, S.L., Barcelona, 2009 (www.amateditorial.com)

ISBN(epub): 978-84-9735-454-7
Conversión: booqlab.com
Diseño cubierta: XicArt

Referencias

Sobre el autor

Xavier Caseras es doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona y Máster en Neurociencia Afectiva por las Universidades de Maastricht y de Florencia. Actualmente es Profesor Agregado en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y Lecturer del Departamento de Psicología Médica de la Universidad de Cardiff.

[Más información sobre el autor](#)

Sobre el libro

Las crisis de angustia son ataques de ansiedad repentinos y muy intensos que generan un fuerte malestar, acompañados en la mayoría de casos por la creencia de estar a punto de morir o de perder el juicio. Los estudios realizados hasta la fecha muestran que hasta un 30% de la población ha sufrido por lo menos una vez en la vida una experiencia de este tipo y que en un 3% se convierte en un problema crónico que conlleva un gran sufrimiento e incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.

[Más información sobre el libro y/o material complementario](#)

[Otros libros de interés](#)



Introducción

1. Los conceptos ansiedad y miedo
 - ¿Qué es ansiedad?
 - Fuentes de ansiedad
 - Diferencias individuales
 - La sutil división entre ansiedad y miedo
 - La ansiedad y el miedo como problemas
2. La crisis de angustia
 - ¿Qué causa las crisis de angustia?
 - Los síntomas más comunes de las crisis de angustia
 - Síntomas fisiológicos
 - Síntomas cognitivos
 - Síntomas conductuales
 - Crisis de angustia durante el sueño
3. El trastorno de angustia
 - Crisis de angustia o trastorno de angustia
 - Factores que pueden predisponer a padecer un trastorno de angustia
 - Factores que mantienen el trastorno de angustia
4. La agorafobia
 - La agorafobia como consecuencia esperable de las crisis de angustia
 - La extensión del miedo en la agorafobia
 - La evitación como fuente de ansiedad
 - La agorafobia sin crisis de angustia

5. Tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia
 - Tratamiento farmacológico
 - Benzodiacepinas
 - Antidepresivos
 - Tratamiento cognitivo-conductual
 - Psicoeducación
 - Reestructuración cognitiva
 - Exposición interoceptiva
 - Exposición programada a situaciones temidas
 - La combinación de fármacos y psicoterapia
6. El futuro de la enfermedad
7. Preguntas y respuestas
8. Información de utilidad para el paciente

Introducción

A lo largo de los años en que he tratado pacientes con problemas psicopatológicos y en concreto con trastornos de ansiedad, he llegado a la conclusión de que una de las variables de mayor relevancia sobre la eficacia del tratamiento es la comunicación y el establecimiento de una buena complicitad de trabajo entre paciente y terapeuta.

Tanto el tratamiento psicológico, como incluso el farmacológico, no obran una magia curativa exenta de los esfuerzos del paciente y del terapeuta. Lógicamente este esfuerzo es más claro y necesario en el trabajo psicológico, pero también está presente en la aplicación de un buen tratamiento farmacológico. Encontrar el fármaco que menores, o menos molestos, efectos secundarios produzca en el paciente, dar con la dosificación más ajustada para eliminar los síntomas desagradables sin afectar el funcionamiento normal o deseable de la persona, conseguir un buen cumplimiento de pautas y sobre todo la confianza y paciencia de la persona afectada para llegar a ese a veces esquivo equilibrio, dependen en gran medida de establecer una buena relación médico-paciente que facilite una comunicación en la que la información fluya clara y precisa en ambas direcciones.

Ni que decir tiene que en el tratamiento psicológico esta variable comunicativa es aun más necesaria. En este caso, el terapeuta irá solicitando al paciente que realice una serie de ejercicios con una finalidad muy clara. Que el paciente entienda correctamente qué hacer y cómo llevarlo a cabo, y que comprenda el propósito de dichos ejercicios es fundamental para que el proceso terapéutico tenga lugar. La terapia psicológica no deja de ser una negociación en la que el terapeuta orienta y supervisa el trabajo que el paciente debe ir haciendo para resolver su problema.

En ocasiones, y en el caso del trastorno sobre el que versa este libro con bastante frecuencia, será útil contar con la participación de una tercera persona que juega el papel de coterapeuta. Éste ayudará al paciente a llevar a cabo aquellos ejercicios que puedan resultarle más difíciles o inicialmente presentarse

como imposibles. En otras palabras, mientras el terapeuta marcará el ritmo y establecerá las pautas de qué y cómo hay que hacer en cada momento, el co-terapeuta vivirá el día a día de ese trabajo acompañando al paciente en esos ejercicios y detectando in situ los posibles problemas que puedan aparecer en la ejecución.

En muchas ocasiones, por razones de proximidad y disponibilidad, el rol de co-terapeuta recae en una persona cercana al paciente (familiar, pareja, amigo íntimo). En estos casos, la comunicación ya no sólo debe ser fluida y clara entre dos personas (terapeuta-paciente) sino entre tres (terapeuta-paciente-co-terapeuta) y entre todas las combinaciones de a dos posibles de este trío. En mi experiencia, una de las peores situaciones que pueden darse en este proceso de trabajo a tres bandas es que paciente y co-terapeuta salgan de una sesión con ideas distintas sobre cual es el siguiente objetivo a cumplir. Esto suele dar lugar a un debate entre el paciente y su acompañante que en pocas ocasiones acaba con la realización correcta de los ejercicios, cuando no en el desánimo del paciente y el abandono del co-terapeuta.

Uno de los primeros pasos en el tratamiento de cualquier trastorno mental, sea por vía psicológica, como farmacológica o la combinación de ambas, es conseguir realizar lo que se llama una buena psicoeducación. En otras palabras, facilitar al paciente toda la información necesaria para lograr que entienda bien desde el punto de vista del terapeuta qué le está pasando y cuales son los pasos que se seguirán en su tratamiento.

También es importante prever las dificultades que pueden surgir en el camino y dar información al paciente de qué medidas pueden tomarse en cada caso. En definitiva, que el paciente constate que el profesional que le va a ayudar entiende bien su problema, es capaz de definirlo en términos objetivos y de ofrecerle un tratamiento; que conozca los pros y contras de ese tratamiento y qué medidas pueden ser aplicadas en el caso de que las cosas no sigan el curso previsto, así como disponer de información crítica y realista sobre la terapia aplicada. En muchas ocasiones, esta información también es valiosa para los familiares del afectado, quienes indirecta mente —o bastante directamente en muchos casos— sufren las consecuencias del trastorno.

Esta psicoeducación es el primer paso en el establecimiento de la relación terapeuta-paciente y marcará la calidad de la comunicación que tendrá lugar entre ellos. Así pues, iniciar el abordaje de un problema psicopatológico con una buena explicación de lo que está pasando y de como se va a tratar es crucial para el resultado final del proceso terapéutico. Excesiva información puede confundir al paciente y hacerle desistir antes de empezar. Si ésta es escasa, las dudas o dificultades que puedan ir apareciendo, minarán su confianza en el

terapeuta y en el tratamiento, deteriorando la comunicación entre ellos.

Este libro nace con la voluntad de ser una herramienta útil en el proceso de psicoeducación y por tanto una ayuda en el establecimiento de una buena comunicación entre terapeuta y paciente. No se trata de una guía de autoayuda que permita a una persona aplicar métodos de autocuración, ni un libro que pretenda sanar mediante la palabra el trastorno de angustia y la agorafobia. Por desgracia las cosas no suelen ser tan sencillas, aunque no por ello imposibles. Tampoco pretende ser un manual para terapeutas, un recetario sobre los pasos a seguir en el tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia; de hecho, ha sido escrito con la intención de no exceder las necesidades informativas de los pacientes y de sus allegados.

Creemos que el resultado final es una buena síntesis de los conocimientos actuales sobre el trastorno de angustia y la agorafobia, así como de su abordaje terapéutico desde la medicina y la psicología basadas en la evidencia. Un libro que cumple la misión de ser un instrumento útil y práctico para facilitar información a las personas que sufren de este problema y ayudar en el establecimiento de una buena comunicación entre el terapeuta y el paciente. Para los familiares de aquellos que padecen este trastorno también puede ser una herramienta muy útil para entender y responder mejor al sufrimiento del afectado.

Xavier Caseras

Doctor en Psicología.

Profesor agregado en el Departamento de Psiquiatría
de la Universidad Autónoma de Barcelona
y Lecturer del Departamento de Psicología de
la Universidad de Cardiff

1. Los conceptos ansiedad y miedo

¿Qué es la ansiedad?

Aunque en principio pueda parecer un sinsentido a aquellos que sufren de un trastorno de ansiedad, es muy importante tener en cuenta que la ansiedad es una respuesta del organismo esperable, normal y deseable.

Para explicarnos mejor, es importante primero entender que la ansiedad no es una respuesta exclusiva de los humanos. La inmensa mayoría de animales la sufren. Así pues, imaginemos por ejemplo una gacela en la sabana africana. Nuestra gacela se encuentra plácidamente bebiendo en una charca, cuando percibe cierto movimiento en unos matorrales cercanos. La gacela detendrá inmediatamente su actividad, dejará de beber y alzará la cabeza en dirección a los matorrales. Su mirada se fijará en el lugar de donde provenía el sonido, sus orejas se erguirán y orientarán en esa misma dirección, y empezará a olfatear el aire en busca de pistas de quien o qué puede estar agitando esos matorrales.

Aparte de estos comportamientos aparentes, otros cambios más sutiles estarán sucediendo en su organismo: su postura corporal cambiará y adoptará una posición desde la que iniciar la carrera sea más rápido (como un atleta esperando el disparo de salida), su corazón aumentará el ritmo de latidos, su musculatura (fundamentalmente la de las patas) se tensará, su presión arterial aumentará, su digestión se detendrá y muy posiblemente defecará, sus pupilas se dilatarán, su temperatura corporal aumentará, etcétera. Lo que la gacela está haciendo, aun sin saberlo, es aumentar el nivel de activación de su organismo para poder responder de manera rápida y eficaz a un peligro. Si de entre los matorrales asoma una leona, la gacela estará a punto para iniciar en instantes una vertiginosa carrera hacia la salvación. Si de entre los matorrales aparece un animal no peligroso, la gacela regresará a su estado de activación inicial y se dedicará de nuevo a beber. Lo que ha sucedido en la gacela no es otra cosa que una respuesta de ansiedad.

No es difícil imaginarnos que la supervivencia de los animales está estrechamente ligada a esta respuesta de preparación ante un posible peligro. Si las gacelas no tuvieran la capacidad de generar una respuesta de ansiedad cada vez que perciben la presencia de un posible depredador, haría ya mucho tiempo que habrían dejado de existir. Sus depredadores habrían acabado con ellas al sorprenderlas desprevenidas en cada ataque. Tampoco es difícil imaginar que esta respuesta no sucede bajo la voluntad de la gacela, sino que ocurre de manera automática. La gacela no analiza la situación y llega a la conclusión de que es conveniente prepararse por si algo peligroso sobreviene, sino que el movimiento en los matorrales desencadena una reacción en cadena muy rápida que se inicia en su cerebro y que, en fracciones de segundo, afecta a múltiples sistemas de su organismo (nervioso, muscular, digestivo, cardíaco, etcétera).



Figura 1.1. La respuesta de ansiedad es común a buena parte de los animales. Es fácil ver animales en libertad (como el caso de esta gacela) respondiendo con ansiedad ante potenciales peligros. Esa respuesta les permite ser más eficientes, escapando de sus depredadores y, por tanto, sobrevivir.

Aunque nos guste pensar lo contrario, los humanos no somos distintos a la mayoría de animales en muchas de nuestras respuestas reflejas, y la ansiedad es una de ellas. En otras palabras, los humanos también debemos nuestra permanencia en este planeta a la capacidad de generar ansiedad ante posibles amenazas. Como la gacela de nuestro ejemplo, el organismo de nuestros ancestros se preparaba de manera automática para huir o luchar cada vez que observaba un movimiento sospechoso tras un matorral cercano. Gracias a ello, los humanos han conseguido sobrevivir y perpetuarse hasta nuestros días.

Así pues, fruto de su utilidad para la supervivencia, la capacidad de generar ansiedad pasó a formar parte de nuestra esencia, a grabarse en nuestro código

genético y transmitirse de generación en generación. No podemos pretender dejar de sufrir ansiedad, ya que somos humanos y los humanos nacemos preparados para experimentar ese tipo de repuesta. Lógicamente, nuestro entorno ha cambiado mucho desde los tiempos en que debíamos estar alerta de la presencia de depredadores y huir rápidamente de ellos. Así pues, hoy en día serán otras situaciones muy distintas las que tendrán la capacidad de despertar esa reacción de alarma en nosotros; pero es importante que tengamos en cuenta que esa reacción (la ansiedad) sigue existiendo, sigue transmitiéndose de generación en generación y sigue formando parte de nuestra esencia humana.

Después de lo dicho hasta ahora, se entenderá mejor nuestra premisa inicial en la que proponíamos la ansiedad como algo esperable, normal y deseable. Si como hemos dicho ésta es una reacción automática de nuestro organismo ante la presencia de una potencial amenaza, será del todo esperable que ante determinadas situaciones experimentemos ansiedad. En otras palabras, si nuestro cuerpo se prepara para la acción sin necesidad de nosotros pretenderlo voluntariamente o incluso pretendiendo no ponernos ansiosos —todos hemos querido mantener la calma en determinadas situaciones y, como mucho, hemos logrado tan sólo «aparentar» calma— lo más lógico sería aceptar que en algunos momentos, aun suponiendo una incomodidad, es inevitable sentirse ansioso.

Por otra parte, también hemos explicado que la ansiedad no sólo sucede en todas las personas sino que sucede en buena parte de las especies animales, y que experimentar ansiedad no supone en sí ninguna anomalía, sino algo para lo que los animales (incluyendo aquí a los humanos) nacemos preparados. Es por ello que afirmamos que la ansiedad es una repuesta del todo normal.

Finalmente, hemos explicado también que los animales que han subsistido a lo largo de la evolución han sido aquellos más rápidos reaccionando al posible ataque de un depredador, o en otras palabras, aquellos capaces de generar una rápida respuesta preparatoria para la acción ante una potencial amenaza (llámese respuesta de ansiedad). A los humanos nos sirvió para subsistir y llegar hasta nuestros días y nos sigue siendo de utilidad para sobrevivir. Cuando al volante de un vehículo percibimos algo extraño en la maniobra de otro automóvil próximo a nosotros, una inmediata activación del organismo nos pone en alerta y facilita una mejor percepción de lo que está pasando y una más rápida reacción. Así pues, la respuesta de ansiedad es altamente deseable en algunas circunstancias y seguramente todos podríamos encontrar algún momento en nuestra biografía en que responder así nos permitió seguir con vida.

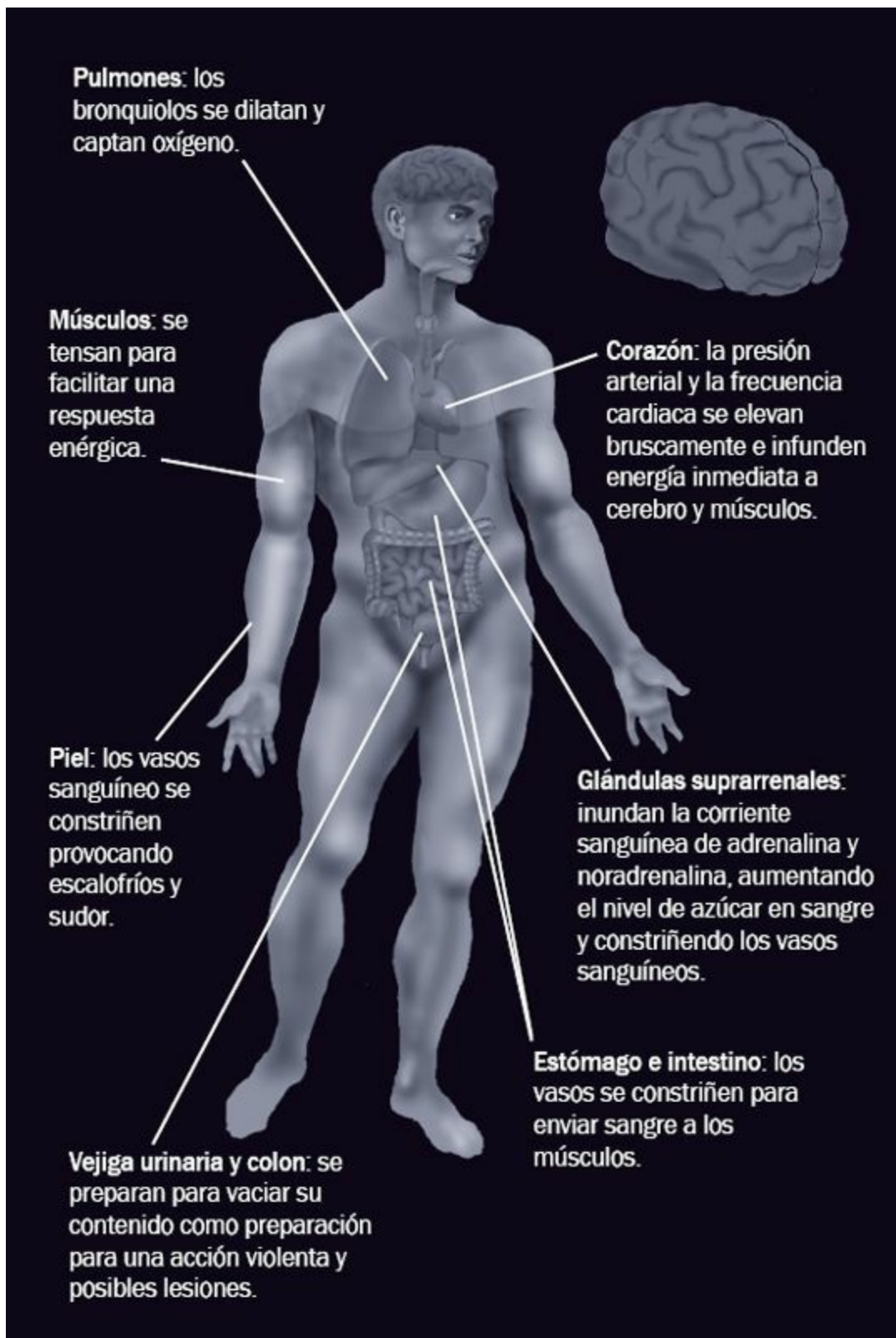


Figura 1.2. La respuesta de ansiedad en las personas, como en el resto de animales, es altamente compleja y representa un cambio muy notable en las funciones de nuestro organismo. Todos esos cambios suceden de manera casi instantánea e involuntaria, y van encaminados a facilitar una huida rápida ante un potencial peligro.

Fuentes de ansiedad

Nuestro entorno ha cambiado notablemente desde los tiempos en que los humanos nos movíamos por la sabana expuestos al ataque de un depredador. Así, los estímulos capaces de generarnos ansiedad también han variado notablemente desde entonces acorde con los cambios experimentados en nuestro entorno.

No quiere ello decir que no respondiéramos ansiosamente si de excursión por la sabana u otro paraje natural percibiéramos un sonido o movimiento amenazador cerca nuestro; pero, ¿qué probabilidad tenemos la mayoría de nosotros de encontrarnos en una situación así? Ciertamente muy escasas y a pesar de ello todos tenemos múltiples ejemplos que contar en los que nos hemos sentido ansiosos. Así, caminar de noche por una zona poco concurrida, un examen, una reunión de trabajo, una cita para cenar o un atasco de tráfico son situaciones cotidianas y capaces de provocarnos una respuesta de ansiedad, es decir un estado de alerta similar al de la gacela ante la posible presencia de una leona.

Pero analicemos estos ejemplos con calma, muy probablemente para algunos de ellos seremos capaces de imaginar la amenaza subyacente, pero para otros puede sernos mucho más difícil llegar a detectarla, y aún así, encontrándonos en esa situación nos habríamos sentido ansiosos.

Parece evidente que andar por una zona apartada y oscura de nuestra ciudad conlleva el potencial peligro de ser asaltado, así que ésta sería una situación muy parecida a la de la gacela en la charca; si bien en nuestro caso el atacante no sería un depredador y su intención no sería comernos. En cualquier caso, la mayoría de nosotros no nos sorprenderíamos sintiéndonos ansiosos y en esa situación lo atribuiríamos al temor de ser asaltados.

Para un estudiante, un examen parece una situación menos comprometida. A fin de cuentas su integridad física está garantizada; pero también es cierto que suspender un examen conlleva múltiples aspectos negativos: sufrir la vergüenza ante los compañeros de curso que han aprobado, el desengaño de la familia y un posible castigo, la necesidad de seguir estudiando durante las vacaciones para poder recuperar esa nota, la posibilidad de acabar repitiendo curso, etcétera. En definitiva, a poco que pensemos en ello, podemos percibir una clara amenaza asociada al examen, y, por tanto, entender que quien se enfrenta a dicha amenaza sufra ansiedad.

En una reunión de trabajo podemos sentirnos ansiosos ante la idea de no responder adecuadamente al ser preguntados sobre algún aspecto relacionado con nuestras responsabilidades profesionales. Suponer que quedaríamos mal delante del jefe y podríamos perder la posibilidad de una promoción o incluso

ser despedidos, justificarían sobradamente la respuesta de ansiedad en este caso.

En muchas otras ocasiones, la gente que sufre de ansiedad en situaciones similares a la de este ejemplo, perciben una amenaza mucho más sutil: la humillación de no rendir en el trabajo como suponen que los demás esperan de ellos. Es decir, sostienen la idea de que un buen profesional debe SIEMPRE responder de manera convincente y bien argumentada a una pregunta. Si en una reunión no son capaces de hacerlo, se haría evidente delante del resto de compañeros de trabajo que son unos malos profesionales. Con este argumento in mente, tampoco parece nada extraño que alguien pueda sentir una tremenda presión ante cualquier reunión de trabajo, pues a cada nuevo encuentro con sus compañeros pondría en juego su reputación e imagen profesional.

No todo lo que nos genera ansiedad tiene por que tener una connotación negativa. Imaginemos por ejemplo una cita para cenar con una persona que nos resulta altamente atractiva y con la que deseamos iniciar una relación sentimental. Hasta la fecha nuestros encuentros han funcionado muy bien, si bien siempre nos hemos tratado como buenos amigos y nos hemos visto en compañía de otras personas. Así, que decidimos citarla en solitario en un entorno más romántico, y con la expectativa de que, a partir de ese encuentro, nuestra relación será más íntima. Podemos tener la certeza de que esa persona comparte el mismo sentimiento por nosotros que nosotros tenemos por ella, así que damos ese paso a sabiendas de que será bien recibido.

A pesar de ello, por nuestra mente cruza la posibilidad de haber malinterpretado su cariño por nosotros, con pensamientos del tipo: «es una persona de carácter abierto y afable que puede mostrar cariño sin ello significar que exista otro interés más allá de la amistad», «pensándolo bien, también en alguna ocasión la he visto actuar de manera similar a como se comporta conmigo con otros amigos, por los que claramente no existe más que una buena amistad», «quizás he sacado de contexto unos gestos que no significan lo que yo creía», «podiera ser el caso que con esta cita la ofenda y la pierda como amiga, lo que además supondría un duro golpe para mi autoestima del que me costaría recuperarme», «cuando el resto de nuestros conocidos se entere de mi error: que vergüenza!... quizás no podría volver a quedar con ellos». Ante esta sucesión de pensamientos, no es de extrañar que una cita deseada se pueda convertir en una fuente de intensa ansiedad. Tan sólo es necesario que alguna de esas ideas cruce fugazmente por nuestra cabeza para generar la duda, y en cuanto dudamos y nos sentimos amenazados, librarse de estas sensaciones puede convertirse en un arduo trabajo.

Finalmente, nuestro último ejemplo es de una cotidianeidad absoluta. Los

atascos de tráfico son una constante para la mayoría de nosotros, y para algunos una fuente de constante malestar y ansiedad. Imaginemos un caso extremo, un hombre que recibe la llamada de que su mujer se dirige al hospital para dar a luz a su hijo y en su camino al hospital se encuentra atrapado en un atasco. En este caso, no sorprendería a nadie que esa persona experimentara ansiedad. La amenaza es clara: perderse el nacimiento de su hijo. Pues bien, hay gente que ha asumido esa misma urgencia por llegar a los sitios incluso cuando su objetivo final es sentarse en el sofá de casa sin ninguna tarea concreta que hacer. Cuando una retención de tráfico los demora, sienten la amenaza de la tardanza en llegar a su destino. En estos casos, una reflexión sobre lo que realmente está pasando y la poca importancia que para ellos puede tener retrasarse unos minutos probablemente les llevaría a deshacerse de la ansiedad —como la gacela cuando lo que asoma de los matorrales es un babuino y no una leona— pero en muchas ocasiones esta reflexión no existe y la persona se deja llevar por los automatismos de su mente, manteniendo una ansiedad a todas luces innecesaria.

De los ejemplos que hemos citado en este apartado se desprende que en buena medida sentir ansiedad depende de la interpretación que se hace de la situación en que estemos inmersos. Dicho de otra manera, hay situaciones universalmente capaces de producir ansiedad (por ejemplo, encontrarnos en unas circunstancias en las que se pone en franco riesgo nuestra seguridad), pero hay muchas otras en las que la respuesta de nuestro organismo estará provocada por el hecho de que hemos asumido o imaginado una amenaza que es más supuesta que real. Así pues, si en el ejemplo de la cita romántica las dudas sobre la reciprocidad de los sentimientos no hubieran aparecido, la ansiedad tampoco habría estado presente; o si en el caso del atasco de tráfico, la persona simplemente adquiriera conciencia de que demorarse unos minutos no le impediría llevar a cabo las mismas actividades que planeaba hacer llegando con puntualidad, la ansiedad se desvanecería.



Figura 1.3. A pesar de que nuestro entorno ha cambiado notablemente desde los orígenes de la humanidad y con él las causas de nuestra ansiedad, seguimos respondiendo de la misma manera ante lo que interpretamos cómo un peligro, bien sea un depredador, bien una importante reunión de trabajo.

Diferencias individuales

Que no todos somos iguales ni respondemos de la misma manera frente a situaciones idénticas es una obviedad de la que tampoco escapa la ansiedad. Hay personas con una capacidad superior para percibir o interpretar amenazas a su alrededor, mientras otras parecen ajenas a cualquier peligro. Así por ejemplo, cuando nosotros estamos temblando y el corazón parece salirnos del pecho mientras estamos esperando a realizar una entrevista de trabajo, otro candidato sentado a nuestro lado ojea relajadamente una revista. La herencia genética, las experiencias vividas durante los primeros años de vida, la historia personal más reciente o la importancia que se dé a determinada situación pueden explicar las diferentes reacciones de las personas ante un mismo escenario.

Como decíamos al principio de este libro, la ansiedad es una predisposición innata de los organismos para responder frente a un potencial peligro que se transmite genéticamente. Como todo lo que heredamos de nuestros padres, está sujeto a pequeñas variaciones o matices entre las personas. Mientras unos heredan unos brillantes ojos azules, otros los heredan de color azabache; al igual que alguno de nuestros padres, nosotros podemos nacer con cierta predisposición a padecer migrañas, mientras otros parecen nacer inmunes al dolor de cabeza.

De la misma manera, nuestros progenitores pueden transmitirnos un código genético que nos haga propensos a mayores aceleraciones cardíacas, mayor tensión muscular, sudoración, etcétera ante potenciales peligros; en otras palabras, más propensos a sentir la respuesta de ansiedad. Es más, al igual que también nos pueden transmitir genéticamente una mayor aptitud de razonamiento numérico y, por tanto, facilidad para las matemáticas, o una mayor capacidad memorística; pueden igualmente transmitirnos una mayor tendencia a juzgar las cosas como peligrosas o a intranquilizarnos ante situaciones nuevas o sobre las que tenemos poco control.

Lógicamente, las experiencias que vivamos los primeros años de nuestra vida también determinarán cuan ansiosos seremos de adultos, es decir, como acaban expresándose esos genes que hemos adquirido.

Al igual que un niño que hereda una buena aptitud numérica no la desarrollará plenamente si no es adecuadamente escolarizado o estimulado a ponerla en práctica, alguien que hereda una elevada propensión a la ansiedad podrá verla atenuada si su entorno durante la infancia no es excesivamente protector o no se le inculca el temor a lo desconocido o a determinadas situaciones. Por el contrario, si el niño con una buena capacidad innata para las matemáticas es adecuadamente estimulado y alentado a desarrollarla, fácilmente despuntará como matemático o físico; de la misma manera, el niño que hereda una forma de ser ansiosa, si vive sobreprotegido o en un entorno temeroso, muy

probablemente crecerá con una elevada propensión a experimentar ansiedad ante muy diversas situaciones.

Refiriéndonos a una situación concreta, es claro que cada persona responderá de una u otra manera —relajada o ansiosamente— dependiendo de su historia personal más reciente o de la importancia que dé a ese hecho concreto. Por seguir con nuestro ejemplo de la entrevista laboral, es lógico pensar que, independientemente del temperamento de cada persona —determinado como hemos dicho por sus genes y experiencias tempranas— aquél que haya sido ya rechazado en tres entrevistas previas estará más ansioso que aquel que acude a la entrevista sin haber sufrido un desengaño reciente. Muy probablemente, el primero puede interpretar que sus opciones se agotan o que tiene poco que ofrecer, mientras el segundo mantendrá la esperanza de poder disfrutar de más oportunidades.

En definitiva, y como ya habíamos mencionado, la manera en cómo interpretemos lo que nos sucede implicará que nos sintamos más o menos ansiosos. Esa interpretación dependerá en buena medida de nuestras experiencias más recientes y de las que tuvimos durante el desarrollo de nuestra personalidad. Una persona con un temperamento ansioso es probable que fácilmente experimente ansiedad en múltiples situaciones. Ahora bien, ello no quiere decir que los que tienen una manera de ser más relajada no puedan llegar a sentir una fuerte ansiedad en determinados momentos. Tan solo sería necesario que una mala racha o afrontar sucesos a los que se otorgue una elevada importancia les llevaran a producir interpretaciones (pensamientos) capaces de disparar la alarma interna de su organismo. Éste pasaría automáticamente a ponerse en guardia ante la potencial amenaza, y los signos de la ansiedad (taquicardia, sudoración, temblor, malestar abdominal, tensión muscular, respiración acelerada, etcétera) podrían fácilmente ponerse de manifiesto.

La sutil división entre ansiedad y miedo

Los importantes avances tecnológicos de los últimos años nos han permitido ahondar de manera destacada en el funcionamiento del cerebro humano. Gracias a este adelanto en nuestros conocimientos sobre los procesos mentales, somos más capaces de diferenciar entre respuestas que hasta la fecha eran poco distinguibles. Así, hoy en día podemos afirmar que la ansiedad y el miedo no son la misma respuesta, si bien, los fenómenos periféricos que las acompañan (la manera como nuestro organismo se comporta al experimentar esas emociones) son muy parecidos. En otras palabras, tanto cuando estamos ansiosos como asustados nuestro ritmo cardíaco se acelera, nuestra musculatura se tensa, nuestra digestión se detiene, nuestro flujo sanguíneo se concentra en

aquellas zonas donde más necesario es, nuestras pupilas se dilatan, nuestra temperatura aumenta, sudamos... pero en uno y otro caso lo que está sucediendo en nuestro cerebro no es exactamente lo mismo.

Mientras la ansiedad parece estar en buena parte mediada por un núcleo cerebral situado en la base de la estría terminal, el miedo estaría más relacionado con la participación del núcleo central de la amígdala. El hecho de que tanto al estar ansiosos como asustados nuestro cuerpo reaccione de manera muy parecida, estaría explicado por el hecho de que ambas estructuras cerebrales (los núcleos citados en la estría terminal y en la amígdala) parecen compartir un gran número de conexiones, o lo que es lo mismo, parecen enviar información a las mismas zonas del cerebro que en su turno producirían las reacciones que observamos en nuestro cuerpo.

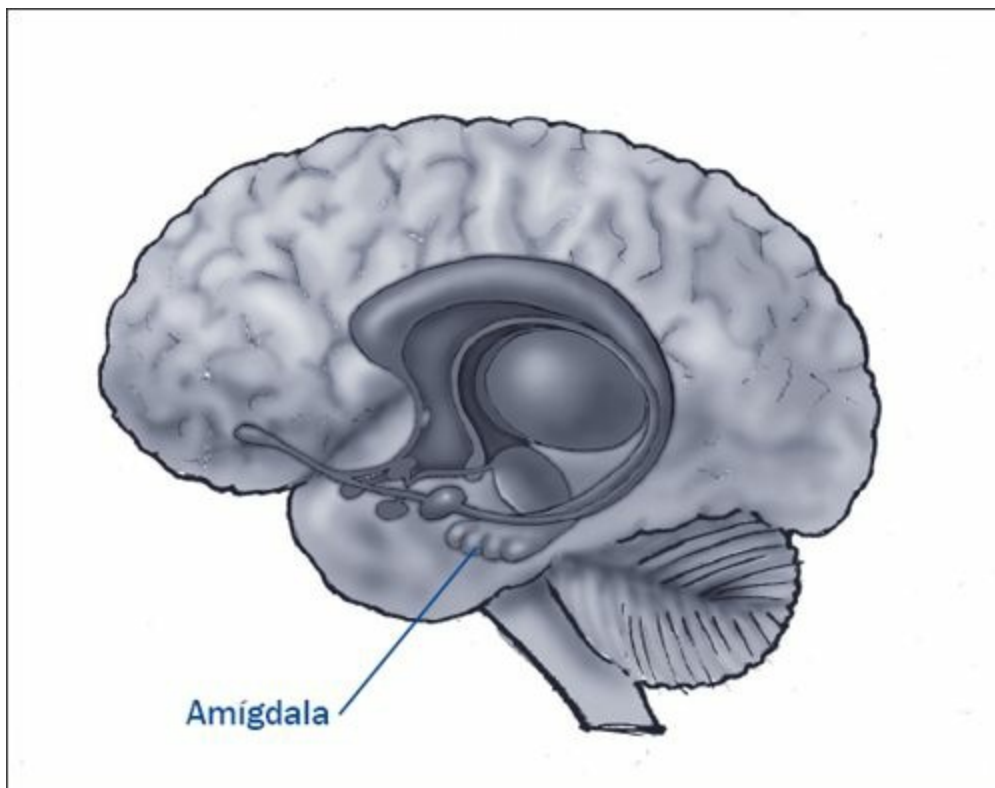


Figura 1.4. Los últimos avances tecnológicos nos han permitido conocer mejor cómo funciona nuestro cerebro cuando experimentamos unas u otras emociones. Así, ahora sabemos que la amígdala es una estructura cerebral muy relacionada con la experiencia del miedo.

Por otra parte, las dos estructuras cerebrales de las que estamos hablando parecen estar también muy bien conectadas entre sí, lo cual no es de sorprender si tenemos en cuenta que cuando nos ponemos ansiosos nos acabamos asustando, o lo que es lo mismo, que en muchas ocasiones la ansiedad no deja de ser una respuesta previa al miedo. Como ya hemos venido hablando, consideramos ansiedad la respuesta de preparación que se da ante

una potencial amenaza, se trata pues de una respuesta de activación de nuestro organismo que se produce ante un estímulo difuso, poco concreto.

Recordemos que en el ejemplo de la gacela la respuesta de ansiedad se daba cuando percibía cierto movimiento detrás de unos matorrales. En realidad, la gacela aún no tenía motivo para estar asustada, podría ser que el causante de ese movimiento fuera un animal inofensivo o incluso el viento. Aún así, sí era conveniente estar preparada por si resultaba que un depredador era el origen de ese movimiento. Esa preparación del organismo era lo que llamábamos ansiedad. Mientras la duda se mantenía, la ansiedad estaba presente y el animal no se dejaba distraer por su sed. En el momento en que de los matorrales asomaba un babuino (pongamos por caso), la ansiedad desaparecía y la activación del organismo volvía progresivamente a su estado normal, no había motivo para seguir alerta y el animal volvía a beber distraídamente.

¿Pero que sucedería si de entre los matorrales asomara una leona? En ese caso la activación del organismo se mantendría y por muy sedienta que estuviera, la gacela echaría a correr lejos de aquel lugar. En este caso, el estímulo que provoca esa reacción ya no es difuso, no se trata de una potencial amenaza, sino de un estímulo muy concreto: un depredador. Es ese momento la gacela ya no está ansiosa, sino que experimenta miedo.

Un ejemplo paralelo con un animal humano lo podemos encontrar en el supuesto que anteriormente planteábamos de alguien que caminaba de noche por una zona apartada y solitaria de su ciudad. Su estado general era de ansiedad, lo cual le hacía estar mucho más alerta de lo habitual a movimientos o sonidos que ocurrieran a su alrededor. Era capaz de percibir estímulos presentes en su entorno (un ruido, una sombra, etcétera) que en otras circunstancias le habrían pasado desapercibidos. Hasta aquí, su estado emocional estaba explicado por una potencial amenaza (la posibilidad de ser asaltado), pero en realidad y hasta entonces nada malo estaba pasando. Ahora bien, si de una esquina asomara alguien con clara intención de asaltarlo, la ansiedad se tornaría en miedo y, como en el caso de la gacela, sería probable que la persona de nuestro ejemplo arrancara a correr.

Como se desprende de este ejemplo, es habitual que la ansiedad sea un estado de mayor duración que el miedo. Por regla general, la ansiedad puede mantenerse durante un largo período de tiempo. Mientras exista una potencial amenaza la ansiedad puede mantenerse. Aun así, lo más normal es que ese estado no se mantenga inalterado, sino que vaya fluctuando en intensidad a lo largo del tiempo. Por su parte, el miedo sería una respuesta más breve en el tiempo, la reacción a un peligro concreto. Si corriendo dejáramos atrás a nuestro perseguidor y lo perdiéramos de vista el miedo desaparecería, aún

cuando es posible que la ansiedad se mantuviera hasta que llegáramos a casa. Si no consiguiéramos huir de él y nos asaltase, nuestro miedo desaparecería cuando partiera con su botín, pero no así la ansiedad que muy probablemente nos acompañaría durante un buen rato.

Esta distinción entre ansiedad y miedo, aunque sutil, tiene importancia. Como veremos más adelante en el caso de las crisis de angustia, la ansiedad jugará un papel desencadenante mientras que el miedo conformará la crisis en sí misma.

La ansiedad y el miedo como problemas

Hasta el momento hemos hablado de la ansiedad y el miedo como respuestas normales del organismo y presentes en todos nosotros, pero lo cierto es que en los manuales de psicopatología aparece una categoría de problemas bajo el título de «Trastornos de Ansiedad». Si tener ansiedad o miedo no constituye un problema en sí mismo, ¿qué son los trastornos de ansiedad?

Responderemos a la pregunta con un ejemplo, Juan tenía unos 35 años cuando nos consultó por sus problemas de ansiedad. Algunas de las situaciones que le producían malestar podrían parecer «razonables» a muchos de nosotros, entre ellas: viajar en avión, conducir de noche por una autopista, o andar solo por la montaña o zonas deshabitadas. Son muchas las personas que no se sienten atraídas por el hecho de subir a un avión o que si pueden lo evitan y viajan por otros medios. También los hay que prefieren conducir de día a hacerlo de noche, o los que prefieren circular por carreteras transitadas a aventurarse por autopistas o carreteras solitarias y oscuras. Tampoco son muchos los que disfrutarían de una excursión campestre en solitario.

Así pues, ¿qué hacía que esos miedos pudieran considerarse un problema en el caso de Juan? Él renunció a un sustancial ascenso en su trabajo debido a la posibilidad de que su nuevo puesto implicara la necesidad de viajar en avión. Simplemente, no podía soportar la idea de volar y estaba seguro que llegado el momento sería del todo incapaz de hacerlo.

Explicaba también que en una ocasión se le hizo tarde al volante. A medida que oscurecía se iba sintiendo mal, su corazón se aceleraba, se sentía mareado y notaba la falta de aire. En la primera ocasión que tuvo paró el coche y llamó a casa para que le fueran a buscar. Su mujer y su cuñado tuvieron que ir en su ayuda, ya que él era incapaz de conducir los menos de 30 kilómetros que le quedaban para llegar a casa.

Tiempo atrás Juan había disfrutado de la montaña, practicaba el excursionismo e incluso había escalado algunos picos. En el momento en que decidió buscar ayuda por su ansiedad era del todo incapaz de adentrarse en un bosque ni que

fuera acompañado. No podía soportar la idea de necesitar ayuda y estar lejos de un lugar donde pudiera recibir asistencia médica.

Ana María tenía un problema similar al de Juan, sufría repentinas crisis de angustia y había aprendido a atemorizarse por un gran número de situaciones. Entre ellas: viajar en autobús urbano, usar un ascensor y echar el cierre de una puerta cuando estaba sola en la habitación.

A simple vista puede apreciarse que las situaciones que atemorizaban a Ana María eran más invalidantes que las de Juan. En otras palabras, si imaginamos que somos nosotros quienes sufrimos esos miedos, seguramente procuraríamos llevar una vida relativamente parecida a la que tenemos ahora, pero sin hacer uso de aviones, conducir de noche o adentrarnos en un bosque. Bastaría con limitar nuestros viajes a distancias alcanzables en tren o coche, dejar que nuestro acompañante condujera en caso de oscurecer, planificar nuestros trayectos para que empezaran y terminaran con el crepúsculo, u olvidarnos de organizar excursiones por la montaña.

Ahora bien, imaginemos que no podemos hacer uso del transporte público, de ascensores o de echar el cerrojo a una puerta. Nuestra capacidad de desplazarnos por la ciudad estaría mucho más limitada y, posiblemente, no podríamos ir a muchos de los lugares que ahora frecuentamos. No hacer uso de los ascensores quizás sería menos problemático y nos mantendría en forma, pero ¿qué sucede si hemos de empujar un carrito de la compra o el cochecito de un bebé? En esos casos, usar un ascensor se hace mucho más necesario. Finalmente, no poder encerrarnos solos en una habitación es altamente problemático. Imagínese cuantas veces ha hecho eso al usar un baño público, o incluso el baño de su casa cuando tiene visitas o cuantas veces ha estado solo/a en casa y, lógicamente, ha mantenido la puerta de la calle cerrada.

Otra de las diferencias que salta a la vista entre los miedos de Juan y los de Ana María está en lo insólito de los mismos. Mientras que muchas personas podrían compartir los miedos de Juan, aún sin llevarlos a los mismos extremos que éste, los miedos de Ana María son mucho menos frecuentes entre nosotros. Muy probablemente, nos sorprenderíamos mucho más si alguien cercano nos confesara su miedo a quedar encerrado en un baño o a subirse al autobús, que si nos revelara su temor por subirse a un avión o por conducir de noche por una autopista. A fin de cuentas, la mayoría de nosotros entenderíamos como más peligroso lo segundo que lo primero, y no olvidemos que la ansiedad y el miedo hacen precisamente referencia a eso, a la anticipación de un peligro o a toparse con él.

Así pues, ¿cuándo consideraremos la existencia de un trastorno de ansiedad?

Cuando la ansiedad sea excesiva en intensidad o se produzca ante situaciones no susceptibles de ser peligrosas. Juan representa un buen ejemplo del primer supuesto: aunque estadísticas en mano pudiéramos aceptar que conducir de noche por una autopista entraña cierto peligro, la mayoría de nosotros afronta esa situación con mayor o menor tranquilidad y no necesita llamar a casa para que alguien venga a conducir nuestro coche una vez ha oscurecido. Parece claro que aquí el problema radica en que a Juan su ansiedad le sobrepasaba y no le permitía pensar y obrar con normalidad, como la mayoría de nosotros actuaríamos.

Ana María nos sirve muy bien para el segundo de los supuestos: dar vuelta al cerrojo del baño no entraña peligro alguno. Estadísticas en mano, antes debería evitar comer setas por miedo a un envenenamiento o acostarse en la cama, ya que son muchos más los que mueren mientras duermen que no los que lo hacen encerrados en el baño. Así pues, en este caso la ansiedad aparece ante una situación que claramente no lleva asociada ningún peligro real. Ni que decir tiene que en ambos casos se cumplía un tercer supuesto para considerar la presencia de un trastorno psicológico: la ansiedad interfería en el desarrollo de sus actividades profesionales o de ocio (en ambos casos limitaba sus posibilidades de llevar una vida normal) y/o producía un importante malestar subjetivo (en ambos casos existía una sensación de inadecuación e insatisfacción con uno mismo y con su vida).

Aunque los ejemplos presentados puedan parecer casos extremos del trastorno al que se dedica este libro (trastorno de angustia con agorafobia), no es así. Un gran número de personas que sufren ataques repentinos e incontrolables de ansiedad llegan a temer a tantas situaciones de la vida cotidiana y con tanta intensidad que quedan confinados al propio hogar y a moverse por un perímetro muy corto de su propia vivienda. La mayoría de ellos sólo se aventurarán a superar esos límites mentales en compañía de alguien que les ofrezca seguridad y, en algunos casos, ni aún así.

Puntos clave:

- La ansiedad y el miedo son respuestas normales de nuestro organismo que se producen frente a peligros potenciales (la ansiedad) o reales (el miedo). Han estado presentes desde el origen de nuestra especie y nos han servido para subsistir y mantenernos en el planeta. Así que lo irracional no es sufrir ansiedad o miedo en determinadas situaciones, sino pretender no experimentar nunca esas respuestas.
- La valoración inicial de peligro tiene lugar a un nivel muy primitivo de nuestro cerebro, fuera de nuestro control voluntario. Pensemos que los ratones sufren ansiedad y miedo, y lógicamente sus cerebros no permiten grandes racionalizaciones como las que podemos hacer los humanos. Así pues, la ansiedad y el miedo pueden considerarse respuestas automáticas de nuestro organismo.
- Son muchas las situaciones capaces de provocarnos ansiedad y miedo. Que experimentemos esas emociones dependerá en gran medida de los pensamientos que pasen por nuestra cabeza en un momento determinado.
- La ansiedad y el miedo son un problema que merece atención especializada cuando limitan el funcionamiento normal de una persona por ser excesivas o aparecer en momentos inadecuados.

2. Las crisis de angustia

Las crisis de angustia también reciben el nombre de ataques de pánico o de ansiedad. A pesar de ello, la traducción que figura en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada es la de crisis de angustia y, por ello, éste es el nombre que usaremos en este libro.

Entendemos por crisis de angustia la aparición repentina de los síntomas físicos propios de la ansiedad y/o el miedo acompañados de la sensación de pérdida de control sobre uno mismo o del propio juicio, o del convencimiento de muerte inminente.

Las sensaciones físicas más comunes incluyen taquicardia, opresión torácica, sudoración, temblores, falta de aire, náuseas, mareo o vértigo, sensación de atragantamiento y adormecimiento de manos y/o pies. Estos síntomas, llegan a presentar una muy elevada intensidad en un escaso lapso de tiempo y desaparecen de manera progresiva en unos minutos, si bien pueden dejar una sensación residual de malestar que puede durar horas.

Los síntomas citados son los más comunes, pero no los únicos. Probablemente, debido a diferencias individuales en la respuesta fisiológica de nuestro organismo, hay quienes fundamentalmente sienten mareo o vértigo acompañados de alteraciones visuales y sensación de pérdida de equilibrio y/o desmayo; hay quienes sienten más los síntomas de índole cardíaca, como palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire y que creen estar sufriendo un infarto; hay los que perciben un nudo en la garganta que no les deja tragar y sensación de ahogo; y así muchas combinaciones distintas posibles.

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas

4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Figura 2.1. Criterios a cumplir para considerar el diagnóstico de crisis de angustia según la última edición del manual de trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Las crisis de angustia pueden aparecer de manera descontextualizada o asociadas a una situación concreta. Las primeras serían aquellas que se dan de manera inesperada. Quien las sufre no es capaz de detectar nada en su entorno que pueda haberle puesto nervioso y, por tanto, explicar esa reacción aguda de ansiedad. Ningún indicio le había puesto en guardia.

Las crisis asociadas a una situación serían aquellas que se disparan en un momento en el que la persona sabe que su ansiedad se estaba incrementando. La persona tiene capacidad de predecir que algo puede pasar, y que ese algo es probablemente una crisis de angustia. Por ejemplo, teniendo en cuenta que siempre he sentido pánico por las arañas, si me encuentro cara a cara con uno de estos animales sé que mi reacción será una crisis de angustia. De hecho, si he de entrar en un lugar donde es probable que me encuentre con una araña, como por ejemplo una bodega o una casa deshabitada, ya lo haré con el corazón latiendo a toda prisa y sintiéndome muy nervioso, sabiendo que si me topo con una de ellas, mi ansiedad se desbordará en forma de crisis. También es cierto que sé que esta crisis se diluirá en el mismo momento en que la araña desaparezca de mi vista o yo salga del lugar donde la he encontrado. Así pues, la diferencia entre unas y otras no radica en los síntomas que producen, sino en el hecho de aparecer de manera totalmente inesperada o en un momento en el que quien las sufre presumía que esto podía suceder.

Las crisis de angustia que aquí más nos interesan son las inesperadas, las que aparecen de la nada, ya que son las que se relacionan con el trastorno de angustia al que se dedica este libro.

Para entender mejor qué es una crisis de angustia volvamos al ejemplo de Juan y observemos cuándo y cómo empezaron sus problemas de ansiedad. Juan era un ejecutivo de una importante firma. Su trabajo le obligaba a desplazarse con cierta regularidad a distintas ciudades de su país y, ocasionalmente, al

extranjero.

En uno de esos viajes nacionales en que, como de costumbre, tenía organizada una apretada agenda, pasó algo que cambió de manera radical su manera de sentirse y actuar, y que puso en dificultades su carrera profesional y su vida privada: Al final del segundo día de trabajo Juan volvió al hotel, tomó una ducha, se cambió, se tumbó en la cama y encendió el televisor dejando pasar el tiempo hasta que su colega llamara a su puerta para salir a cenar. Al salir del baño, ya notó un leve mareo al cual inicialmente no dio ninguna importancia, pero estando en la cama y cuando él esperaba sentirse relajado, ese mareo pareció repentinamente intensificarse y acompañarse de palpitaciones. Por su cabeza rápidamente pasó la idea de que algo iba mal y que podría estar sufriendo un infarto. En escasos minutos, esos síntomas se habían multiplicado en intensidad y se acompañaron de otras sensaciones como falta de aire y una intensa opresión en el pecho. A partir de ese momento, se convenció de que debía estar sufriendo un ataque al corazón. Se quedó inmóvil en la cama pero sus síntomas, más que disiparse, parecían aumentar. Sentía la urgencia de salir de allí, como si en esa habitación no hubiera aire suficiente para respirar. Le costaba razonar con claridad y se sentía abrumado por sus sensaciones y por su convencimiento de que estaba sufriendo un ataque al corazón que acabaría con él.

A duras penas, se acercó a la ventana y la abrió con la intención de respirar aire fresco. El frío de la calle pareció mejorar ligeramente su estado y calmar el calor que también había empezado a sentir en la cara. Con un poco más de lucidez, decidió que debía buscar ayuda de inmediato, así que salió de su habitación y con esfuerzo bajó a la recepción preguntando por un médico. Le acompañaron a una sala apartada, se sentó en una butaca frente a una ventana abierta y en pocos minutos un médico estaba con él.

Aún y no sintiéndose del todo bien, sus síntomas habían mejorado y después de una rápida exploración el médico le dijo que lo que había sufrido era ansiedad, que no había motivo de preocupación por su salud y que le recomendaba disminuir el ritmo de trabajo que llevaba. Le dio unas pastillas que le ayudarían a recuperarse y una receta para que al día siguiente comprara más si aun las precisaba. Juan tomó una pastilla y guardó dos más por si las necesitaba más tarde. Subió a su habitación, canceló la cena con su colega, pidió algo ligero para comer al servicio de habitaciones y se fue a dormir con la esperanza de que lo peor ya hubiera pasado.

A la mañana siguiente, Juan se levantó y se preparó para afrontar su tercer y último día de trabajo en aquella ciudad. Siguiendo el consejo del médico, iba dispuesto a tomarse el día con más calma. Por si acaso, antes de salir de la

habitación se puso las dos pastillas que le habían sobrado del día anterior en el bolsillo y bajó hacia la recepción donde le esperaba su colega.

Cuando se disponía a salir del hotel, notó que el mareo volvía, percibió cierta aceleración en su ritmo cardíaco y un malestar inespecífico que rápidamente le echó atrás. Volvió a entrar y se sentó en una butaca. A pesar de que mentalmente se repetía las palabras que el médico había usado la noche anterior: «es ansiedad y no hay motivo de preocupación», en su cabeza coexistía la duda de si no podría ser otra cosa y hasta que punto podría ser grave. Los síntomas eran de menor intensidad que el día anterior, pero el miedo aún existía.

Finalmente, su colega se ofreció a solucionar solo lo que quedaba por hacer esa mañana, y así Juan podría descansar en la habitación y recuperarse del todo antes de iniciar el viaje de vuelta. Así se hizo. Juan subió a su habitación, se tomó otra de las pastillas que le había dado el médico y se tumbó a descansar un rato.

A mediodía Juan se encontraba mucho mejor y su colega ya estaba de regreso. Como la ciudad donde estaban se encontraba tan sólo a 400 kilómetros de casa, ese viaje lo habían hecho en coche para tener mayor flexibilidad en el horario de vuelta. Comieron en el mismo hotel y se dispusieron a salir. Esta vez, y recordando lo que había sucedido esa misma mañana, Juan se tomó la última pastilla que conservaba antes de salir del hotel. Como prevención, compró una caja de esas pastillas en una farmacia cercana antes de iniciar el viaje de regreso.

En principio todo parecía ir bien, pero cuando oscureció y otros vehículos encendieron sus faros, Juan empezó a tener la sensación de que esas luces le mareaban. Los reflejos en los espejos retrovisores o los destellos de los vehículos que circulaban en dirección opuestas parecían molestarle más de lo normal. Esa extraña sensación de incomodidad le hacía sentirse mareado y rápidamente imaginó que podría pasar si conduciendo le sobreviniera uno de esos achaques: «Lo más probable es que perdiera el control y tuviéramos un accidente». Su malestar se disparó, los síntomas aumentaron en intensidad y así su miedo a estrellarse por culpa de un desvanecimiento. Paró el coche en la cuneta y le pidió a su compañero de viaje que siguiera él al volante. En esta ocasión no necesitó tomarse otra pastilla para tranquilizarse. Dejar el volante y cerrar los ojos por un rato produjeron el efecto deseado y rápidamente se encontró mejor.

Cuando Juan se decidió a consultar un especialista habían pasado cinco años desde ese día. Los ataques de angustia se habían repetido en contadas

ocasiones, pero en muchísimas más había sentido la inminencia de un ataque, aunque casi siempre había conseguido detenerlo; como había sucedido aquella mañana en el hotel o aquella tarde en el coche. En algunas ocasiones, el posible ataque era prevenido con las pastillas (de las cuales había tomado muchas más durante esos cinco años) y otras veces lo lograba cambiando su comportamiento (como cuando dejó conducir a su compañero y se sintió mejor). El problema radicaba en que Juan vivía con el temor a sufrir una de esas crisis en cualquier momento. Así pues, dondequiera que fuera llevaba aquellas pastillas mágicas en el bolsillo y su vida estaba en gran medida determinada por esa amenaza. Todo lo que hacía o dejaba de hacer era decidido en función de cómo podría afectar a su ansiedad.

¿Qué causa las crisis de angustia?

Lo primero que debemos reconocer los terapeutas es que a ciencia cierta no sabemos que causa las crisis de angustia, o si más no, que no sabemos que puede estar causando la primera crisis de angustia que padece una persona y que acostumbra a aparecer de la nada, sin más. Ahora bien, en lo que sí parece que hemos avanzado bastante es en el desarrollo de modelos psicológicos que permiten explicar como las crisis de angustia se repiten en el tiempo y se convierten en un problema. Además, dichos modelos nos han ayudado a elaborar programas de tratamiento que demuestran tener una buena eficacia para evitar que las crisis se repitan.

Desde una perspectiva fundamentalmente fisiológica, una de las teorías que mayor aceptación ha tenido para explicar como ocurre una crisis de angustia ha sido la de la falsa alarma de asfixia. Según esta teoría, nuestro cerebro dispone de un sistema de alarma que detecta las variaciones en el equilibrio de oxígeno (O₂) y dióxido de carbono (CO₂) del aire que respiramos. Cuando este equilibrio se rompe y la concentración del CO₂ alcanza niveles peligrosos para nuestra salud (el aire se hace irrespirable), este sistema de alarma integrado en nuestro cerebro se dispara y provoca una hiperventilación junto a la necesidad de huir de la situación.

Según Donald Klein (quien postuló esta teoría), las personas que sufren crisis de angustia tendrían un sistema de alarma tan sensible que se dispararía ante situaciones en las que la variación de O₂ y CO₂ es imperceptible para la mayoría de nosotros y nada peligrosa para la salud. Ejemplos de situaciones que pueden producir desequilibrios entre O₂ y CO₂ pueden ser: estar en medio de una multitud, en una habitación poco aireada, como resultado de alteraciones respiratorias banales como las que suceden durante un resfriado, el ejercicio físico, etcétera. A pesar de lo atractivo de esta teoría, uno de los problemas fundamentales de los que adolece es que sólo sirve para explicar parte de las

crisis de angustia, es decir, aquellas que cuentan con síntomas cardiorrespiratorios como manifestación principal. Pero como veíamos anteriormente, muchas otras combinaciones de síntomas, entre los que no está la hiperventilación, son posibles y en estos casos la teoría de la falsa alarma de asfixia parecería difícilmente aplicable.



Figura 2.2. Según la teoría de la falsa alarma de asfixia, situaciones en las que se produzca un ligero cambio en la concentración de CO_2 y O_2 que absorbemos son susceptibles de precipitar una crisis de angustia en aquellas personas con un sistema de alarma especialmente sensible.

Usando una óptica más psicológica, se conciben las crisis de angustia como el resultado de un miedo excesivo a las sensaciones físicas que produce un círculo vicioso en el que la percepción y el miedo a esas sensaciones no hace más que incrementarlas en número e intensidad, lo que llamaremos el círculo de la angustia. El problema fundamental de este modelo radica en que no da respuesta a la pregunta «¿qué ha causado la sensación física?».

Como veremos en el capítulo siguiente dedicado al trastorno de angustia, no sabemos exactamente qué causa esa primera sensación, pero sí conocemos diversos factores que facilitan que exista esa percepción. También ha de quedar claro a medida que vayamos desarrollando la explicación y, sobre todo al hablar de tratamiento, que en realidad responder a esa pregunta no es trascendente. Las personas que sufren crisis de angustia convierten esa pregunta (¿cuál es el origen de mis sensaciones?) en el foco de su búsqueda de ayuda, pero la función del terapeuta será ayudarles a comprender que lo importante no es saber de donde han venido, sino conocer qué las está manteniendo presentes para así dejar de alimentarlas y hacerlas desaparecer.

Para entender mejor el círculo de la angustia volvamos al caso de Juan.

Recordaremos que Juan estaba tendido en la cama esperando relajarse cuando sintió un ligero vahído. Qué causó esa sensación no lo sabemos, ni probablemente lo sabremos nunca. Podríamos encontrar muy variadas explicaciones: podría haber sido una reacción a la ducha de agua caliente, o producida por bajos niveles de azúcar al llevar muchas horas sin comer, o simplemente ser una sensación aislada como las que podemos percibir en muchos momentos del día.

Como organismos vivos, nuestro cuerpo está en constante cambio, continuamente están pasando cosas en nuestro interior: movimientos intestinales, músculos que se tensan y relajan, sangre que fluye por nuestras arterias y venas, un corazón que late con un ritmo variable, pulmones que se ensanchan y contraen, etcétera. Todos estos procesos son susceptibles de generar sensaciones. Para corroborarlo, sólo es necesario hacer la prueba de apuntar en una hoja de papel todas las sensaciones que seamos capaces de notar en un día, por pequeñas o banales que nos parezcan. Lo más probable es que acabemos con una extensa lista de latidos desacompañados, espasmos musculares, hormigueos, temblores, etcétera. Para la mayoría de nosotros, esas sensaciones son intrascendentes y, aunque las notemos, no les prestamos atención y no son procesadas por nuestro cerebro.

Muy probablemente ése no fue el caso de Juan. Su cerebro detectó esa ligera sensación de mareo y le atribuyó una importancia excesiva. En ese justo momento una alarma se disparó en su cabeza: «¡Cuidado! ¿Qué ha sido esto?». Ya sabemos que una alarma (la detección de un posible peligro) comporta una respuesta de ansiedad. ¿Pero qué es la ansiedad? ¡Sensaciones! Aumentos del ritmo cardíaco, hiperventilación, tensión muscular... y también un aumento de atención sobre la fuente del peligro: en este caso el mareo. Así, tenemos a Juan generando una alarma por una sensación sin importancia y, como consecuencia de ello, provocando aun más síntomas físicos y atendiendo rigurosamente a cualquier sensación física que se produzca. Si su cerebro había atribuido un peligro al hecho de notar un mareo, ahora no sólo notaba esa misma sensación, sino también un mayor malestar: vahído inicial + sensaciones relacionadas con la ansiedad.

Una vez esto se ha producido, podríamos decir que la ansiedad deja paso al miedo. En ese momento Juan no sólo percibía una posible amenaza, sino que se encontraba cara a cara con un peligro real. Por volver a nuestro ejemplo de la gacela, el rumor tras los matorrales había dejado paso a la clara visión de una leona hambrienta; en el caso de Juan esa leona era la certeza de estar sufriendo un ataque al corazón (aunque su certeza demostrara más tarde ser falsa).

El miedo implica mayores activaciones, luego más sensaciones físicas y, por

tanto, mayor certeza de estar en franco riesgo de morir y así sucesivamente. Se crea un círculo vicioso en el que a mayor atención e importancia concedida a las sensaciones, mayor número y más intensas sensaciones se tienen. Por suerte, este círculo no es eterno y aunque no se haga nada para detenerlo (tomar una pastilla, abrir una ventana para respirar mejor o refrescarnos, etcétera) en unos minutos inicia un retroceso. No olvidemos que lo que está sucediendo es algo normal y adaptativo, es decir, que nuestro organismo no está haciendo otra cosa que prepararse para hacer frente a una amenaza. En realidad, dicha amenaza no existe sino que la hemos generado nosotros mismos al atender a esas sensaciones físicas y creer que eran un indicio de que algo nocivo estaba sucediendo en nuestro cuerpo.

En el momento en que se hace evidente a nuestro cerebro que el peligro no existe y por tanto que esa activación del organismo es innecesaria, la respuesta de ansiedad/miedo se desactiva y nuestro cuerpo vuelve progresivamente a la actividad normal (nuestras pulsaciones retornan a sus valores habituales, la digestión se reinicia, la presión arterial se normaliza, etcétera). De hecho, eso fue lo que pasó con Juan, al cabo de unos minutos y al sentirse socorrido por el personal del hotel. Sus síntomas empezaron a remitir aun y cuando el médico no había tenido todavía tiempo de descartar una enfermedad grave.

Pero ¿qué pasó entonces al día siguiente, cuando Juan intentó salir del hotel? ¿Y en el coche? ¿Y las incontables veces que después de ese día Juan había sufrido crisis o había estado a punto de sufrirlas durante los cinco años que transcurrieron antes de que pidiera ayuda a un especialista? Exactamente lo mismo.

La mayor diferencia probablemente sea que en la primera ocasión la crisis de angustia fue del todo inesperada, mientras que en buena parte de las ocasiones que siguieron Juan mostraba aprensión a que el ataque pudiera suceder de nuevo y, por tanto, mantenía cierta vigilancia sobre lo que estuviera pasando en su cuerpo.

Veamos, por ejemplo, el amago de crisis de angustia que sufrió en el coche volviendo de viaje. Juan subió al coche queriendo pensar que todo iría bien y que ya no volvería a sufrir una crisis similar a la del día anterior o al amago de esa mañana. Aún así, Juan había tomado una pastilla después de comer y había comprado una caja de ellas «por precaución». Esto denota que en su cabeza existía aprensión por la posibilidad de sufrir una nueva crisis. Con esta «amenaza» en la cabeza, ¿qué podía estar pasándole a Juan? Casi con toda seguridad Juan estaba moderadamente ansioso, lo cual implica que estaba moderadamente activado y vigilante de las sensaciones que provenían de su cuerpo.

Durante buena parte del viaje no pasó nada. Muy probablemente las sensaciones de Juan se mantenían por debajo del valor crítico para manifestarse y hacerle entrar en el círculo de la angustia que hemos descrito anteriormente. No obstante, fue oscureciendo y lógicamente su visión fue empeorando. Todos tenemos un campo visual más reducido cuando conducimos de noche que cuando lo hacemos de día, y a la mayoría de nosotros nos resulta molesto el reflejo de las luces, aunque lo soportamos sin darle mayor importancia.

En el caso de Juan, esos estímulos fueron probablemente suficientes para aumentar su alerta y hacerle estar más vigilante, lo cual provocó que las sensaciones que hasta ese momento se habían mantenido marginales llegaran a sobrepasar el umbral mínimo para ser detectadas. Una vez detectado el mareo (o cualquier otra sensación) la secuencia es a grandes rasgos la misma en todas las crisis de angustia: detección de una sensación corporal → alerta sobre la misma «¡Cuidado! Algo está pasando» y vigilancia sobre esta y otras sensaciones → ansiedad = más sensaciones → miedo por posible consecuencia catastrófica (en este caso: «si me desmayo tendremos un accidente grave») → más activación del organismo para hacer frente al supuesto peligro → más sensaciones → mayor peligro percibido («el desmayo está más cerca, me siento peor») → mayor activación → más sensaciones... y ya estamos dentro del círculo de la angustia que explica las crisis.

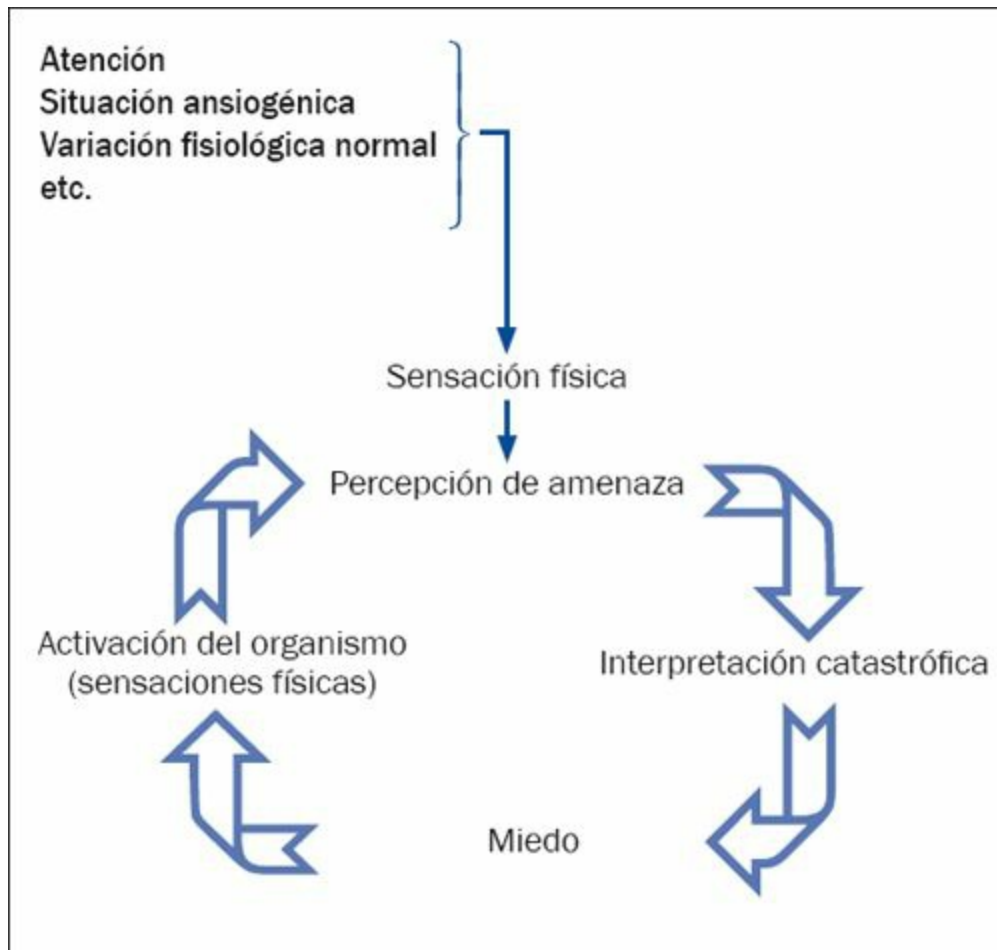


Figura 2.3. Círculo de las crisis de angustia. Diversas variables pueden explicar que en determinado momento se perciba una sensación física (atender a nuestro cuerpo, el hecho de estar especialmente nerviosos por algo, un simple espasmo muscular benigno, etcétera). Si esa sensación al ser percibida es interpretada como amenazante, podemos caer en el círculo de la angustia aquí representado. Pensar «puedo estar sufriendo un infarto» al notar por ejemplo un pinchazo en el pecho, comportará que nuestro organismo se active generando una respuesta de miedo que, como ya hemos visto, no hará más que aumentar el número y la intensidad de nuestras sensaciones físicas.

Ni que decir tiene que este proceso funciona a una velocidad aun mayor de la que le ha llevado a usted leerlo. Una vez detectada la sensación física, los acontecimientos dentro de este círculo de la angustia se precipitan vertiginosamente y en muchas ocasiones quien la sufre ni tal sólo ha tenido tiempo de ser consciente de lo que pasaba por su cabeza. No es nada infrecuente que gente que sufre episodios de este tipo explique: «ni siquiera tuve tiempo de pensar que algo malo me iba a suceder, en un abrir y cerrar de ojos me encontraba fatal», «intentaba repetirme que no pasaba nada, pero el malestar me podía y sentía la necesidad de huir como fuera de allí». A pesar de ello, un análisis profundo de la situación permite hacer evidente en estos casos el temor asociado a las sensaciones físicas.

Es importante destacar también que no estamos sugiriendo que las crisis de

angustia «se las provoque uno mismo». Tengamos en cuenta que este tipo de problema está asociado a un elevadísimo malestar. Nadie se provoca a sabiendas tal intensidad de malestar y sufrimiento. Lo que la psicología sugiere, y no parece ir nada desencaminada, es que la manera como reaccionamos ante determinadas experiencias físicas parece favorecer que esas sensaciones aumenten hasta desbordar nuestra capacidad de hacerles frente.

Por otra parte, la manera como nos comportemos ante la ansiedad, aquello que la persona que sufre crisis de angustia hace para prevenirlas o soportarlas mejor, puede en realidad estar ayudando a perpetuarlas (lo trataremos inmediatamente al hablar de las conductas de seguridad). Como explicaremos más adelante, el tratamiento psicológico del trastorno de angustia pasa por aprender estrategias de afrontamiento distintas ante las crisis y sobre todo por perderles el miedo.

Los síntomas más comunes de las crisis de angustia

De lo que hemos venido comentando hasta el momento se desprende que las crisis de angustia cursan con tres grandes grupos de síntomas: fisiológicos, cognitivos y conductuales.

Síntomas fisiológicos

Éstos hacen referencia a las sensaciones que la persona experimenta durante la crisis de angustia y que son el foco de su preocupación. Como decíamos anteriormente, existe un grupo de síntomas que son los más comunes, los que con más frecuencia se observan en la clínica (taquicardia, mareo, sensación de ahogo, temblor, opresión en el pecho, sudoración), pero el rango de sensaciones que puede experimentarse es mucho más amplio y puede variar enormemente entre quienes padecen crisis de angustia. No olvidemos que la respuesta de ansiedad es una reacción del organismo que afecta a muchos sistemas y tiene un amplio alcance, por tanto, las sensaciones que pueden llegar a producir son de una gran diversidad.

Curiosamente, y a pesar de que personas distintas pueden experimentar crisis de angustia muy dispares, suele existir una importante constancia intraindividual. En otras palabras, difícilmente una misma persona experimente crisis de angustia recurrentes que difieran claramente en su manifestación física. Si alguien experimenta una primera crisis de angustia en la que la taquicardia y la opresión en el pecho son los síntomas dominantes, es altamente probable que estas sean también las sensaciones fundamentales en las crisis que pueda llegar a sufrir en el futuro.

A pesar de que lo que conocemos como crisis de angustia presenta una duración bastante limitada en el tiempo (los síntomas de la crisis llegan a su máxima intensidad en escasos diez minutos y no suelen perdurar así por mucho tiempo) es habitual que persistan síntomas residuales que pueden llegar a ser igual de desagradables e invalidantes que las crisis.

Recuerdo el caso de un paciente para el que esos síntomas residuales se habían llegado a convertir en un problema aun mayor que las crisis de angustia en sí mismas. Alberto era un joven ingeniero al que las cosas parecían haber ido muy bien: había conseguido destacar en su trabajo logrando una buena posición profesional y económica, mantenía una muy buena relación con su familia, tenía un amplio círculo de amistades y era considerado el «soltero de oro» entre sus amistades. No obstante, tres años atrás había empezado a sufrir crisis de angustia que fundamentalmente cursaban con vértigo y sensación de pérdida de equilibrio.

En realidad, tan sólo había llegado a sufrir tres crisis en total, si bien en bastantes ocasiones había experimentado amagos de crisis y se mantenía aprensivo a que se reprodujeran. Lo que más preocupaba a Alberto cuando experimentaba esos síntomas era perder el equilibrio y caerse, en parte por lo que los demás pudieran pensar de él si notaran sus síntomas o llegara a caer delante de ellos. Ni que decir tiene que Alberto no había caído jamás como consecuencia de uno de esos vértigos.

Cuando vi a Alberto, había pasado más de un año desde que había sufrido su última crisis de angustia, pero ésta le había dejado la permanente sensación de que «la cabeza le rodaba», según sus propias palabras. Normalmente los síntomas residuales de una crisis de angustia se pueden alargar unas horas, la peculiaridad de este caso era que esos síntomas parecían haberse cronificado y estaban presentes las 24 horas del día. En ocasiones, la sensación de vértigo era más intensa y le obligaba a tomar numerosas precauciones: permanecer sentado el mayor tiempo posible, sujetarse bien en elementos estables como mesas o paredes para desplazarse, evitar interactuar con otras personas para que no notaran que algo le pasaba, etcétera. En otros momentos, el vértigo era más llevadero y tan sólo con controlar la velocidad a la que caminaba o con no hacer movimientos bruscos de cabeza parecía tener suficiente para dominarlo.

Alberto había aprendido a examinar constantemente como se encontraba y antes de hacer nada valoraba que impacto podría tener esa actividad sobre su sensación de inestabilidad y hasta que punto se sentía capacitado de desarrollarla en función de la intensidad actual de su vértigo. Por ejemplo, si un colega le sugería ir a tomar un café juntos, él rápidamente valoraba si tal y como se sentía en ese momento un café le podría sentar mal o no (a su mareo,

claro) y hasta que punto su sensación de vértigo era suficientemente leve como para poder caminar sin que se notará nada. En función de la respuesta a esas dos preguntas aceptaba o rechazaba amablemente la invitación. Lógicamente, su mareo tenía un importante impacto sobre su trabajo y su vida social.

Alberto debía supervisar a diario la obra en la que estaba trabajando y el vértigo enlentecía esas visitas cuando no las hacía imposibles. Era raro que se sintiera suficientemente bien para salir con sus amigos los fines de semana, o que se viera capaz de practicar deporte cuando antes lo hacía regularmente. Llegó a decir que preferiría seguir sufriendo ocasionales crisis de angustia a mantener por más tiempo esa sensación de vértigo por más leve que fuera. Examinando con detalle como Alberto se comportaba y actuaba respecto de esa sensación de desequilibrio constante, se pudo determinar que los mismos factores que explicarían la recurrencia de las crisis de angustia estaban jugando un papel preponderante en la persistencia del mareo. El tratamiento de este caso no fue muy distinto del de cualquier otro paciente con crisis de angustia.

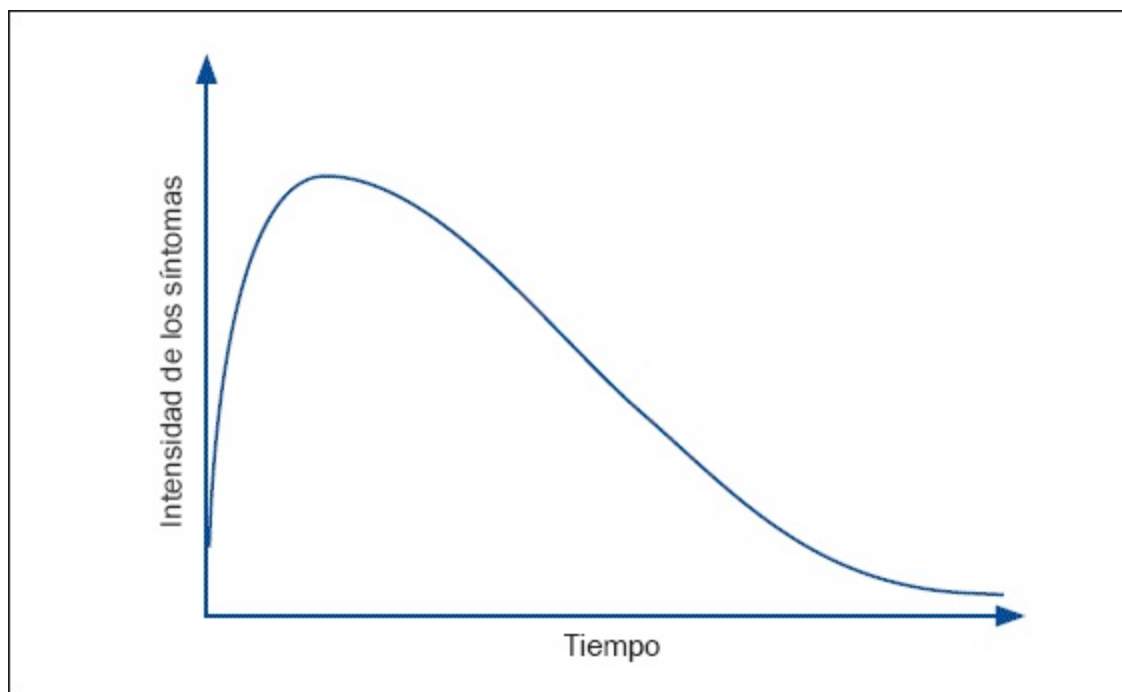


Figura 2.4. Curva de intensidad y tiempo de los síntomas físicos de los ataques de angustia. En las crisis de angustia los síntomas físicos aparecen de manera abrupta y se disipan progresivamente. En algunos casos, se mantienen unas sensaciones residuales que pueden perseverar durante horas, días o incluso cronificarse.

Síntomas cognitivos

Por síntomas cognitivos entendemos los procesos mentales asociados a la ocurrencia de las crisis de angustia e incluye desde procesos atencionales, a los pensamientos que se derivan de la percepción de sensaciones físicas.

La atención es el proceso cognitivo por el cual seleccionamos los estímulos a los

que dedicaremos recursos mentales y descartamos aquellos que son irrelevantes. En su entorno, ahora mismo, hay un sinfín de estímulos que usted podría procesar (ruidos, intensidad de luz, temperatura, etcétera). De hecho, hay tantos que le sería imposible procesarlos todos correctamente. Usted no estaba prestando atención a la mayoría de ellos, sino sólo a una pequeña parte de ellos.

Si mientras intenta concentrarse en la lectura de este libro alguien enciende el televisor en casa, es posible que por unos segundos su atención se centre en los diálogos del programa. Se trata de un estímulo nuevo que ha irrumpido con fuerza y usted le dedica un segundo de evaluación. Si están hablando de algo intrascendente para usted, le será fácil desatender de nuevo al televisor y atender al libro; si resulta ser una información de su agrado, es posible que empiece a notar que no entiende bien lo que lee o ni tan solo recuerda que es lo que estaba leyendo hace un segundo; su atención se ha desviado al televisor. Este proceso es el que se llama atención selectiva y hace precisamente referencia a eso, a la capacidad para seleccionar estímulos relevantes a los que dedicar nuestros recursos mentales, descartando aquellos menos interesantes o irrelevantes para nosotros.

Una vez su atención se ha dirigido a un estímulo, la relevancia que éste tenga para usted hará que mantenga sus recursos mentales dedicados a esa tarea con mayor o menor énfasis; es lo que se llama atención sostenida. Para entendernos, si el programa de televisión que ha llamado su atención le resulta altamente interesante, es posible que le sea muy difícil atender a lo que la persona a su lado le está diciendo, ya que sus recursos mentales están mantenidos en la tarea de procesar lo que se dice en la televisión.

Recuerdo que durante mi adolescencia el momento ideal para hacer peticiones comprometidas a mi padre era durante los partidos de fútbol de su equipo. Mi hermana y yo echábamos a suertes quien conseguía lo que quería mientras el partido se mantenía emocionante. Durante esos momentos la respuesta más probable de mi padre era «Vale», y no porque le pareciera bien la petición, sino porque su atención se sostenía en el partido y respondía con esa palabra a lo que se le preguntara aun sin saber exactamente cual era la propuesta. En el momento en que su equipo estaba ganando o perdiendo claramente el encuentro, la información del televisor perdía relevancia y su atención se desviaba más fácilmente a otras tareas, con lo cual el «Vale» se hacía menos probable.

Cuando una persona sufre una crisis de angustia, presta una atención selectiva sobre las sensaciones físicas y, en caso de detectarlas, una atención sostenida sobre ellas. En otras palabras, a la que aparecen los primeros síntomas de

ansiedad la atención se desviará muy rápidamente desde cualquier tarea que se estuviera realizando hacia esas sensaciones. Al mismo tiempo, será muy difícil volver a concentrarse en otra cosa mientras exista la más mínima percepción corporal.

La atención sostenida sobre el organismo, aun fuera de los episodios agudos de ansiedad, explica la queja de muchas personas afectadas de trastorno de angustia quienes sostienen haber sufrido una disminución de sus capacidades intelectuales desde el inicio del problema. La realidad es que sus capacidades intelectuales no han disminuido, sino que al estar dedicando tantos recursos mentales a vigilar sus sensaciones físicas, disponen de menos capacidad para dedicar a otras tareas, con lo que les puede resultar más difícil llevar a cabo actividades que antes no les requerían gran esfuerzo.

Los pensamientos ansiogénicos (generadores de ansiedad) conforman el segundo gran tipo de síntomas cognitivos en las crisis de angustia. Su contenido varía de persona a persona, y la temática puede ser muy diversa. En general, suelen hacer referencia a la posibilidad de morir (por ejemplo, voy a tener un infarto), de volverse loco (por ejemplo, estoy perdiendo el control de mi mente) o de ponerse en una situación embarazosa (por ejemplo, los demás van a notar lo que me pasa y quedaré en ridículo). Lógicamente siempre suponen un mal augurio y por esa razón tienen la capacidad de aumentar la presencia de síntomas físicos (lo explicábamos al hacer referencia al círculo de la angustia).

Este tipo de pensamientos también reciben el nombre de automáticos. Con ello se quiere destacar su naturaleza espontánea e incluso algunas veces preconsciente. Cuando una persona sufre una crisis de angustia, no suele elaborar grandes discursos mentales formulando hipótesis sobre lo que puede estar pasando, sino que en la mayoría de casos aparece un estado de cierta confusión o embotamiento mental. Los pensamientos negativos a los que estamos haciendo referencia suelen aparecer de manera fugaz en medio de toda una maraña de sensaciones y emociones.

Muchos pacientes parecen recordar únicamente una intensa e inespecífica necesidad de huir («quería salir de allí [un restaurante], no pensaba en ir a un sitio en concreto ni en buscar ayuda, me dominaba la necesidad de salir de allí y nada ni nadie podían detenerme»), pero no son capaces de explicar si creían estar sufriendo un infarto, o una embolia, o si se sentían más preocupados por lo que los demás pensarían de ellos. Curiosamente, estos pensamientos, aunque fugaces, se convierten en sólidas creencias que la persona no pone en duda.

El convencimiento de que esos síntomas desencadenarán un infarto, la pérdida del juicio o la humillación pública es absoluto. Con la ayuda y guía de un

terapeuta los pensamientos automáticos empezarán a aflorar a la conciencia y podrán empezar a ser cuestionados.

- Voy a tener un infarto.
- Me desmayaré, perderé la consciencia.
- Voy a ahogarme.
- Voy a perder el control de mis intestinos o de mi vejiga y orinaré o defecaré.
- Voy a tener un colapso nervioso.
- Estoy desarrollando una enfermedad grave.
- Voy a perder el control y a volverme loco.
- Voy a perder el control y a hacer el ridículo.

Figura 2.5. La interpretación que hacemos de las sensaciones físicas juega un papel crucial en el círculo de la angustia. Aquí se presenta una lista de los pensamientos más habituales asociados a las crisis de angustia.

Síntomas conductuales

Por síntomas conductuales entendemos los comportamientos inducidos por las crisis de angustia; todo aquello que una persona hace o deja de hacer como consecuencia de estar sufriendo ansiedad.

Una de las conductas más comúnmente asociadas a las crisis de angustia es la huida. Las personas que sufren una crisis suelen sentir la necesidad irrefrenable de huir de donde se encuentren en el momento en que empiezan a notar los síntomas. Es muy importante entender que las crisis de angustia no están provocadas por un agente externo a la persona, sino que las desencadenan factores internos: por una parte una sensación física y por otra la interpretación negativa que se hace de esa sensación. Aún así, es cierto que la gran mayoría de crisis de angustia tienen lugar fuera de casa, y por regla general en situaciones o lugares en los que existe la percepción de que escapar puede ser difícil (por ejemplo, un lugar muy concurrido o una reunión de la que sería difícil excusarse). Muy probablemente esto ayuda a generar la impresión de que ese lugar o esa situación son quienes han desencadenado la crisis y que huyendo de ahí los síntomas desaparecerán. Curiosamente, esto puede llegar a cumplirse, es decir, que al salir de la situación en que se está dando la crisis de angustia los síntomas disminuyan y la persona confirme erróneamente que el lugar o la actividad son en realidad los determinantes de que la crisis suceda.

Recuerde el caso de Juan. Al llegar a la recepción del hotel y saberse atendido la crisis de angustia empezó a remitir. Pero, si la situación no provoca la crisis, ¿cómo es que huyendo de ella los síntomas disminuyen? Como venimos repitiendo, la variable fundamental que explica las crisis de angustia son los pensamientos negativos que la persona genera sobre una sensación física.

Sentirse atrapado, forma parte de esa valoración negativa. Así, al huir de la situación el grado de peligrosidad que se le otorga disminuye y con ello el nivel de activación del organismo. Si los síntomas experimentan un retroceso, es muy posible que la persona gane en seguridad y la ansiedad comience a remitir. De alguna manera, huir actúa como un freno del círculo de la angustia en el que la persona estaba inmerso.

Entonces ¿es la huída una buena alternativa? Rotundamente no. Eso es lo que muchas personas que sufren una crisis de angustia hacen y no por ello su problema mejora sino que empeora. Huir de una situación conlleva una elevada probabilidad de evitarla en el futuro. Si cuando estoy en un restaurante sufro una crisis de angustia y saliendo apresuradamente de allí parece que mis síntomas mejoran, la próxima vez lo pensaré dos veces antes de entrar en ese restaurante, ya que en mi cabeza se ha convertido en un claro predictor de que las cosas pueden irme muy mal allí. Lo que parece ser de una lógica aplastante: si algo te sienta mal, huye de ello o evítalo, puede ser el inicio de un trastorno asociado a las crisis de angustia conocido como agorafobia, al que más adelante dedicaremos un capítulo.

Entre los síntomas conductuales de las crisis de angustia cabría citar también las conductas de seguridad. Por conducta de seguridad entendemos aquellos actos, en realidad fútiles, dirigidos a combatir los síntomas temidos. Si creo que estoy a punto de desvanecerme y caer al suelo, lo más lógico sería sentarme o sujetarme con fuerza al brazo de mi acompañante.

¿Pero qué sucede si en realidad no voy a desvanecerme, si mi creencia es errónea? En este caso sentarme o sujetarme con fuerza carecen de utilidad alguna. Es importante insistir tanto como haga falta que en las crisis de angustia las consecuencias temidas son irreales. Cuando alguien sufre una crisis de angustia, sus probabilidades de desmayarse son las mismas que tendría usted ahora mismo: muy escasas (y lo mismo vale para sufrir un infarto, volverse loco, atragantarse, etcétera). Por ello, las conductas de seguridad son inútiles, previenen algo que en realidad no sucedería. Ahora bien, no son inocuas, ya que la persona que las lleva a cabo genera una gran dependencia de ellas. Vendrían a ser como una conducta supersticiosa. En realidad su utilidad es nula, pero no realizarlas puede llegar a producir un importante malestar e inseguridad.

Desviarse ligeramente de su camino para evitar un gato negro que se cruza en su paso no tiene ningún efecto sobre cómo vaya a pasar el día; aun así, muchas personas se sentirían incómodas si no hicieran algo para evitar que el animal se cruzara en su trayectoria. De la misma manera, las conductas de seguridad permiten a la persona sentirse mucho más segura y confiada a pesar de que lo que estén haciendo no tenga un efecto verdadero sobre su problema.

Volveremos sobre las conductas de seguridad cuando en el siguiente capítulo hablemos de los factores que predisponen a que las crisis de angustia se repitan.

Crisis de angustia durante el sueño

Un caso particular de crisis de angustia son las que se dan durante el sueño; es decir, la persona se despierta de manera repentina en medio de una crisis de angustia sin que conozcamos una causa aparente para ésta. Casi la mitad de los pacientes que sufren crisis de angustia repetidas durante el día, también padecen este tipo específico de ataques nocturnos. De hecho, la inmensa mayoría de las personas que han experimentado alguna crisis de angustia nocturna, experimentan también y de manera más frecuente crisis durante el día. Son poquísimos los casos en los que estos episodios suceden predominantemente durante el sueño y son casi inexistentes durante el día.

Las crisis de ansiedad que se producen cuando la persona está durmiendo no parecen ser diferentes en su forma de la crisis que padecen durante el estado de vigilia, si bien las nocturnas suelen ser de más corta duración. En algunos casos, estos repentinos ataques durante el sueño comportan la complicación de generar miedo a dormir en los pacientes, quienes hacen esfuerzos por mantenerse despiertos o usan diversas estrategias que a su parecer puedan limitar la posibilidad de que las crisis ocurran (por ejemplo, dormir con la ventana abierta, con un inhalador al lado de la cama, medio incorporados, etcétera). Como en el caso de las crisis que suceden durante el día, todas estas conductas de seguridad, empeoran la situación en lugar de mejorarla.

A pesar de que se podría pensar que las crisis de angustia nocturnas pudieran estar disparadas por un sueño de carácter ansioso, la verdad es que estas crisis no se dan durante las fases de la noche en que se producen los sueños. Cuando dormimos, nuestro organismo varía su funcionamiento y así lo hace la actividad del cerebro. En función de estas oscilaciones podemos definir cinco fases del sueño (fases I a IV y fase REM). Los sueños vividos (por ejemplo, cuando soñamos que somos el jugador clave de nuestro equipo de fútbol, cuando descubrimos la cura a todos los males del mundo o cuando nos persigue una jauría de animales hambrientos) se dan durante la fase REM. Las crisis de angustia nocturna se suelen dar entre las fases II y III, es decir, no se desencadenan cuando esos sueños tienen lugar y, por tanto, no podemos considerar que hayan sido disparadas por una pesadilla.

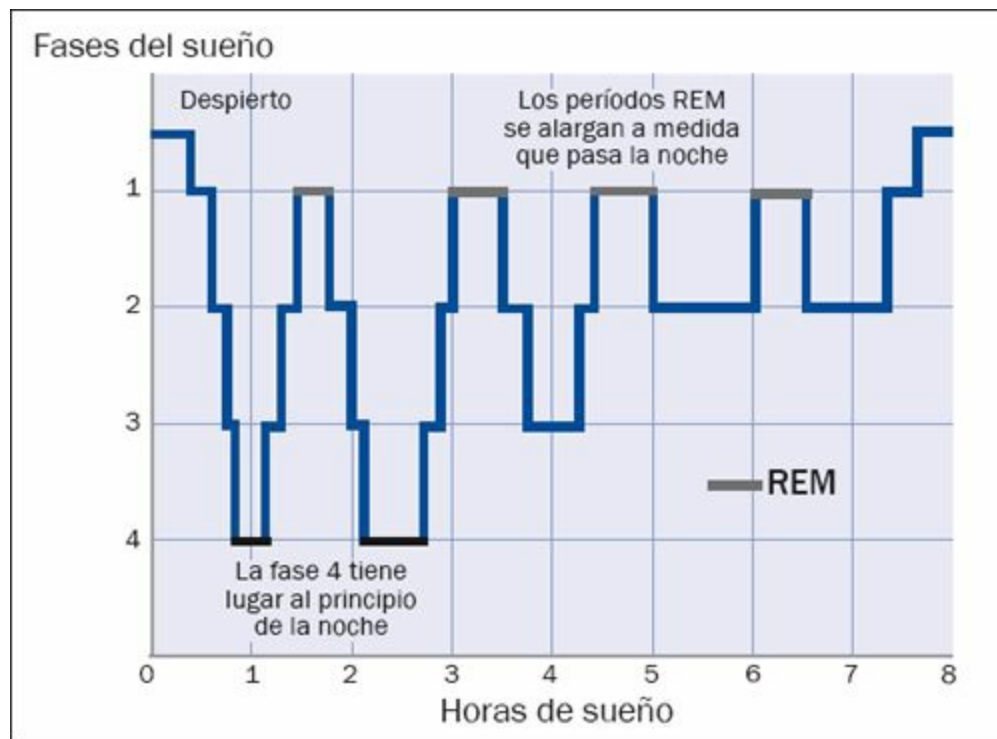


Figura 2.6. Fases del sueño. Durante el sueño se produce una transición en distintas fases (fase I-IV y fase REM), las crisis de angustia nocturnas se producen durante las fases II y III. Los sueños vividos se producen durante las fases REM, por lo que no podemos considerar que las crisis de angustia nocturnas estén provocadas por pesadillas o sueños indeseados.

Conviene también diferenciar las crisis de angustia de las apneas nocturnas (periodos durante los cuales la persona deja de respirar y la calidad del sueño se empobrece). A pesar de que las apneas pueden llegar a desencadenar una crisis de angustia, son problemas distintos. Para empezar, las apneas ocurren de manera recurrente durante la noche y en las fases I y II o en la fase REM del sueño. En muchos casos, no comportan que la persona se despierte completamente del sueño. Las crisis de angustia no suelen darse más de una vez en toda la noche, no todas las noches y comportan el despertar de la persona, que suele tener dificultades para volverse a dormir.

A pesar de suponer un caso particular, las crisis de angustia nocturnas no se entienden como episodios distintos a las crisis que se dan durante la vigilia. Se explican de la misma manera mediante el círculo de la angustia, si bien el inicio del círculo se da durante el sueño. Se tratan de la misma manera y cuando unas remiten también parecen hacerlo las otras.

Puntos clave:

- Las crisis de angustia son episodios repentinos de ansiedad aguda asociados al convencimiento de estar sufriendo un ataque grave que puede acabar con la vida o con el juicio de quien las padece. A pesar de su intensidad, las crisis de angustia son inofensivas para la salud.
- La psicología considera que las crisis de angustia son una exacerbación de las sensaciones propias de la ansiedad causada por el miedo que producen esos mismos síntomas. A más miedo, mayor número y mayor intensidad de esas sensaciones, que a su vez aumentan el miedo. Es lo que se conoce como círculo de la angustia.
- Las respuestas de ansiedad y de miedo pueden producir un gran número de sensaciones físicas, de ahí que exista una gran variedad de síntomas asociados con las crisis de angustia.
- La atención de quienes sufren crisis de angustia se desvía fácilmente hacia las sensaciones físicas que puedan percibir y resulta muy difícil que se aparten de ellas. Esto pone a la persona en riesgo de caer en el círculo de la angustia.
- La forma en que reaccionemos ante una crisis de angustia aumentará o disminuirá las probabilidades de que ésta se repita. Huir de una situación o practicar conductas de seguridad empeora el problema en lugar de resolverlo.

3. El trastorno de angustia

Por sorprendente que pueda parecerle la siguiente afirmación, las crisis de angustia no son un problema en sí mismas. Padecer un episodio de este tipo es algo bastante común, que en muchos casos no conlleva la aparición de ningún problema que merezca atención médica o psicológica.

Se estima que cerca de un 30% de la población puede sufrir en alguna ocasión a lo largo de su vida una crisis de angustia. Ahora bien, entre un dos y un tres por ciento de la población desarrolla a partir de una primera crisis lo que se conoce como trastorno de angustia. En estos casos, sí que nos encontramos ante un problema que suele ser fuente de gran sufrimiento y de interferencia con la vida diaria, y que como tal merece atención especializada.

Imagínese que Juan se hubiera levantado a la mañana siguiente de sufrir la crisis de angustia, hubiera desayunado, salido del hotel con normalidad e ido a trabajar con su colega. Después, habría comido y probablemente habría conducido durante todo el viaje de vuelta sin problemas. Si este hubiera sido su caso, lo que le había pasado esa noche en el hotel habría sido puramente anecdótico, un episodio desagradable que explicar, pero que no habría tenido ninguna consecuencia para él. Como mucho, quizás habría seguido fielmente el consejo del médico y habría disminuido su grado de dedicación y exigencia en el trabajo.

El problema es que no sucedió así. Al día siguiente, la crisis estuvo a punto de reproducirse al intentar dejar el hotel, y lo mismo ocurrió en el viaje de vuelta en coche. Juan generó aprensión ante la posibilidad de sufrir otro episodio como aquel y a partir de ese momento las crisis se fueron repitiendo o amenazando con repetirse. Juan había desarrollado un trastorno de angustia.

Crisis de angustia o trastorno de angustia

¿Cuándo diremos que alguien ha sufrido una crisis de angustia y cuando que sufre de trastorno de angustia? Una crisis de angustia implica la aparición repentina y limitada en el tiempo de un conjunto de síntomas propios de la respuesta de ansiedad (palpitaciones, sudoración, dolores musculares, molestias intestinales, miedo a estar sufriendo un ataque de gravedad o letal, etcétera) que alcanzan su máxima intensidad en escasos minutos. Piense en lo que le pasó a Juan esa noche en el hotel. Eso era una crisis de angustia. [Para hablar de trastorno de angustia, una persona debe haber sufrido un mínimo de dos crisis de ese tipo.](#)

Para considerar que alguien ha experimentado una crisis de angustia, los manuales diagnósticos incluyen un listado de los síntomas más comunes y exigen la ocurrencia simultánea de un mínimo de ellos. En muchas ocasiones, las sensaciones que experimenta la persona no llegan a ese número mínimo, es decir, la persona refiere haber sufrido menos sensaciones físicas de las necesarias. En estos casos, se suele hablar de crisis de angustia con síntomas limitados, que no por esta razón producen menor malestar o son percibidas como menos intensas por quienes las sufren. Cuando las crisis de angustia son recurrentes, es decir, se van repitiendo a lo largo de la vida de la persona, el patrón habitual es que cada vez sea menos probable sufrir un episodio completo y, en cambio, sea más probable sufrirlos con síntomas limitados.

Como se dijo anteriormente, las crisis de angustia también pueden clasificarse en inesperadas, o precipitadas por una determinada situación o estímulo. Las primeras son aquellas que ocurren sin que la persona que las sufre hubiera podido prever su aparición; las segundas se dan como consecuencia de entrar en una situación o enfrentarse a un estímulo que se sabe que genera ansiedad a la persona y, por tanto, que puede facilitar, o producir de forma inequívoca, una crisis de angustia.

Lo que le sucedió a Juan en el hotel era una crisis de angustia inesperada. Nada le hubiera hecho pensar que podía llegar a sufrir un ataque como el que padeció. Ocurrió de manera totalmente insospechada. Él esperaba relajarse después de una ducha y tumbarse en la cama a ver la televisión, y en lugar de eso su cuerpo reaccionó desencadenando un episodio de ansiedad aguda.

Ahora bien, posteriormente, las crisis no siempre aparecían de una manera tan impensada. Como hemos explicado, Juan esperó unos cuantos años antes de consultar a un especialista por su trastorno de ansiedad, y como él la mayoría de personas que sufren el mismo problema. Durante ese tiempo había generado muchas estrategias defensivas (conductas de seguridad) y había aprendido a temer a muchas situaciones. Por ejemplo, conducir de noche se había convertido en una actividad considerada de alto riesgo por él: tenía la certeza de

que conduciendo después de oscurecer sufriría una crisis de angustia. Así pues, si alguna vez lo había intentado o se había encontrado inesperadamente en esa circunstancia, el temor a sufrir una crisis le provocaba los primeros síntomas de ansiedad. Esas sensaciones no pasaban desapercibidas. Juan las notaba inmediatamente y las interpretaba como señal de que algo terrible podía suceder. Por su cabeza pasaban ideas del tipo «ya está aquí otra vez. Ahora es cuando va a más. Me voy a desmayar y tendré un accidente». Lógicamente, este tipo de pensamientos generaban aún más ansiedad y más síntomas. A partir de aquí se iniciaba el círculo de la angustia que hemos descrito anteriormente. En otras palabras, estando al volante durante la noche, Juan «esperaba» sufrir una crisis y, por tanto, en caso de que ocurriera no podía considerarse inesperada sino precipitada o favorecida por la situación.

Pues bien, para considerar la presencia de un **trastorno de angustia**, las dos crisis de angustia que, como mínimo, ha de haber experimentado la persona han de ser completas (se descartan las que se presentan con síntomas limitados) e inesperadas (descartamos aquí las predisuestas por una situación determinada). Aunque parezca exigente, la verdad es que es bastante fácil que quienes sufren de trastorno de angustia cumplan estos criterios. De hecho, la mayoría de pacientes han sufrido muchas más de dos crisis de angustia e inician el trastorno con crisis inesperadas.

Existe un tercer criterio también necesario para hacer el diagnóstico de trastorno de angustia: debe existir preocupación o aprensión por la posible reaparición de más ataques, o la ocurrencia de las crisis debe haber producido un cambio significativo en el comportamiento de la persona. En definitiva, diremos que se cumplen los criterios necesarios para establecer un diagnóstico de trastorno de angustia si ocurren dos o más crisis de angustia y al menos dos de ellas son inesperadas y completas en cuanto al número de síntomas presentes. Además la persona que las sufre vive atemorizada por la expectativa de que puedan volver a suceder, motivo por el que muy probablemente lleve a cabo diversas conductas de seguridad o evitaciones (andar por la calle cerca de la pared para sujetarse en caso de mareo, realizarse masajes en el pecho para calmar la taquicardia, renunciar a un trabajo para evitar situaciones que puedan predisponer a sufrir una crisis, etcétera).

A. Se cumplen 1 y 2:

- 1.** Crisis de angustia inesperadas recidivantes
- 2.** Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

- b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)
 - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
- C. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (por ejemplo, aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (por ejemplo, al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (por ejemplo, al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Figura 3.1. Criterios a cumplir para considerar el diagnóstico de trastorno de angustia según la última edición del manual de trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Este diagnóstico no debe basarse en la frecuencia o regularidad de las crisis de angustia, ya que no ha podido establecerse un patrón estándar y existe una gran variabilidad a este respecto; desde pacientes que sufren episodios de ansiedad con una frecuencia semanal, a quienes sufren menos de dos al año.

Antes, exponíamos el ejemplo de Alberto, quien llevaba más de un año sin experimentar una crisis de angustia en sentido estricto. Aún así, existía un síntoma residual (vértigo) mucho menos intenso que las crisis que había sufrido anteriormente, pero terriblemente molesto e invalidante. Ana María, de quien hablábamos también anteriormente, sufría al menos una crisis de angustia a la semana y no era excepcional que algunas semanas padeciera más de una. Este patrón había estado presente desde hacía unos dos meses antes de visitarse con nosotros, pero no siempre había sido así.

Un par de años atrás, Ana María había sufrido una primera crisis de ansiedad mientras estaba con unos amigos en una discoteca. Pasaron varias semanas antes de que sufriera un segundo episodio otra noche en que había salido con sus amigos. La siguiente crisis tuvo lugar en la universidad muy pocos días después de la segunda (por aquel entonces Ana María estaba estudiando ciencias empresariales). Podríamos decir que esta tercera crisis fue la que mayor turbación le ocasionó y la que inició el declive en su vida y la aparición de los miedos. Las dos anteriores se habían producido estando de fiesta, después de cometer algunos excesos, y las había atribuido precisamente a eso «me he pasado con la bebida y me ha sentado fatal», «este sitio era realmente muy pequeño y lleno de humo, no se podía respirar». Sin embargo, la tercera crisis se produjo en la universidad, sin motivo o explicación aparente. Quizás por ello también consideraba que había sido más intensa que las anteriores y fue la que despertó en ella el miedo a volver a sufrir otro episodio de ese tipo en cualquier

momento.

Durante unos meses los ataques aparecieron con una regularidad de aproximadamente dos por mes, si bien con mayor frecuencia se daban conatos de ansiedad que no llegaban a la intensidad de una crisis merced a que practicaba conductas de seguridad o huía de la situación que podía estar provocándola. Un tiempo después, Ana María dejó de sufrir crisis de angustia durante más de seis meses. De hecho, había llegado a pensar que sus problemas con la angustia habían desaparecido por sí solos. Pero un buen día, y sin que ella fuera capaz de determinar el motivo, los ataques reaparecieron. Primero, con la misma frecuencia aproximada de dos ataques al mes y poco después con periodicidad semanal. Curiosamente, sus miedos (a los ascensores, autobuses, a echar el cerrojo, etcétera) se mantuvieron estables a pesar de las variaciones en el patrón de presentación de sus crisis de angustia (volveremos sobre ello más adelante, cuando hablemos de la agorafobia).

Lo que estos casos ejemplifican es la gran variabilidad en la frecuencia de presentación de las crisis y la escasa regularidad de las mismas, ya no sólo al comparar pacientes, sino también dentro de la evolución de una misma persona. También destaca el hecho de que para la mayoría de personas, el trastorno de angustia, es un problema crónico. Son pocos los casos en los que las crisis desaparecen por si mismas de manera definitiva, aunque no es raro que se experimenten períodos más o menos largos de ausencia de síntomas como sucedió en el caso de Ana María.

Factores que pueden predisponer a padecer un trastorno de angustia

Entre los factores que se ha podido probar que predisponen a una persona a sufrir trastorno de angustia encontramos la genética, pasar por un período de estrés elevado y una especial sensibilidad a la ansiedad.

Respecto de la genética, es poco lo que sabemos. En concreto, se ha podido constatar que en el trastorno de angustia existe cierto grado de asociación familiar. Es decir, si en una familia se encuentra una persona con este problema, será más fácil encontrar un familiar de primer grado (aquellos con quienes se comparte una mayor cantidad de genes: padres, hermanos e hijos) que también lo presente. Aún así, el grado de heredabilidad del trastorno de angustia parece menor que en otros trastornos psicopatológicos. Ahora bien, ¿qué genes en concreto son los que portan esa vulnerabilidad a sufrir el trastorno? No lo sabemos; de hecho, se tiende a considerar que no existe un gen o un grupo definido de genes que por si solos expliquen la vulnerabilidad a sufrir un trastorno de angustia, sino que son múltiples genes los que interactuarían entre

ellos y con factores ambientales y del desarrollo para producir vulnerabilidad al trastorno.

Una importante proporción de personas que sufren una crisis de angustia lo hacen en momentos de su vida en que están o han estado sometidos a niveles de estrés elevados. Las probabilidades de sufrir uno de estos episodios agudos de ansiedad aumentan si hace poco que hemos vivido la muerte de un ser querido, una ruptura sentimental, nos hemos mudado de ciudad, hemos pasado por un período de intensa exigencia laboral, etcétera.

Estar sufriendo estrés implica el mantenimiento de un nivel elevado de activación corporal. Para entendernos, si explicáramos que la respuesta de ansiedad entrañaba un incremento puntual de la activación del organismo como preparación frente a una posible amenaza (recuerde la reacción de la gacela al percibir un movimiento tras unos matorrales), el estrés conlleva una reacción similar del organismo, pero en respuesta a unas demandas del entorno que son mucho más perdurables en el tiempo.

Cuando una persona se pone nerviosa durante una entrevista de trabajo diremos que sufre ansiedad; cuando esa misma persona lleva meses sin encontrar trabajo y ve como sus ahorros se van consumiendo, como las facturas empiezan a acumularse y no vislumbra la posibilidad de encontrar un nuevo empleo, diremos que está sometida a estrés. En ambos casos el corazón latirá más deprisa, los músculos estarán más tensos, la digestión alterada, la presión sanguínea aumentada, etcétera, pero en el primer caso esa activación durará escasos minutos y en el segundo caso se mantendrá durante la mayor parte del día, muchos días seguidos.

Parece lógico pensar que si alguien está sufriendo estrés y, por tanto, su organismo está hiperactivado la mayor parte del tiempo, será más probable que en algún momento esa ansiedad sobrepase cierto límite y se convierta en lo que llamamos una crisis de angustia. Para buscar un símil, imagínese la ansiedad como un río. Si durante el invierno ha llovido poco, bajará poco caudal de agua, así que será más difícil que algún acontecimiento no esperado como la caída de un árbol sobre el curso del río pueda provocar un desbordamiento.

Ahora bien, si se ha atravesado una época de muchas lluvias (estrés), el caudal de río será mayor y a poco que el agua encuentre un pequeño obstáculo en su curso, se desbordará. Ese desbordamiento es lo que se correspondería con la crisis de angustia. Por tanto, sufrir estrés conlleva una activación fisiológica que aumenta las probabilidades de padecer una crisis, de generar miedo a que esas crisis se puedan reproducir y derivar en un trastorno de angustia.

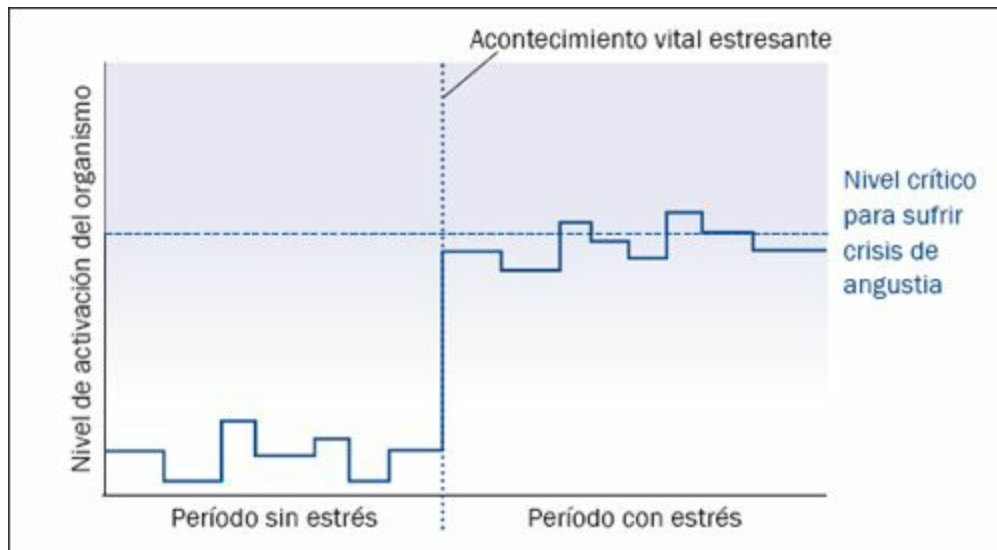


Figura 3.2. Durante períodos de estrés existe una mayor vulnerabilidad a sufrir una crisis de angustia, muy probablemente porque la activación general del organismo se encuentra aumentada y eso hace más fácil percibir sensaciones físicas y preocuparse por ellas.

El tercero de los factores mencionados que predisponen a sufrir este tipo de trastorno era la sensibilidad a la ansiedad. Este término hace referencia a actitudes o creencias negativas sobre las consecuencias que los síntomas de ansiedad puedan tener sobre nuestro cuerpo o sobre nuestra imagen social. En otras palabras, una persona con una elevada sensibilidad a la ansiedad tenderá a creer más firmemente que la alteración que le puede producir ver una película de terror puede llegar a hacerle perder el juicio; o que si se su corazón se dispara viendo a su equipo jugar una final importante, puede llegar a sufrir un infarto; o que si en una reunión de trabajo se hace evidente que está nervioso al hablar, sus colegas van a pensar mal de él.

En definitiva, mostrará una actitud negativa hacia el hecho de que su organismo se active delante de potenciales amenazas o peligros, es decir, hacia algo tan común y normal como es la ansiedad. Diversos estudios han puesto de manifiesto que quienes muestran una elevada sensibilidad a la ansiedad, presentan una mayor probabilidad de sufrir crisis de angustia que quienes presentan una actitud más relajada ante la posible presencia de las sensaciones físicas propias de la ansiedad.

Factores que mantienen el trastorno de angustia

Al hablar del círculo de la angustia comentábamos que las crisis tenían su inicio en la detección de una sensación física. Detectar un primer síntoma desencadenaba una secuencia de acontecimientos que multiplicaba el número y/o la intensidad de esas sensaciones. ¿Quiere ello decir que las personas que

sufren de crisis de angustia son más sensibles a los cambios que puedan tener lugar en su organismo? Sin duda. Diversos trabajos de laboratorio muestran que las personas que sufren crisis de angustia poseen una mayor capacidad para percibir sensaciones relacionadas con el funcionamiento de su organismo y con los cambios en este funcionamiento (percepción interoceptiva).

Si se trata de una habilidad que antecede a la aparición del trastorno, o un cambio inducido por éste es una pregunta para la que todavía no tenemos respuesta. Es decir, no sabemos si aquellos que tienen una mayor capacidad para percibir cambios en la función de su organismo son por ello más vulnerables a inquietarse por esos cambios y, por tanto, a entrar en el círculo de la angustia, o bien si el hecho de sufrir un episodio de ansiedad aguda conlleva un posterior desarrollo de esa habilidad (un mayor entrenamiento en la atención al cuerpo y, por tanto, para percibir cambios). En cualquier caso, lo que sí está claro es que la vigilancia sobre el funcionamiento del organismo es una variable muy importante en el mantenimiento del trastorno de angustia.

Como explicábamos en el apartado anterior, las crisis de angustia se desencadenan con la detección de una sensación física que dispara una alarma en nuestro cerebro. No hay mejor manera de percibir un síntoma que prestar atención a nuestro cuerpo. Haga la prueba: ¿Hasta ahora, era usted consciente de que respira? Muy probablemente no, lo hacía de manera automática. Intente por unos instantes concentrarse en como respira. Fíjese en como inspira, cuanto tiempo le lleva, como se ensanchan sus pulmones. Fíjese ahora en como expira, como su pecho desciende y cuanto tiempo le lleva vaciar sus pulmones. Hágalo un par de veces más. ¿Se siente cómodo respirando? ¿Cree que su respiración es tan natural ahora como lo era antes de iniciar el ejercicio? Lo más probable es que no. Para muchas personas, atender a su respiración es la mejor manera de alterarla, de hacerla incómoda y hasta de producirles cierto malestar.

Lo mismo que ha podido experimentar ahora es lo que les sucede a las personas que sufren crisis de angustia, pero, en este caso, no sólo la respiración se puede ver involucrada, sino que afecta a un amplio abanico de sensaciones. Además, no sucede de forma transitoria como en nuestro ejercicio (muy probablemente usted ya no está atendiendo a su respiración y está se habrá normalizado), sino de manera continuada a lo largo del día. El cerebro de las personas con trastorno de angustia ha aprendido a mantener la atención sobre el organismo y a hacer de esa vigilancia una prioridad.

Además de la capacidad para percibir cambios en el funcionamiento del organismo y de la vigilancia sobre el cuerpo, una tercera variable muy importante en el mantenimiento del trastorno de angustia es lo que llamamos las conductas de seguridad. A ellas nos referíamos al hablar de los síntomas

conductuales de las crisis de angustia y debido a su importancia, insistiremos sobre ellas ahora. Las conductas de seguridad hacen referencia a todo aquello que la persona aquejada de crisis de angustia hace para intentar reducir la probabilidad de aparición o la intensidad de las sensaciones físicas.

Intente imaginarse por un momento que es víctima de estos episodios de angustia que venimos describiendo. Suponga que está conduciendo (como sucedía en el caso de Juan) y de repente tiene la sensación de que se está mareando. Vaya un poco más allá e imagine que al marearse se convence de que es probable que pueda llegar a perder al conocimiento, ¡justo ahora que circula a 120 kilómetros por hora por la autopista! ¿Qué haría? Lo más probable es que haya pensado en estrategias como: bajar la ventanilla para dejar entrar aire fresco, respirar pausadamente, poner la radio para intentar distraerse del mareo, ponerse en el carril de la derecha y circular más despacio, buscar un área de servicio donde parar a descansar o a tomar algo.

Ahora imagine que eso mismo le ha pasado en diversas ocasiones, nunca ha llegado a desmayarse o a perder el control, pero sí que en algunas ocasiones ha tenido que bajar la ventanilla y obligarse a respirar profundamente, o incluso se ha visto obligado a parar y dejar pasar un buen rato antes de sentirse suficientemente bien para volver a conducir. ¿En que cree que cambiaría eso sus hábitos al volante? Lo más probable es que perdería confianza en su conducción o si más no se sentiría inseguro circulando; quizás preferiría que condujera otro en su lugar, o se sentiría más cómodo con un acompañante en lugar de ir solo. Seguramente usaría el coche sólo en caso de necesidad y siempre que pudiera rehuiría circular por autopistas, eligiendo conducir por carretera secundarias o por la ciudad donde la conducción es más lenta y es más fácil encontrar lugares seguros donde detenerse.

Todos estos comportamientos son lo que llamamos conductas de seguridad. Fíjese que todos ellos van dirigidos a prevenir la aparición de los síntomas o a controlar su intensidad una vez presentes. El fin último es impedir que el potencial peligro suceda; en nuestro ejemplo, sufrir un desmayo al volante. La paradoja está en que el desmayo no ocurriría aun sin tomar precauciones. En muy raras ocasiones, las crisis de angustia acaban en desvanecimiento (y si las crisis anteriores nunca han acabado en desmayo, esa probabilidad llega a cero).

De hecho, durante la crisis su organismo se hiperactiva para hacer frente a un peligro, y curiosamente ese peligro lo ha creado usted: «me desmayaré al volante». Para desmayarse lo que debería suceder es que su organismo se «desactivara», es decir, su corazón debería ralentizar su ritmo de latidos en lugar de acelerarlo. Asimismo, su presión arterial debería caer en picado en lugar de elevarse. La misma paradoja se aplicaría a «voy a perder el control»,

«me volveré loco», «tendré un infarto», «me ahogaré», etcétera.

Las crisis de angustia no acaban en el descontrol, ni en la locura, ni en infartos, ni en ahogos; acaban con la progresiva desaparición de los síntomas. Así pues, las conductas de seguridad (abrir ventanas, sentarse, sujetarse en algo o alguien, desabrocharse los botones superiores de la camisa, beber abundante líquido, etcétera) en realidad no cumplen con su cometido, esto es, no previenen el desmayo, el descontrol, la locura, el infarto o el ahogo, porque estos acontecimientos no sucederán tanto si se toman como si no se toman esas precauciones.

Lo que realmente potencian estas conductas es la necesidad de seguir vigilando muy de cerca las sensaciones corporales y al mismo tiempo impiden que la persona deje de creer en las consecuencias negativas de esos síntomas. Las conductas de seguridad conllevan la idea que muchas personas que sufren crisis de angustia mantienen: «al mínimo síntoma de mareo, he de abrir la ventanilla», «cuanto antes me desabroche el cuello de la camisa, antes evitaré el ahogo». Ello obliga a estar muy atento a las sensaciones corporales y además impide descubrir que no se produce esa consecuencia final a la que tanto se teme, aunque se deje la ventanilla cerrada o no se desabroche el cuello de la camisa.

Así pues, las conductas de seguridad más que ayudar a controlar las crisis de angustia, acaban ayudando a perpetuarlas. Si se siguen vigilando los síntomas, se seguirán notando; si no se deja de creer que uno puede llegar a desmayarse, ahogarse, etcétera, se seguirá generando miedo cuando se tengan esas sensaciones y, por tanto, arriesgándose a entrar en el círculo de la angustia cada vez que las sensaciones aparezcan.

Puntos clave:

- Haber sufrido una crisis de angustia no implica tener un trastorno de angustia. Para considerar este diagnóstico, son necesarias otras condiciones referentes al número de crisis padecidas, sus características y la aprensión que genere su posible aparición futura.
- Cerca de un 30% de la población ha experimentado en alguna ocasión una crisis de angustia, si bien sólo cerca de un 2% genera un trastorno a partir de esa crisis y necesita tratamiento.
- La frecuencia con que aparecen las crisis es muy variable y no existe ninguna norma al respecto. Es posible que una persona con trastorno de angustia experimente períodos más o menos largos sin crisis, si bien es muy poco frecuente que desaparezcan por completo si no se ha recibido un tratamiento específico para este problema.
- La genética familiar, el estrés y la sensibilidad a la ansiedad son los factores de vulnerabilidad conocidos para el trastorno de angustia.

4. La agorafobia

El término Agora proviene del griego y significa mercado o plaza pública, o lugar de encuentro. Así pues, en sentido estricto, agorafobia sería miedo extremo (fobia) a los lugares públicos. A pesar de ello, las situaciones a las que los agorafóbicos temen no necesariamente han de tener la connotación de públicas. Por ejemplo, no es infrecuente que una persona con este trastorno tenga miedo a conducir su propio coche (como era el caso de Juan) o a encerrarse en el lavabo de su casa (como le pasaba a Ana María). Así pues, los manuales de psicopatología definen la agorafobia como el miedo a encontrarse en lugares o situaciones de los que escapar o en los que obtener socorro se presume difícil.

De esta manera, los lugares o situaciones a los que puede estar haciendo referencia esta definición son ilimitados. Juan, como ya hemos comentado tenía fundamentalmente miedo a los aviones, a conducir de noche y a alejarse de zonas pobladas, pero además también sufría ansiedad y rehuía siempre que podía las comidas o reuniones de trabajo, los encuentros con amigos o familiares si eran de más de cuatro personas (la última situación en la que se encontró incómodo y huyó con una vaga excusa fue la fiesta de aniversario de su hijo) y los centros comerciales.

Según él mismo manifestaba, los aviones y los centros comerciales le provocaban un gran malestar ya que «si empiezo a sufrir una crisis de angustia, huir de allí es muy difícil (en el caso del centro comercial) o imposible (en el caso del avión)». Durante los encuentros con parientes o amigos, o en las reuniones o comidas de trabajo no podía dejar de pensar en lo embarazoso que sería sufrir una crisis de angustia («no quiero ni pensar lo comprometido que sería para mí que mis subordinados o colegas de trabajo se dieran cuenta de que sufro estos ataques»). Alejarse de zonas pobladas, por ejemplo adentrarse en un bosque, conllevaba el temor a no poder recibir ayuda en caso de necesitarla. Finalmente, ya sabemos que su miedo a padecer una crisis de angustia conduciendo de noche estaba asociado a la idea de tener un accidente de tráfico grave, fruto de una pérdida de conciencia al volante.

Por otra parte, ya dijimos que Ana María no podía soportar el miedo que le generaba viajar en autobús urbano, usar un ascensor o echar el cerrojo si se encontraba sola en una habitación. Pero éstas eran tan solo tres de las muchas situaciones que no era capaz de tolerar. Ana María interrumpió sus estudios universitarios precisamente por la imposibilidad que sentía de ir a clase o incluso entrar en la Facultad.

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

- B. Estas situaciones se evitan (por ejemplo, se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo, evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia).

Figura 4.1. Criterios a cumplir para considerar la presencia de agorafobia según la última edición del manual de trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Sus primeras crisis de angustia sucedieron en un restaurante y una discoteca, y a pesar de que no fue hasta la tercera crisis cuando realmente su problema empezó a manifestarse y agravarse, pronto ese tipo de locales se convirtieron en lugares «prohibidos» para ella. El simple intento de entrar en un restaurante o discoteca era capaz de dispararle un importante malestar que amenazaba con la ocurrencia de una crisis de angustia. Los únicos locales en que se aventuraba a entrar tenían que ser amplios, con poca luz y a pie de calle; incluso en estos casos solamente podía cenar o tomar una copa si podía sentarse en una mesa cercana a la salida (nunca de pie o lejos de la puerta).

Lo mismo se aplicaba a cines o teatros, donde siempre debía ocupar la butaca

del pasillo de las últimas filas cerca de la salida. Aparte de los autobuses urbanos, tampoco era capaz de usar el metro o el tren. No toleraba circular en coche por determinadas calles de su ciudad que pudieran presentar atascos. En una ocasión se vio atrapada en un atasco y a los primeros indicios de ansiedad bajó del coche y salió huyendo sin ningún rumbo decidido dejando abandonado su coche. No era capaz de entrar en supermercados o grandes almacenes.

Las multitudes también le generaban un gran malestar, lo cual no le permitía asistir a un concierto de música aunque fuera al aire libre o pasear por el centro de su ciudad. En definitiva, prácticamente el simple hecho de salir de casa ya suponía una gran dificultad para ella, y cuando era capaz de hacerlo era a costa de un gran sufrimiento que normalmente finalizaba con un retorno precipitado a casa para calmarse y sentirse segura.

Si nos fijamos en las diferencias entre Juan y Ana María, llegaremos a la conclusión de que la agorafobia es muy variable en cuanto a su presentación y que puede afectar a un sinnúmero de situaciones distintas, pero ¿por qué hay pacientes que temen a muchas situaciones distintas mientras otros parecen atemorizarse ante un número bastante limitado de actividades?

El grado de afectación o abundancia de miedos en la agorafobia está en buena parte explicado por cómo haya reaccionado la persona cada vez que ha sentido ansiedad. Si ante una situación aparecen signos de ansiedad y por ello la persona decide ser prevenida y marcharse, es muy probable que en poco tiempo esa situación y otras que se le parezcan pasen a engrosar la lista de su agorafobia. Por el contrario, si toma la determinación de no huir, es altamente posible que esa situación no adquiera la capacidad de disparar la «alarma» de la ansiedad en el futuro y, por tanto, no pase a formar parte de sus miedos.

Veremos más adelante que el tratamiento psicológico de este trastorno se basa en este principio. Hemos de tener en cuenta que la agorafobia suele manifestarse inicialmente circunscrita a un número muy limitado de actividades, para posteriormente y de manera progresiva extenderse y llegar a afectar a un amplísimo rango de situaciones. Como normalmente quienes padecen este trastorno consultan a un especialista al cabo de unos cuantos años de iniciado el mismo, cuando llegan a la consulta de un psiquiatra o un psicólogo la lista de situaciones temidas y evitadas suele ser larga.

En ocasiones, se puede dar la paradoja de que una persona tenga miedo a una situación, pero no a otra que a simple vista nos puede parecer muy similar o incluso capaz de producir una mayor aversión que la primera. Por ejemplo, recuerdo el caso concreto de una paciente incapaz de subir al tren para desplazarse desde su población a la ciudad donde seguía tratamiento. Cada vez

que en el pasado había intentado subir a un tren había experimentado una ansiedad intensa que había sido incapaz de tolerar. El simple hecho de estar en la estación y ver llegar el tren ya era capaz de provocarle unos niveles de ansiedad insoportables. En cambio, una vez en la ciudad, era capaz de desplazarse en metro, donde experimentaba una ansiedad mínima y fácilmente tolerable.

Cuando tenía visita en nuestra consulta, conducía hasta las afueras de la ciudad, donde aparcar era más fácil, y desde allí se trasladaba en metro hasta nuestro centro. Al preguntarle como era posible que fuera capaz de eso, cuando a mi entender el metro es un transporte más lúgubre y claustrofóbico que un tren de superficie, ella respondió «en el metro las estaciones están tan cercanas que caso de sufrir ansiedad tendría que esperar poco tiempo para poder salir». Para mi seguía sin tener ninguna lógica, ni para ninguno de mis otros pacientes con agorafobia que temían al metro. Cuando les daba el argumento de esta paciente para rechazar el metro como situación «peligrosa», ellos lo rebatían con otros argumentos en los que el metro se pretendía mucho peor que el tren. Curiosamente, la paciente en cuestión parecía insensible a estas otras razones y seguía manteniendo su postulado de que un tren era mucho más «peligroso» para ella que un metro.

Es muy importante tener en cuenta que las fobias no son miedos razonables, de ahí que el argumento de alguien para temer a una situación y no a otra pueda carecer de sentido para la mayoría de nosotros. Un miedo razonable no es una fobia. Atemorizarse ante una persona que nos apunta con un arma no puede ser considerado una fobia, es una respuesta del todo esperable y, como veíamos en el primer capítulo, deseable que suceda. Esa alerta nos puede permitir una reacción más rápida y vigorosa para huir o desarmar al atacante.

Las fobias se adquieren por mecanismos mucho más subconscientes de lo que la mayor parte de la gente piensa y los argumentos que usamos para justificarlas son elaborados a posteriori. En otras palabras, si mi cuerpo acaba respondiendo ante un ascensor como lo haría ante una persona que me apunta con un arma, acabaré razonando mis motivos por los que un ascensor puede ser un peligro. Muy probablemente, mi sentido crítico será capaz de hacerme ver que el miedo es excesivo y mis razones exageradas, pero como humanos que somos necesitamos encontrar justificación para todo lo que hacemos y por como nos sentimos. Es una manera de funcionar que nos permite mantener la coherencia, de ahí que una persona que sufra de una fobia siempre sea capaz de argumentar a favor de su miedo.

Sería un error por parte del terapeuta creer que la fobia nace de la desinformación o de sostener una razón equivocada. Como hemos dicho, la

fobia procede de un proceso mucho más básico, más primitivo en su forma, que un razonamiento (lo explicaremos inmediatamente), con lo cual no debería sorprendernos que una persona presente una aparente contradicción (como la mujer de nuestro ejemplo). Por eso, los argumentos de un paciente para no temer a una situación no son validos para aplacar el temor de otro.

La agorafobia como consecuencia esperable de las crisis de angustia

De entre las diferentes fobias (a animales, a la sangre, social, etcétera), la agorafobia constituye la consulta más frecuente en los centros dedicados a la salud mental. En la inmensa mayoría de los casos que se tratan en estas consultas, la agorafobia se ha iniciado después de sufrir al menos una crisis de angustia. Una minoría—aparece después de algún hecho vital traumático o estresante, como pueda ser un accidente grave, la muerte de un ser querido, una excesiva carga y responsabilidad laboral para la que la persona siente no tener recursos para hacerle frente. Raro es el caso en el que no se detecta una causa aparente que pueda ser considerado el inicio de la agorafobia.

Tres cuartas partes de la gente que recibe un diagnóstico de trastorno de angustia (recuerde la condición de haber sufrido más de dos crisis de angustia completas e inesperadas para merecer esta etiqueta) acabará desarrollando en algún momento agorafobia. Curiosamente, esta asociación entre trastorno de angustia y agorafobia no depende ni de la intensidad percibida de las crisis de angustia que se sufran, ni de su frecuencia; sino de la duración del trastorno. En otras palabras, sufrir episodios de una intensidad de 6 o 8 sobre 10, o sufrir tres a la semana o uno al mes no explicaría que alguien acabara desarrollando agorafobia.

La variable que mejor predice que alguien con trastorno de angustia sufrirá agorafobia, es el tiempo transcurrido desde que se inició el trastorno, o lo que es lo mismo en la mayoría de casos, desde que sufrió su primera crisis de angustia inesperada, hasta que buscó ayuda en un especialista. A más tiempo padeciendo trastorno de angustia, mayor probabilidad de sufrir agorafobia.

Fruto de esta elevada asociación, algunos especialistas piensan en la agorafobia como una complicación del trastorno de angustia. Para estos autores, la agorafobia sería parte del mismo trastorno de angustia y simplemente indicaría una mayor gravedad. Alguien que sufre crisis de angustia repetidamente y vive atemorizado por la duda de cuándo aparecerá la siguiente, pero que a pesar de ello no evita ni teme ninguna actividad o situación en concreto, estaría sufriendo el mismo trastorno que Ana María, por ejemplo (quien sí evitaba un gran número de lugares y actividades). La diferencia sería que en el caso de Ana

María el trastorno sería mucho más grave que en el de quien no teme ni evita situación alguna.

Recopilando, la inmensa mayoría de las personas que buscan ayuda por su agorafobia sufren o han sufrido crisis de angustia; mientras que de entre aquellos que padecen trastorno de angustia, aproximadamente un 75% acaban desarrollando una agorafobia. Se mire como se mire, parecería que existe una estrecha relación ente estos dos trastornos. Como se ha comentado, bien podría ser que no fueran dos trastornos separados, sino dos niveles distintos de gravedad de un mismo problema.

En algunas ocasiones, esta asociación entre trastorno de angustia y agorafobia es puesta en cuestión por el hecho de que el primer diagnóstico no es posible a tenor de las características sintomatológicas de las crisis de angustia. Recordará que dijimos que para poder considerar la presencia de una crisis de angustia los manuales psiquiátricos obligaban a la ocurrencia de un número mínimo de síntomas de una lista predeterminada. Aquí conviene decir que por manuales psiquiátricos entendemos unos tratados consensuados por grupos de especialistas de prestigio reconocido en cada trastorno mental, que contienen las normas que permiten establecer un diagnóstico determinado.

Pues bien, en ocasiones hay personas que sufren episodios agudos de ansiedad que les generan problemas en su funcionamiento diario, pero que nunca han llegado a manifestarse con el número mínimo de síntomas requerido por los manuales y, por tanto, el diagnóstico de trastorno de angustia no es clínicamente cierto. Como es lógico, los procesos que median la aparición de estos ataques de síntomas limitados son los mismos que intervienen en los de las crisis de angustia propiamente dichas; y tanto unos como otras son susceptibles de provocar la ocurrencia de la agorafobia. De todas formas y como veremos más adelante, esta relación trastorno angustia-agorafobia no es infalible y tiene sus excepciones.

La extensión del miedo en la agorafobia

Para muchas personas, incluyendo familiares o allegados de los afectados, puede ser difícil entender como desde la ocurrencia de una crisis de angustia alguien puede llegar al extremo de quedar recluido en casa, incapaz de salir a no ser acompañado. En algunas ocasiones, las crisis de angustia disminuyen su intensidad o frecuencia mientras la agorafobia se mantiene o incluso sigue creciendo. Este hecho hace aún más difícil entender que está pasando. Fruto de todo ello, las personas cercanas a un afectado pueden llegar a creer que el problema radica en la falta de voluntad para superar el problema o en una exageración del mismo. No es infrecuente cuando se habla con los familiares de

algún paciente que estos digan «es que no pone de su parte» o «no habrá para tanto». Aquí es importante señalar que una crisis de angustia es un episodio de ansiedad aguda profundamente desagradable y capaz de generar un gran miedo a quien lo sufre.

Aquellos que padecen un trastorno de angustia han tenido la certeza, muy probablemente en repetidas ocasiones, de que estaban muriendo o enloqueciendo sin remedio. Cualquiera de nosotros sufriría una gran consternación ante la constatación de que está muriendo o perdiendo el juicio. Imagine todo lo que pasaría por su cabeza en ese momento, tanto las implicaciones personales (todo lo que se perdería, no volver a ver a los suyos, las cosas que dejaría por hacer...) como las consecuencias para quienes le rodean (el trauma que ocasionaría a la familia, las complicaciones económicas que se podrían derivar...). Pues imagínese que eso le pasa repetidamente y que además usted está convencido que la siguiente crisis puede ser la definitiva. ¿No haría lo posible por evitar «la siguiente»? Eso es precisamente lo que sucede en el trastorno de angustia con agorafobia.

Sabemos que el miedo a morir o a enloquecer es injustificado, que esa consecuencia está en la mente de quienes padece el trastorno, y que no se corresponde con la realidad. La ansiedad no es una respuesta perjudicial para el organismo, todo lo contrario, su función es la supervivencia, y como tal no acaba con la muerte o la locura. De todas formas, para quien sufre un trastorno de angustia llegar a aceptar y creer esta premisa no es sencillo, sino que requiere un importante esfuerzo y trabajo psicológico.

¿Cuál es el proceso más habitual que sigue una persona que acaba sufriendo agorafobia? Como hemos venido insistiendo, lo más habitual en los pacientes que acuden a una consulta es que todo haya empezado con una crisis de angustia.

Cuando alguien sufre un ataque de este tipo es fácil que las señales o estímulos presentes en la situación donde lo haya experimentado, adquieran la capacidad de provocar síntomas similares a los de la angustia. La persona temerá que la crisis se pueda repetir si vuelve al lugar donde sufrió el ataque o a practicar la actividad que estuviera realizando, por lo que entra dentro de la lógica que lo evite. Para complicar las cosas, es muy probable que no sólo ese lugar o actividad quede asociado a las crisis, sino también otras situaciones que se les parezcan, aunque jamás se haya experimentado una crisis de angustia ante ellas.

Así pues, cuando alguien sufre una crisis de angustia es relativamente fácil que diversas situaciones, y no sólo aquella ante la que se dio la crisis, se conviertan

automáticamente en lugares o actividades «prohibidos» por su potencial capacidad de disparar ataques de ansiedad. A cada crisis de angustia o amago de crisis, la secuencia se repite y son múltiples las situaciones que pasan a engrosar la lista de lugares o actividades a evitar.

Para entendernos mejor, veámoslo en el caso de Ana María: después de haber sufrido dos crisis de angustia que, aunque le causaron un gran malestar transitorio, parecían no haber tenido consecuencias posteriores, un episodio similar en la universidad comportó el inicio de una agorafobia que acabó extendiéndose a un gran número de situaciones distintas. Ana María llegó a la facultad justa de tiempo, entró apresuradamente en clase y se sentó donde tenía costumbre justo cuando el profesor iniciaba la lección. Al poco rato de estar sentada, sintió una ola de calor que le invadía el cuerpo. Al cabo de pocos segundos aparecieron unas fuertes náuseas. Notaba oleadas de calor que iban y venían y un sudor que le recorría el cuerpo. Su vista parecía nublarse y veía «puntitos», como minúsculos destellos en medio del campo visual. Estaba convencida de que vomitaría y estaba horrorizada por la vergüenza de que eso llegara a suceder.

Sentía la necesidad de huir inmediatamente de allí, pero al mismo tiempo la avergonzaba la idea de levantarse y salir de clase sólo unos minutos después de que ésta hubiera empezado («y si el profesor me detenía y me recriminaba delante de todos mi comportamiento»). Tenía una extraña sensación de apresamiento, como si estuviera en un espacio reducido del que no podía salir y en el que el aire fuera escaso («la clase es amplia, pero yo me sentía como si estuviera encerrada en un ataúd y me faltara el aire... esa es la imagen que me vino a la cabeza»).

Finalmente se levantó, agachó la cabeza para no ver la reacción del profesor ni de sus compañeros y salió de clase a toda prisa, casi atropellando a los que se encontraban entre ella y la puerta. En el baño, se remojó la cara, se serenó y todo pareció volver paulatinamente a la normalidad. El resto de la mañana lo pasó en la cafetería de la facultad con una manzanilla y la compañía de una amiga. Al día siguiente, entró en la clase sin prisas. Había planeado llegar con tiempo por si el acaloramiento de la carrera del día anterior había tenido algo que ver con el achaque que había sufrido. Llegó el profesor, empezó a prepararse para dar la clase y sus compañeros empezaron a sentarse y sacar sus blocs de notas. Ella empezó a notar una ligera náusea y un acaloramiento en la cara que parecían ir a más a cada segundo que pasaba. Esta vez, antes de que empezara la clase y alguien pudiera reprocharle su conducta, abandonó el aula.

¿Cómo es posible que una situación (estar en clase) que hasta entonces había

tolerado sin problemas, fuera ahora capaz de despertar ese malestar? La situación había pasado de ser inocua a representar un peligro. Cuando alguien experimenta una vivencia tan desagradable como una crisis de angustia, es altamente probable que determinadas señales (estímulos) del entorno adquieran a partir de entonces la capacidad de despertar sensaciones similares a las de la crisis.

Un experimento de laboratorio fácilmente replicable y que simularía lo que vivió Ana María consiste en hacer que, por ejemplo, el corazón de una persona se acelere ante un estímulo previamente incapaz de provocar ese efecto. Imagine que está sentado delante de un ordenador y se le enseña la fotografía de pongamos una paloma. ¿Qué cree que le pasaría a su corazón? Con la excepción de quienes sean fóbicos a los pájaros, la respuesta es: Nada. Ver una paloma no produce ninguna reacción especial en la mayoría de nosotros.

Imagine ahora que las cinco veces siguientes en que usted ve la paloma en la pantalla recibe al mismo tiempo una molesta descarga eléctrica en su antebrazo. ¿Qué cree que le pasaría a su corazón en la siguiente ocasión en que se le mostrara de la fotografía de la paloma? Es altamente probable que se acelerara. La descarga eléctrica tiene la capacidad de producir, entre otras cosas, una aceleración de su corazón (la descarga produce miedo). Cuando alguien recibe una corriente eléctrica es del todo esperable que esto suceda.

Al cabo de unas cuantas ocasiones en las que la imagen de la paloma ha aparecido acompañada del calambre, su cerebro habrá aprendido a asociar esa fotografía con la aparición de la descarga; para su cerebro la paloma predice la ocurrencia de la sacudida eléctrica. Ahora, la aparición de la fotografía ya es capaz de hacer que usted anticipe el peligro, dispare las alarmas de su cerebro (ansiedad) y su corazón se acelere. Ni tan sólo es necesario volver a recibir la descarga —como veremos al hablar de tratamiento, esta asociación no es eterna y podemos hacer que las cosas cambien— la imagen de la paloma por si sola ya provoca un incremento del ritmo cardíaco.

Cuando Ana María experimentó la crisis de angustia, fue fácil que algún estímulo presente en el entorno en ese momento (muy probablemente la propia aula) se asociara en su cerebro con la ocurrencia de la crisis que equivaldría a la descarga en nuestro ejemplo del laboratorio. De vuelta al aula, el corazón se aceleró como resultado de la previsión de un peligro, al igual que sucedía cuando la imagen de la paloma aparecía en la pantalla del ordenador. En el caso de Ana María el aumento de ritmo cardíaco, aun siendo real, no era el síntoma que ella más fácilmente detectaba ni al que prestaba una mayor atención. Para ella, cobraban preeminencia las náuseas y el cambio de temperatura corporal que también tienen lugar cuando uno se pone ansioso. Éstas eran las

sensaciones que percibió cuando entró en clase el día después de la crisis de angustia.

De todas formas, Ana María no sólo experimentaba esas sensaciones en el aula donde sufrió la crisis, sino que cualquier clase de la facultad parecía capaz de generar esos síntomas. De hecho, pronto se vio imposibilitada para asistir a cualquier clase, con independencia del aula en la que se diera, y no tardó en incluir en la lista de «lugares peligrosos» la biblioteca e incluso la cafetería de la facultad, donde al principio parecía refugiarse sin problemas. Llegó un momento en que el edificio entero pareció ser capaz de provocarle las crisis y abandonó sus estudios.

Volvamos al laboratorio para explicar qué pudo pasarle: supongamos que hemos conseguido que usted acelere su corazón delante de la misma fotografía de una paloma que anteriormente habíamos emparejado con una descarga eléctrica. Imagine que su cerebro ha aprendido esa asociación. Ahora aparece otra paloma en la pantalla. No es la misma de antes, pero a fin de cuentas es una paloma. ¿Qué cree que sucedería con su corazón? Dependería del grado de similitud entre ambas imágenes, pero no sería de extrañar que su corazón también se acelerara en este caso. ¿Por qué, si esa paloma en concreto nunca ha aparecido acompañada del calambre? Porque nuestro cerebro tiene la capacidad de generalizar frente a estímulos parecidos.

Los automatismos con los que funciona nuestro organismo establecen que si algo es indicativo de peligro para nosotros, lo que se le parezca debe recibir la misma consideración. Podríamos decir que nuestro cerebro aplica la regla «más vale prevenir que curar». Por tanto, si una paloma predecía la aparición de la descarga eléctrica, más vale asumir que la otra paloma también, o lo que es lo mismo, la segunda paloma generará ansiedad a pesar de que nunca haya aparecido antes acompañada de una descarga. Entonces, ¿hasta que punto han de parecerse las palomas? No hay una regla de oro. De hecho, el grado de similitud entre dos estímulos para que la asociación se generalice o traspase de uno a otro depende de diversas variables. Entre éstas, hay una muy importante: el grado de miedo que la consecuencia temida nos produzca.

En otras palabras, si la descarga que usted recibiera fuera molesta pero fácilmente tolerable, sería más fácil que usted discriminara que estímulo es el que predice descarga y cual no. Si la corriente a la que está haciendo frente es muy dolorosa, todo lo que para usted guarde la más mínima relación con la fotografía de la paloma original será susceptible de generarle ansiedad, sea otra paloma, aves en general, una jaula o cualquier cosa relacionada con la naturaleza.

En el laboratorio se puede conseguir con relativa facilidad que una persona aumente su ritmo cardíaco ante una imagen inicialmente neutra, tan solo con asociarla a otro estímulo desagradable como pueda ser una pequeña descarga eléctrica. Sería parecido a «fabricar» una fobia en el laboratorio, si bien la intensidad y consecuencias de la misma serían mucho menores que las de las fobias que se observan en la clínicas de atención psicológica.

Fíjese que estamos explicando estos procesos como algo ajeno a su voluntad, es decir, que usted no decide conscientemente «a partir de ahora voy a temer a la imagen de la paloma, ya que la experiencia me demuestra que puede ir acompañada de descarga», ni tampoco «como la otra paloma iba seguida de descarga, puede ser que esta también»; sino que todo ello sucede a nivel preconsciente, sin la intervención de su raciocinio.

Así pues, Ana María sufrió una crisis de angustia en un aula, pero generó miedo a todas las demás aulas de la facultad por su semejanza. A fin de cuentas, todas ellas eran lugares donde se daba clase y de donde salir podía ser comprometido una vez había empezado la clase. Cada vez que Ana María hacía el esfuerzo de entrar en un aula y sufría un conato de angustia, esa asociación se consolidaba. En su cerebro arraigaba con más fuerza la consideración de esa situación (estar en el aula) como una señal de peligro inminente y más fácil era que las clases provocaran ansiedad.

Cuanto más lugares de la facultad pasaban a poseer la capacidad de generar ansiedad, más fácil era encontrar semejanzas con otros lugares y más se extendía la lista de situaciones a evitar. Todo esto hasta llegar al único lugar que al principio parecía exento de generar ansiedad: la cafetería de la facultad.

Hacía días que Ana María había dejado de ir a la universidad. A fin de cuentas, que sentido tenía ir si no podía asistir a las clases ni ir a la biblioteca. Por fin, una amiga la convenció argumentando que quizás se sentiría mejor y podría ir a alguna clase, o que por lo menos se verían y ella le dejaría los apuntes de clase para que pudiera estudiarlos en casa. Cuando Ana María llegó a la puerta de la facultad empezó a sentirse incómoda. Andar por los pasillos no ayudó a que su malestar disminuyera y cuando llegó a la cafetería sintió que su ansiedad se desbordaba y presintió que acabaría sufriendo una crisis. Le pidió a su amiga que la acompañara fuera y ya no volvió a pisar la universidad.

Es importante entender que el hecho de que un estímulo sea capaz de adquirir la capacidad de despertar una alarma en nuestro cerebro y, por tanto, generar lo que llamamos ansiedad, no otorga a ese estímulo la capacidad de generar una crisis de angustia. Veámoslo de la siguiente manera: la imagen de la paloma no puede provocar una descarga eléctrica, ni tan solo las mismas sensaciones

físicas que la corriente. Lo que la fotografía de la paloma provoca es que el organismo se prepare para hacer frente a un peligro y, por tanto, promueve las sensaciones propias de la ansiedad.

Lo mismo ocurre en los casos de agorafobia. El aula, el coche, el tren, el metro, un supermercado..., ninguno de ellos tiene la capacidad de provocar la crisis de angustia; tan sólo tienen la capacidad de provocar la ansiedad propia de la anticipación de un peligro. Ahora bien, en el caso de las personas que sufren trastorno de angustia con agorafobia, esas sensaciones iniciales de ansiedad desencadenan una secuencia de acciones que se conoce como **círculo de la angustia**, el cual es el verdadero desencadenante de la crisis (el concepto de círculo de la angustia ha sido expuesto anteriormente).

La evitación como fuente de más ansiedad

Hasta aquí hemos explicado como un lugar o una actividad, en principio inocuos, adquieren la capacidad de provocar ansiedad y por tanto de convertirse en potenciales detonantes de las crisis de angustia; bien porque en algún momento acompañaron a una crisis de angustia, bien porque se asemejan de alguna manera con la situación en la que realmente se dio una crisis. La siguiente pregunta que nos podríamos formular sería ¿Nunca desaparece esa potencialidad? ¿Cómo es posible que si el aula no tenía la capacidad real de provocar una crisis de angustia, Ana María siguiera años después temiendo entrar en una clase? La respuesta a esta pregunta es: porque Ana María seguía evitando esa situación.

Volvamos al experimento de laboratorio de la fotografía de la paloma y la descarga eléctrica. Como era de esperar, su corazón se aceleraba cuando recibía una pequeña pero molesta corriente. También hemos comentado antes que después de unas cuantas presentaciones de la imagen de una paloma en el mismo momento de la descarga, su corazón se aceleraría ante la visión de la paloma sin necesidad ya de que hubiera la descarga.

Imagine ahora que se le provee de un pulsador que puede presionar a voluntad con el fin de hacer desaparecer la paloma y evitar la descarga. En otras palabras, cada vez que usted aprieta un botón consigue anular la parte de un circuito eléctrico que es el encargado de generar la descarga que usted recibe y al mismo tiempo la imagen del animal desaparece de su vista. No tardará mucho tiempo en aprender a pulsar rápidamente el botón en el mismo momento en que la imagen aparece, y así ahorrarse la desagradable corriente eléctrica.

Cuando usted haya aprendido a usar el pulsador, la paloma está tan sólo unas

décimas de segundo en pantalla y usted no vuelve a experimentar la desagradable sensación del shock eléctrico. ¿Cuántas veces apretaría usted el pulsador? Tantas veces como apareciera la fotografía de la paloma en la pantalla. De hecho, es muy probable que, como hemos explicado anteriormente, no sólo lo pulse frente a la imagen de esa paloma, sino ante cualquier imagen que usted intuya asociada a la paloma y, por tanto, susceptible de predecir la descarga. Si el shock eléctrico es potente, es muy poco probable que usted tome la arriesgada decisión de no presionar el botón y esperar a ver qué sucede.

Será mucho más esperable que pulse el botón de modo preventivo siempre que sospeche que una imagen puede predecir la descarga. Al actuar de ese modo, su cerebro atribuirá automáticamente el valor de «amenaza» a esa nueva imagen evitada, y la siguiente vez que aparezca disparará la alarma de la ansiedad. A fin de cuentas, si usted ha decidido evitar algo, será porque ese algo es potencialmente peligroso o desagradable, y como tal será considerado a partir de ahora por su cerebro. ¿Cuando cree usted que dejaría de pulsar ese botón? Mientras exista la amenaza, no dejaría de hacerlo, o lo que es lo mismo, mientras haya la posibilidad de que aparezca la fotografía de la paloma usted seguiría muy atento a la pantalla y pulsaría el botón al primer indicio de presentación de esa imagen.

La paradoja está en que podría llegar el caso en el que la batería del circuito eléctrico se agotase y que, por tanto, ya no existiera la posibilidad de recibir una descarga. La corriente ya no sería posible, pero como usted pulsaría el botón en el mismo instante en que la imagen temida apareciera en la pantalla, jamás llegaría a descubrirlo. Usted continuaría actuando como si el shock eléctrico siguiera a esas fotografías y no llegaría a descubrir que la descarga ya no tiene lugar.

Exactamente lo mismo sucedía con Ana María. Ella seguía haciendo lo que creía que prevenía la aparición de la crisis de angustia (equivalente a la descarga del experimento), y lo hacía siempre que percibía alguna amenaza en su entorno como un aula, una biblioteca, una habitación cerrada, etcétera (el equivalente a la foto de la paloma y a otras fotos parecidas de nuestro experimento). Mientras el temor a la aparición de una crisis de angustia existiera, la evitación de esas situaciones se mantendría. Incluso durante los seis meses en que no padeció ninguna crisis, el hecho de seguir atribuyendo a la universidad la capacidad de provocarlas la mantuvo apartada cualquier contacto con ella.

Así pues, por una parte, la evitación nos permitiría explicar que algunas situaciones parecidas a la situación original adquieran la capacidad de provocar ansiedad. Cuando con un excesivo celo protector evitamos una situación por la

posibilidad de que dispare una crisis de angustia, sin quererlo estamos dotándola de la capacidad de disparar la alarma de la ansiedad en el futuro; o lo que es lo mismo, algo que en principio era inofensivo lo convertimos en nuestro cerebro en un potencial peligro.

Por otra parte, la evitación también nos permite entender como la ansiedad o el temor a determinadas situaciones se mantiene durante un largo tiempo. El hecho de no hacerles frente hace que las sigamos considerando peligrosas y, por tanto, disparando la alarma de la ansiedad cada vez que nos crucemos con ellas.

La agorafobia sin crisis de angustia

Hasta ahora hemos hablado de la agorafobia como una consecuencia o complicación del trastorno de angustia. Como decíamos antes, esto es así en la mayoría de pacientes que consultan a psiquiatras y psicólogos. Lo más habitual es que ambos diagnósticos aparezcan juntos, aunque se dan tres excepciones a esta regla, dos de las cuales ya han sido mencionadas:

- Las crisis de angustia desaparecen pero la persona sigue teniendo miedo a muchas de las situaciones asociadas a crisis en el pasado y, por tanto, mantiene las evitaciones. Aunque el diagnóstico de ambos trastornos hubiera sido originalmente posible, en el momento en que se realiza la consulta al especialista el trastorno de angustia ha desaparecido mientras que la agorafobia se mantiene.
- El diagnóstico de trastorno de angustia no es posible por rigor clínico. En otras palabras, las crisis de angustia no llegan al número mínimo de síntomas requerido por las normas diagnósticas y, por tanto, no puede considerarse que haya trastorno desde el punto de vista facultativo. En estos casos, puede decirse que la falta de uno de los diagnósticos es puro tecnicismo y el terapeuta aplicará el mismo razonamiento para explicar el trastorno y prescribirá el mismo tratamiento que para los casos en que ambos trastorno sí coexisten según los manuales.
- La excepción no mencionada hasta ahora de padecer agorafobia sin que previamente se hayan sufrido crisis de angustias completas o de síntomas limitados. La verdad es que la probabilidad de encontrarse con un caso de este tipo en las consultas clínicas es remota. Curiosamente, sí se detectan personas que cumplirían esta condición cuando se realizan estudios sobre la población general en los que mediante entrevistas telefónicas o cuestionarios enviados por correo se pretende calcular el porcentaje de personas afectadas de diversos trastornos psiquiátricos. La explicación podría ser que la presencia

de agorafobia sin más implica un grado de severidad del trastorno suficientemente bajo como para que estas personas no lleguen a las consultas de los especialistas clínicos. En cualquier caso, el tratamiento que se aplicaría sería muy similar al de los pacientes que presentan agorafobia conjuntamente con un trastorno de angustia.

Puntos clave:

- La agorafobia es el miedo extremo e incapacitante a situaciones de las que escapar o en las que obtener ayuda puede ser difícil. Este trastorno implica la evitación de múltiples situaciones y en los casos más graves puede llegar a recluir a una persona en su propio hogar.
- La inmensa mayoría de personas que consultan a un especialista por su agorafobia, también padecen trastorno de angustia. En estos casos, la agorafobia se asocia al miedo a padecer una crisis de angustia en situaciones en las que escapar o recibir ayuda se estima difícil.
- La agorafobia, como todas las fobias, implica un miedo excesivo e irracional. Por ello, las razones de un paciente para temer a una situación pueden no ser válidas para otro. Más importante aun es que debido a esta irracionalidad, reconocida en muchos casos por la propia persona que sufre el problema, la agorafobia no se resuelve con explicaciones ni contrargumentaciones.
- En sus primeras fases, la agorafobia afecta a un número limitado de situaciones, pero rápidamente puede extenderse a un sinnúmero de ellas a medida que la persona va realizando generalizaciones a situaciones parecidas y evitaciones.

5. Tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia

El tratamiento del trastorno de angustia y de la agorafobia ha recibido abundante atención por parte de los investigadores, así que se dispone de un buen número de datos que han permitido elaborar unos protocolos de tratamiento que producen buenos resultados en comparación con otras patologías. Aun así, todavía existe camino por recorrer y mucha investigación a realizar.

Aunque se dispone de métodos terapéuticos que han demostrado una buena eficacia, desgraciadamente no todos los pacientes responden al nivel de mejoría esperado, lo cual ha de suponer un estímulo para que los expertos sigan perfeccionando y desarrollando técnicas de intervención.

El hecho de no disponer de tratamientos universalmente útiles no es exclusivo del trastorno de angustia ni de la agorafobia, sino que es un problema extensible a la gran mayoría de problemas médicos. Por ejemplo, el tratamiento de la neumonía parece resuelto con el uso de antibióticos que actúan eficazmente sobre las bacterias causantes. A pesar de ello, cada año, cientos de personas de todo el mundo sufren neumonías graves que pueden llevarles a la muerte porque no responden como sería esperable al tratamiento antibiótico.

Desde hace muchos años, el modelo de desarrollo del conocimiento médico ha sido el de la medicina basada en la evidencia, o lo que es lo mismo, los estudios científicos basados en la experimentación han guiado el progreso de la medicina y han establecido que tratamientos pueden ser considerados efectivos para determinados trastornos y cuales no producen una mejor respuesta que un placebo (una sustancia sin efectividad) o el simple paso del tiempo. Por ejemplo, si un medicamento no demuestra ser capaz de producir una mejor respuesta sobre el virus influenza (causante de la gripe) que un terrón de azúcar (placebo) o que el paso de los días (las gripes suelen resolverse por si solas en unos días), no será considerado un tratamiento efectivo para esta enfermedad. Esto que puede parecernos obvio cuando hablamos de resfriados o de cualquier otra

enfermedad médica, parece que no lo es tanto cuando se aplica a los problemas mentales.

Durante muchos años este modelo «basado en la evidencia» pareció quedar excluido como guía del avance del conocimiento en el campo de los problemas de ansiedad y afectivos, sobre todo por lo que respecta a la elaboración de programas de tratamiento psicológico. Por fortuna esto ha cambiado notablemente en los últimos años y hoy en día la psicología basada en la evidencia parece ir ganando terreno entre los profesionales de la salud mental.

Los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos a los que se hará referencia en este capítulo serán aquellos que han demostrado tener un efecto positivo sobre el trastorno de angustia y la agorafobia en un número suficiente de estudios científicos. En otras palabras, haremos referencia a tratamientos basados en la evidencia.

Tratamiento farmacológico

Fundamentalmente, existen dos tipos de medicamentos que han demostrado buena eficacia en el tratamiento del trastorno de angustia: las benzodiacepinas y los antidepresivos.

Benzodiacepinas

Son unas sustancias que actúan directamente sobre la respuesta de ansiedad. Como tales (recuerde que las crisis de angustia no son más que una respuesta de ansiedad aguda) tienen la capacidad de bloquear las crisis de angustia y hacerlas desaparecer. De hecho, la mayoría de pacientes que sufren uno de estos episodios y que acuden a un centro médico, reciben una de estas pastillas y en escasos minutos los síntomas desaparecen.

Las pastillas que el médico dio y recetó a Juan cuando padeció una crisis de angustia en el hotel en el que estaba alojado eran de este tipo. De hecho, le sugirió usarlas de un modo que se llama «a demanda» y que consiste en tomarse una de estas pastillas cada vez que el paciente percibe la inminencia de un ataque o cuando sospecha que podría sobrevenirle uno.

Este método de administración es controvertido por el hecho de que obliga al paciente a mantener la atención sobre sus síntomas con el fin de decidir en que momento debe ingerir la pastilla. Recordaremos que la vigilancia sobre el organismo era una de las variables que ayudaba a mantener el trastorno de angustia. Cuando se presta atención a nuestro cuerpo es mucho más fácil notar síntomas, y esas sensaciones suelen ser el desencadenante de las crisis de angustia.

Mucho más recomendable suele ser establecer una pauta regular de medicación, es decir, un número fijo de pastillas repartidas a lo largo del día. El problema de esta estrategia es que la persona puede estar tomando más medicación de la que realmente necesite en función de la frecuencia de sus crisis de angustia.

Otro problema añadido de las benzodiacepinas es el elevado número de pacientes que recaen una vez han suspendido el tratamiento. Estos fármacos tienen una acción muy específica sobre las crisis de angustia (anti-ansiedad) y producen efectos de manera muy rápida. En pocos días o semanas la persona puede notar una mejoría en sus niveles de ansiedad y un efecto beneficioso sobre la aparición de las crisis de angustia.

Ahora bien, casi la mitad de los pacientes que son tratados únicamente con estas sustancias, vuelven a sufrir episodios de ansiedad aguda al poco tiempo de haber abandonado las pastillas. De hecho, la suspensión de una pauta de tratamiento con benzodiacepinas debe hacerse siguiendo las instrucciones del médico, ya que dejarlas repentinamente produce síntomas de abstinencia. Ni que decir tiene que esos síntomas, a pesar de ser más molestos que peligrosos en la mayoría de casos, pueden desencadenar una crisis de angustia, ya que la persona que los sufra los malinterpretará fácilmente como señal de que algo va mal, y entrará en el círculo de la angustia anteriormente descrito.

Antidepresivos

La mejor alternativa farmacológica a las benzodiacepinas son los antidepresivos y en concreto un grupo de ellos conocidos como Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Reciben este nombre por su acción sobre las neuronas del cerebro. Estos fármacos consiguen que una sustancia conocida como Serotonina circule mejor entre las neuronas de nuestro sistema nervioso central, facilitando la comunicación entre ellas. Además de actuar como antidepresivos, los ISRS también tienen la capacidad de regular la respuesta de ansiedad. Su acción es mucho más lenta que la de las benzodiacepinas y, por tanto, necesitan bastante más tiempo para que la persona sea capaz de notar sus efectos.

Por otra parte, los ISRS presentan una menor tolerancia que las benzodiacepinas, en el sentido de que pueden provocar efectos secundarios con mayor facilidad, como por ejemplo una disminución del deseo y de la excitación sexual. Estos efectos secundarios no son peligrosos, pero sí bastante fastidiosos. Aun así, estos fármacos parecen tener un efecto más beneficioso que las benzodiacepinas, no sólo sobre la respuesta de ansiedad sino sobre el bienestar y la seguridad de los pacientes, además de producir menos recaídas cuando el tratamiento se suspende.

Por otra parte, el hecho de que sean de acción más lenta y de que difícilmente puedan producir abstinencia al suspender su uso, hace que sean fármacos más recomendables para su utilización durante periodos largos de tiempo. De hecho, estos fármacos antidepresivos (los ISRS) son el tratamiento farmacológico de elección recomendado por los expertos, es decir, el primer tipo de fármacos que debe ser puesto a prueba en pacientes con trastorno de angustia.

En la práctica clínica lo más habitual es que los psiquiatras establezcan una pauta combinada de ISRS y benzodiacepinas. La idea es que así se logra aprovechar la rápida acción del fármaco ansiolítico (anti-ansiedad) y el efecto más consolidado a medio plazo del antidepresivo. Posteriormente, se reduce progresivamente la toma de la benzodiacepina y se mantiene el fármaco ISRS durante un período de tiempo variable, que suele ser de varios meses.

A pesar de que como hemos comentado los ISRS conllevan un porcentaje menor de recaídas que las benzodiacepinas, una vez se da por terminado el tratamiento ambos fármacos salen desfavorecidos en la mayoría de estudios en los que se ha comparado su eficacia con la del tratamiento psicológico (cognitivo-conductual).

Por otra parte, los fármacos inciden simplemente sobre la aparición de las crisis de angustia, pero no sobre el trastorno de angustia per se o la agorafobia. En otras palabras, al disminuir los niveles de activación del organismo consiguen que la probabilidad de sufrir una crisis disminuya notablemente, pero no por ello necesariamente corrigen la aprensión que la persona pueda sentir ante las sensaciones físicas, ni la evitación de situaciones.

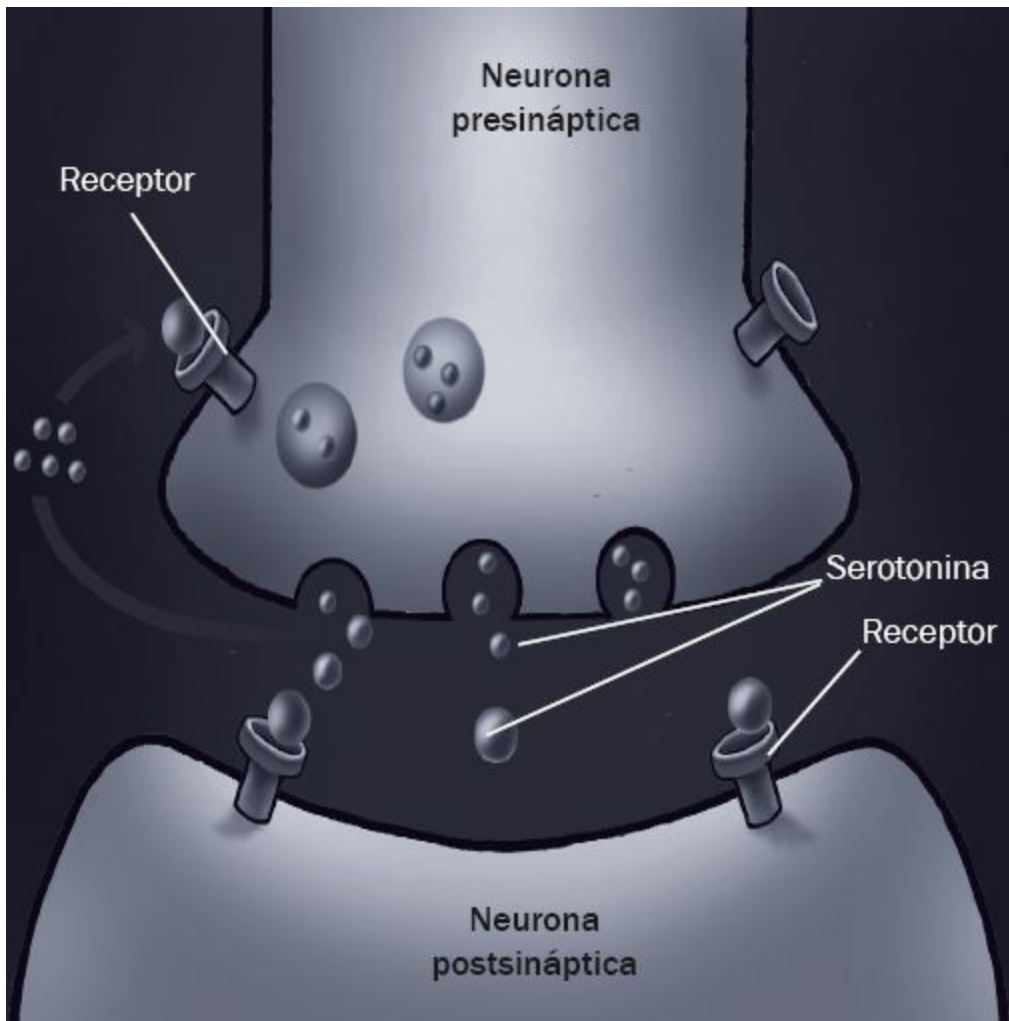


Figura 5.1. La serotonina es un neurotransmisor que liberado en el espacio microscópico que separa las neuronas facilita la comunicación entre ellas.

Las moléculas de serotonina son captadas por la neurona postsináptica que se activa y hace fluir la información hacia la siguiente neurona. La serotonina sobrante es recogida nuevamente por la neurona presináptica (la que la liberó) para ser reutilizada.

Los fármacos conocidos como inhibidores de la recaptación de serotonina bloquean esta recuperación de la sustancia que al estar más tiempo en el espacio que separa las dos neuronas, tiene mayor facilidad para contactar con los receptores de la neurona postsináptica y ejercer su papel de transmisor de la información.

Se supone que si la agorafobia se producía como consecuencia del miedo a que una situación pudiera desencadenar una crisis, ahora que las crisis no tienen lugar, el paciente dejará de hacer evitaciones y conductas de seguridad. Pero esto no es así en muchos casos, en los que el propio fármaco puede llegar a convertirse en una conducta de seguridad. Éste era el caso de Juan (el ejemplo de nuestro viajante). Para ser capaz de hacer frente a muchas situaciones cotidianas que la mayoría de nosotros realizamos sin el menor esfuerzo, él debía llevar encima un pastillero con alguno de esos comprimidos que tan bien le fueron durante su primera crisis en el hotel. Si en algún momento se le cruzaba por la cabeza la idea de que se había dejado el pastillero en casa, en el cajón de

la oficina o que lo había perdido, tenía que introducir la mano en el bolsillo para asegurarse de que allí estaba. Cuando comprobaba su presencia, no tenía grandes dificultades para llevar una actividad normal (a excepción de conducir de noche, subir a un avión o alejarse de zonas habitadas, situaciones que ni con pastillas se veía capaz de afrontar). Ahora bien, sin las pastillas no podía salir de casa porque se sentía perdido y su ansiedad podía desbordarse fácilmente en forma de crisis.

Tratamiento cognitivo-conductual

Entre las diferentes intervenciones psicológicas posibles para el tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia, y siguiendo nuestra premisa de considerar sólo aquellos tratamientos basados en la evidencia, el tratamiento cognitivo-conductual es el único que dispone de suficientes resultados a favor sobre su eficacia para ser incluido aquí. De los trabajos realizados se desprende que alrededor del 70% de los pacientes mejoran significativamente. Un 20% puede presentar ocasionalmente algunos síntomas de ansiedad, mientras que aproximadamente la mitad de los pacientes tratados no vuelven a sufrir ningún episodio de angustia.

Fundamentalmente, se han diseñado dos programas de tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de angustia y la agorafobia. Uno desarrollado en los Estados Unidos por los doctores David Barlow y Michelle Craske, y el otro en el Reino Unido por el doctor David Clark. Ambos programas, salvando algunas diferencias, presentan unos puntos básicos en común que conforman los factores elementales del tratamiento:

- Psicoeducación.
- Reestructuración cognitiva.
- Exposición interoceptiva.
- Exposición programada a situaciones temidas.

Sin pretender detallar a fondo cada uno de estos puntos (no es el objetivo de este libro), explicaremos sucintamente en que consiste cada uno de ellos. El tratamiento cognitivo-conductual se basa en el desarrollo de nuevas habilidades por parte del paciente. En el caso de la angustia y la agorafobia se trata de entrenar a la persona para que afronte de manera más efectiva su ansiedad, o lo que es lo mismo, cambiar la manera como la persona actúa y piensa ante los síntomas de ansiedad para conseguir que su respuesta emocional (miedo) sea tolerable o incluso llegue a desaparecer.

Psicoeducación

La psicoeducación es el primer paso del tratamiento psicológico en la mayoría de trastornos, tal y como se mencionó en el prólogo haciendo referencia precisamente al objetivo de este libro.

Por psicoeducación entendemos el proceso a través del cual se corrigen los errores o sesgos de información que la persona afectada por un trastorno puede presentar, así como el proceso de proporcionar la información justa y necesaria que puede ser útil en el proceso de curación. Se trata de aumentar el conocimiento y la comprensión de la persona sobre su problema y sobre el tratamiento que recibirá para combatirlo.

Éste y no otro es el objetivo de este libro: facilitar la información necesaria a quienes sufren un trastorno de angustia y agorafobia con el fin de que puedan afrontar mejor su ansiedad y completar de manera más eficaz su tratamiento.

Con la facilidad de acceso al conocimiento de que disponemos hoy en día, es de crucial importancia saber elegir fuentes fidedignas de información. Internet es un buen ejemplo para ello. Basta con introducir una palabra (agorafobia, por ejemplo) en cualquier buscador y se recibirán centenares de respuestas; pero ¿quién ha escrito esa información y hasta que punto es veraz? La respuesta a esa pregunta no llegará con los centenares de páginas a las que será remitido quien haga la búsqueda.

La saturación de informaciones o el acceso a informaciones incorrectas puede ser tan perjudicial como la falta absoluta de ellas. Por ello, es crucial depositar la confianza en un terapeuta y permitir que él sea la fuente y el filtro de los conocimientos que sean necesarios para afrontar el trastorno. Estar bien informado es un paso esencial en el tratamiento de un trastorno psicológico.

Una de las primeras preguntas que quieren resolver quienes sufren crisis de angustia es: ¿por qué tengo estos síntomas y que significan? Muchas personas han barajado múltiples opciones de entre diversas enfermedades médicas que pueden causar síntomas similares, e incluso muchas de ellas han realizado diversas consultas médicas que han descartado esas patologías. Así pues, cuando finalmente consultan a un psiquiatra o un psicólogo pueden sentirse defraudados si la respuesta parece tan simple como «porque usted está ansioso» y no significan nada más que eso: que usted está ansioso.

Después de un largo tiempo sufriendo ataques, viviendo pendiente de su posible aparición y limitado por el temor a que se repitan, puede resultar difícil admitir que esas terribles sensaciones no son más que ansiedad. Que la persona entienda bien las implicaciones de lo que significa tener ansiedad y que llegue a aceptar lo que en realidad está sucediendo cada vez que experimenta una crisis

es fundamental en el proceso de curación. Ello puede resultar difícil si la persona interpreta que al decirle que sufre ansiedad, a) los síntomas son de escasa intensidad y, por tanto, fácilmente soportables, b) la ansiedad es algo que uno se provoca a sí mismo y que, por tanto, debería controlar a voluntad. Respecto a estos errores, es muy importante entender que aceptar que esos síntomas son señales que indican que nuestro organismo se ha activado para hacer frente a un peligro, no implica reconocer que las crisis han estado provocadas por uno mismo, ni que su intensidad haya de ser moderada-baja.

Como explicábamos en el primer capítulo de este libro, la ansiedad y el miedo son respuestas automáticas de nuestro cuerpo que se dan ante la detección de un potencial peligro o al enfrentarse a un peligro real. Por tanto, esa respuesta de nuestro organismo no se dispara a voluntad, sino cuando un peligro real o potencial es detectado, incluso de manera subliminal. En ocasiones, la detección resulta acertada y la ansiedad/miedo cumple su función de protección; en otras, resulta equivocada y esa respuesta se demuestra innecesaria. Lo que sucede en las crisis de angustia es lo segundo, es decir, que se dispara una alarma que no protege de un peligro real y que podría haber sido ahorrada.

En cuanto a la intensidad de los síntomas, nadie ha dicho que la respuesta de ansiedad implique sensaciones de escasa intensidad. De hecho, a estas alturas de la lectura, ha tenido que quedar claro que las crisis de angustia cursan con una gran violencia de síntomas y que esa intensidad no se corresponde con la gravedad, es decir, que a pesar de la fuerza con la que ocurren, esas sensaciones no tienen consecuencias negativas para el organismo. A pesar de sentir que el corazón le puede llegar salir del pecho, no va a sufrir un infarto, aunque perciba que se está volviendo loco, eso no sucederá; por mucho que su garganta parezca bloqueada y que no puede respirar, es imposible que se ahogue, etcétera.

Otra idea común en quienes sufren ataques de angustia es que las sensaciones que perciben (la ansiedad) van en aumento de manera imparable e ilimitada hasta literalmente acabar con uno. Pues bien, en realidad ni la ansiedad sigue en progresión infinita, ni las sensaciones se mantienen tanto tiempo como pueda parecerles a quienes las sufren. Quienes han sufrido crisis de angustia probablemente ya han experimentado la máxima intensidad a la que esos episodios pueden llegar. La capacidad del organismo para activarse no es ilimitada. Al contrario, llega con relativa rapidez a su máximo y a partir de ahí inicia un progresivo descenso hasta llegar a los niveles de activación iniciales o basales. Por norma general, el grado máximo de la ansiedad se experimenta dentro de los 10 minutos siguientes al inicio de la crisis y media hora después la intensidad de esa respuesta se ha reducido en más de la mitad.

No es de extrañar que quienes experimentan esos ataques tengan la percepción de que el tiempo ha pasado más despacio o de que en realidad la crisis ha sido más larga. Lo importante es entender que eso es una percepción perfectamente comprensible a tenor de la desagradable intensidad de los síntomas experimentados, pero a fin de cuentas una percepción que no se corresponde con la realidad. Si usted consulta a un especialista porque sufre crisis de angustia, lo peor que podría pasar ya ha pasado; es decir, usted ya ha vivido las peores sensaciones que puede comportar una crisis de angustia.

Reestructuración cognitiva

Con este nombre se conoce el proceso a través del cual una persona aprende a **detectar** que pensamientos pueden pasar por su cabeza en un momento concreto y despertar una emoción determinada (en nuestro caso ansiedad o miedo), a **ejercitar** el razonamiento o cuestionamiento de esos pensamientos y a **adquirir** la habilidad de modificarlos caso de demostrarse equivocados o imprecisos.

Imagínese que llega del trabajo a casa después de haber quedado con su pareja en que ese día saldrán a cenar para celebrar su cumpleaños. Normalmente, su pareja llega antes que usted, así que abre la puerta esperando encontrarla, pero todo está en silencio y parece no haber nadie. Por su cabeza cruza una idea: «se le ha olvidado y se ha entretenido charlando con alguien, se hará tarde y no encontraremos mesa donde yo quería ir». Seguramente se sentirá defraudado y enfado. Si por su cabeza hubiera pasado otra idea como por ejemplo: «precisamente hoy deben haberla entretenido en el trabajo. Pobre, debe estar nerviosa por salir cuanto antes», sentirá compasión por su pareja y esperará pacientemente a que llegue. Si pensara: «me temo que me tiene preparada una fiesta sorpresa...», se sentirá complacido y feliz.

En definitiva, en función de como interprete la situación, esto es, de lo que piense en ese momento concreto, generará una u otra emoción y se comportará de acuerdo con ese sentimiento. En el primer caso, se sentaría de brazos cruzados comprobando la hora a cada momento; en el segundo, quizás se relajaría viendo la TV o matando el tiempo distraídamente; en el último, recorrería sonriente el camino hasta el salón esperando encontrar un grupo de amigos dispuestos a gritarle «Feliz Cumpleaños».

Lógicamente, el ejemplo que acabamos de exponer no entraña ningún problema en sí mismo. Pero, ¿qué sucedería si ésa fuera su forma de pensar habitual?, es decir, ¿qué pasaría si cada vez que alguien olvidara una cita con usted, usted lo interpretara como un desaire, o si reaccionara con un profundo enfado cada vez que alguien le lleva la contraria, discrepa de sus ideas, o no hace lo que usted querría en cada momento? En ese caso, podríamos decir que usted tiene un

sesgo cognitivo que le genera problemas; en otras palabras, que muestra una tendencia exagerada a interpretar que los demás le menosprecian y que esto le hace estar habitualmente enojado sin que haya un motivo real.



Figura 5.2. Lo que pensamos respecto de lo que nos acontece determina nuestro estado de ánimo y nuestro comportamiento. En ocasiones nuestras ideas pueden ser equivocadas o exageradas y generarnos estados de ánimo negativos que no se corresponden con la realidad de lo que está sucediendo.

Un sesgo similar es el que presentan las personas con un trastorno de angustia, pero no interpretando que los demás los desprecian, sino juzgando que las sensaciones procedentes de su organismo son una señal inequívoca de que algo terrible va a suceder (que una taquicardia es el preámbulo de un infarto, que a un mareo le seguirá un desmayo, a un malestar digestivo un vómito o a un nudo en la garganta el ahogo). Inevitablemente, cada vez que perciben una sensación física, por su cabeza cruzan ese tipo de pensamientos. En el capítulo dedicado a las crisis de angustia ya citábamos este tipo de sesgo en el pensamiento como parte de los síntomas cognitivos de las crisis. Les llamábamos pensamientos automáticos y destacábamos que en muchas ocasiones se manifiestan de manera sutil y pre-consciente. Es decir, que no tienen la forma de un discurso mental elaborado, sino más bien la de un pensamiento sencillo y fugaz que cruza por nuestra mente sin casi dejar recuerdo de ello.

Imagine que va a coger un recipiente de la cocina pensando que el fuego está apagado. Justo antes de tocarlo se da cuenta que el fuego estaba encendido y, por tanto, ese cazo debe quemar. Inmediatamente, su mano saldrá despedida con fuerza en dirección opuesta. Aunque no haya llegado a sentir el calor, un acto reflejo le ha hecho apartar la mano violentamente al ver la llama bajo el recipiente. ¿Cuánto tiempo le ha llevado tomar la decisión de apartar repentinamente la mano? ¿Ha razonado usted que los objetos metálicos puestos

sobre el fuego aumentan su temperatura drásticamente en escasos segundos? Si alguna vez le ha pasado, ¿recuerda qué pensó en el cortísimo intervalo que media entre la visión del fuego encendido y el acto repentino de apartar la mano?

Lógicamente, no. La idea de que las cosas metálicas sobre el fuego no deben tocarse porque queman está tan integrada en su conocimiento, que no necesita elaborarla para que esa idea se haga efectiva y module sus reacciones. Lo hace de manera automática.

Las personas que sufren un trastorno de angustia llegan a tener tan integrada la idea de que las sensaciones físicas son indicio de que algo terrible sucederá, que aplican ese mismo automatismo que usted usó para no quemarse con el cazo a las sensaciones físicas que pueden percibir de su cuerpo.

Cuando estaba al volante, Juan era especialmente sensible a prestar atención a su cuerpo y a notar algún síntoma. Si esto ocurría, era fácil que por su cabeza cruzara la idea «me desmayaré y tendré un accidente de tráfico». A veces, esta idea podía cruzar a la misma velocidad y con la misma discreción que el «no toques lo que está en el fuego porque quema» de nuestro ejemplo anterior y, por tanto, como usted, Juan no era consciente de haber tenido esa idea. El pensamiento de desvanecerse al volante generaba el lógico miedo a sufrir un accidente grave. Ese miedo comportaba una mayor activación física, lo cual se convertía en más y mayores sensaciones, luego más miedo, y así como una bola de nieve hasta llegar a la intensidad de una crisis de angustia.

Las personas que sufren un trastorno de angustia necesitan muchas veces entrenar la habilidad de detectar esos pensamientos automáticos, ya que no suelen tener conciencia de su presencia y puede resultar difícil llegar a detectarlos. Una vez desarrollada la habilidad para identificarlos, el siguiente paso consistirá en aprender a valorar lo que está sucediendo de manera objetiva, para llegar a ser capaz de elaborar explicaciones alternativas a la idea catastrófica que normalmente despertaban las sensaciones físicas.

Volvamos al caso de Juan conduciendo y sintiendo un mareo. Ya hemos dicho que su pensamiento automático al respecto era «me desmayaré y tendré un grave accidente de tráfico». Pero Juan podría interrogarse: «¿Cuántas veces antes he sentido este mareo? Muchas. ¿Cuántas de esas veces he llegado realmente a desmayarme? Ninguna. ¿En qué porcentaje de ocasiones he sentido un mareo que después no ha llegado a provocar una crisis de angustia? En la mayoría de ocasiones. ¿En esa mayoría de ocasiones, qué hice para detener el ataque? Diversas cosas, por ejemplo, parar el coche o dejar que otro condujera por mí. ¿Puede eso significar que el mareo no es algo completamente ajeno a mi

control? Parecería que es así. Por tanto, si la experiencia me demuestra que las probabilidades de que realmente me desmaye son prácticamente inexistentes y que en la mayoría de ocasiones la crisis de angustia no llega a suceder. ¿Podría ser capaz de eliminar estas sensaciones aunque conduzca si simplemente no les doy tanta importancia y me convengo de que no me desvaneceré?» La respuesta a esta última pregunta es **Sí**, y lo que Juan ha hecho en este caso ha sido racionalizar lo que estaba pasando, es decir, poner en práctica un ejercicio de reestructuración cognitiva.

Fíjese que lo que pretende este proceso es cambiar el modo de percibir las sensaciones que provienen del cuerpo. En el momento en que Juan era capaz de convencerse de que sus temidas predicciones (tener un accidente al desmayarse al volante) no se cumplirían, las sensaciones físicas dejaban de despertarle miedo. Al no producirse miedo, su organismo no se activaba y las sensaciones no se multiplicaban. En otras palabras, el círculo de la angustia no tenía lugar.

Aunque la reestructuración cognitiva así expuesta pueda parecer fácil y cuestión de un poco de práctica, en realidad es bastante más complicada y requiere de un entrenamiento eficaz y bien dirigido. El trabajo del terapeuta será el de guiar ese esfuerzo y proporcionar herramientas al paciente para que pueda desarrollarlo correctamente. Por su parte, el paciente deberá ponerlo en práctica en su entorno de manera sistemática e irá discutiendo y avanzando en cada sesión con el terapeuta.

Exposición interoceptiva

Existe otra herramienta que usa un terapeuta cognitivo-conductual para ayudar al cambio cognitivo en un paciente: la exposición. Recuerde cuando era niño, o piense en sus hijos, muchas veces usted ha podido advertirles que no hagan algo por el posible riesgo que entraña. Aun así, en ocasiones los niños no cambian su manera de pensar y siguen adelante con sus intenciones. No son pocas las veces en las que la experiencia directa les hace entender lo que usted era incapaz de hacerles comprender con palabras.

Volvamos al ejemplo del cazo en el fuego. Usted ha advertido a su hijo pequeño «no toques esto porque quema», pero él parece obstinado en tocar el cazo, como si no entendiera lo que usted le dice. Cuando usted está distraído el niño alarga la mano y toca el cazo. Es muy probable que la próxima vez usted no tendrá que decirle «no toques esto porque quema», ya que esa información ha quedado integrada en su conocimiento a través de la experiencia. La exposición interoceptiva desempeña un papel similar en el cambio de los pensamientos automáticos de quienes padecen crisis de angustia. La experimentación es una buena manera de ayudar al cambio de esos pensamientos.

Hemos venido insistiendo en que las crisis de angustia no son más que un disparo exagerado de ansiedad/miedo; una respuesta adaptativa del organismo que no busca más que prepararse para afrontar un potencial peligro. Hemos insistido en que esa respuesta no es nociva para el organismo y que no resulta en infartos, desmayos, locura, etcétera. Si aún no lo cree, vaya a un parque de atracciones y verá cientos de personas involucrados voluntariamente en actividades que les provocan intensas respuestas de ansiedad. Cuente cuantos de ellos sufren ataques al corazón, o pierden el conocimiento o el juicio. Hechas las cuentas verá que las probabilidades de que la ansiedad provoque ese tipo de consecuencias son prácticamente inexistentes. A pesar de ello, los pensamientos automáticos de quienes sufren un trastorno de angustia hacen casi siempre referencia a ello.

El miedo a morir o a quedar perturbado para siempre subyace en la mayoría de crisis de angustia. En otros casos, prevalece el miedo al ridículo o a quedar desacreditado ante los demás a causa de perder el control de uno mismo. Cambiar esas ideas es más fácil si uno puede experimentar de primera mano que esa catástrofe no sucede realmente.

La exposición interoceptiva consiste precisamente en provocar los síntomas temidos: taquicardia mediante el ejercicio físico, mareo al respirar como si se hinchara un globo durante unos minutos, sensación de falta de aire respirado a través de un fino tubo que apenas deje pasar el aire, etcétera. Lógicamente, el infarto nunca llega, ni el desmayo, ni el ahogo, etcétera. A medida que la persona va experimentando esas sensaciones y la catástrofe no sucede, les irá perdiendo el miedo y también le será más fácil exponerse a ellas en situaciones de la vida cotidiana.

En principio, la práctica de la provocación de síntomas se hace en la consulta del terapeuta. Sin embargo, debe extenderse luego a otros lugares distintos del contexto clínico. Practicar en casa, en la calle, en el trabajo, etcétera, es de vital importancia.

Recuerde el caso de Alberto, aquel ingeniero que temía caer al suelo fruto de un mareo. Cuando en la consulta se le pedía que girara sobre sí mismo unas cuantas veces para incrementar su sensación de vértigo, su miedo era casi inexistente. Lo hacía sin problemas a pesar de que se sentía intensamente mareado ¿Qué era lo que mantenía el miedo a raya? Por una parte, que sabía perfectamente de donde provenía el mareo y tenía la experiencia de que un vértigo así provocado desaparece en pocos minutos o incluso segundos. Por otra, que nosotros conocíamos a fondo su historia, él nos la había contado y, por tanto, no sentía vergüenza ante la posibilidad de caer al suelo delante de sus terapeutas, mientras que ese temor a la humillación era muy potente ante

sus compañeros de trabajo.

Las cosas cambiaron cuando se le pidió que hiciera lo mismo en el trabajo. El trato era que giraría sobre si mismo a solas en el baño, para inmediatamente después salir y caminar entre las mesas de sus compañeros. A partir de ese momento el miedo apareció y, por tanto, el ejercicio empezó a ser valioso desde el punto de vista terapéutico. Dicho de otra manera, el propósito de la exposición interoceptiva es que desaparezca el miedo a los síntomas mediante la confrontación directa con ellos y el descubrimiento de que las consecuencias temidas no aparecen. Si el miedo ha de desaparecer, es condición indispensable que inicialmente esté presente.

El objetivo no es empezar a confrontar síntomas y situaciones sin sufrir ansiedad, sino ser capaz de experimentar ansiedad e interpretarla correctamente, como una respuesta de activación normal del organismo ante un potencial peligro. No se puede pretender superar el trastorno de angustia sin experimentar las sensaciones temidas, ni sin vivirlas inicialmente con temor. Una vez aceptado esto, en pocas sesiones de exposición, los pacientes se sorprenden de cuan rápidamente su miedo puede llegar a disminuir.

De lo que hemos dicho hasta ahora se desprende que otra variable muy importante a controlar durante la exposición interoceptiva es la presencia de conductas de seguridad. Si, como habíamos dicho, las conductas de seguridad tienen la finalidad de hacer desaparecer los síntomas o controlar su aparición, es decir, eliminar el miedo, deberemos asegurarnos que éstas no aparecen mientras se practica este ejercicio. De lo contrario, la exposición no producirá el efecto terapéutico deseado.

En el caso de Alberto, mientras andaba mareado entre las mesas de sus compañeros tenía prohibido sentarse, sujetarse en el mobiliario (mesas, sillas, archivadores) o fijar la vista en un punto concreto. Todas ellas eran conductas de seguridad que antes siempre practicaba. Una vez iniciado el mareo, parte del ejercicio consistía en quedarse de pie frente a algún colega e iniciar una conversación con él, algo que sistemáticamente evitaba antes del tratamiento.

Exposición programada a situaciones temidas

En parte, ya nos hemos venido refiriendo a la exposición programada a situaciones temidas cuando comentábamos como practicar la exposición interoceptiva en situaciones de la vida cotidiana de los pacientes. La exposición a las situaciones temidas, consiste en la confrontación organizada a todas aquellas situaciones que han adquirido la capacidad de generar ansiedad, bien porque en una ocasión se sufrió una crisis de angustia en ese lugar o haciendo esa actividad, o bien porque se relacionan de una u otra manera con una situación

en la que se padeció una crisis.

Recuerde que al hablar de la agorafobia explicábamos cómo una persona que sufría un episodio de ansiedad aguda, fácilmente asociaba lo que estaba haciendo o el lugar donde se encontraba a esas sensaciones y establecía una relación de causalidad entre ellos: «lo que me provoca ansiedad es el aula de la universidad, si no entro en clase es menos probable que padezca una crisis» (en palabras de Ana María). A un nivel más automático, nuestro cerebro también aprendía a disparar la alarma de la ansiedad cada vez que nos encontrábamos en esa situación.

En el caso de Ana María, eso explicaba que fácilmente percibiera sensaciones físicas si entraba en una clase, siendo predecible que las interpretara como una amenaza y que acabara generando una crisis (círculo de la angustia). Algo parecido podíamos provocar en cualquiera de nosotros con el experimento de la descarga eléctrica y la fotografía de la paloma, aunque lógicamente a un nivel de intensidad mucho menor que el de una crisis de angustia. Podíamos conseguir que nuestro cerebro disparara de manera automática la alarma de la ansiedad (medida a través de la aceleración cardíaca) ante la imagen de una paloma que en otras circunstancias nos habría resultado indiferente. Además, esa alarma se generalizaba rápidamente a otras fotografías de pájaros que nunca antes habían estado emparejadas con la descarga.

Fecha	Situación	Ansiedad Inicial (0-10)	Tiempo de exposición (minutos)	Ansiedad Final (0-10)
12-2	Viajar en autobús urbano	6	35'	3
13-2	Idem	5	35'	3
14-2	Idem	5	35'	2
15-2	Idem	3	20'	1
17-2	Bajar hasta el andén del metro y quedarme allí de pie	7	40'	2
18-2	Idem	4	30'	2
19-2	Viajar en metro	7	40'	5
20-2	Idem	7	40'	6
21-2	Idem	8	50'	4
22-2	Idem	6	40'	2
22-2	Idem (por la tarde para ir a casa de mi hermana)	5	25'	2
23-2	Idem	3	30'	1

Figura 5.3. La exposición programada a situaciones temidas va más allá de la simple confrontación con lo que nos genera ansiedad. Para ser efectiva, requiere unas reglas de aplicación que un terapeuta debe consignar y supervisar. La constancia es una de esas reglas de oro y su efectividad es muy elevada si se aplica correctamente.

Confrontar esas situaciones de manera programada facilitará que dejemos de temerlas, que nuestro cerebro las desasocie de las crisis de angustia y deje de disparar la alarma de la ansiedad cada vez que nos encontremos en ellas.

En mi trato con pacientes, me encontraba en muchas ocasiones que cuando explicaba los principios de la exposición programada a quienes sufrían crisis de angustia y agorafobia, estos respondían: «pero yo ya lo he intentado alguna vez y no me ha funcionado. Hice el esfuerzo de enfrentarme a la situación y me sentí fatal. Al día siguiente seguía provocándome el mismo malestar. La exposición no va a funcionar conmigo».

En primer lugar, es importante asumir que ciertamente existe cierto riesgo de que el tratamiento no funcione en algún caso. A pesar de ello, sabemos que si se aplica correctamente tiene muchas posibilidades de funcionar. Como decíamos anteriormente, en un 70% de los casos se consigue una mejoría significativa por medio de este tratamiento.

Por otra parte, también debemos tener presente que la exposición a situaciones no producirá grandes cambios de un día para el otro; conviene tener un poco de paciencia, pero los beneficios son notables después de pocas semanas de práctica sistemática. Finalmente, la exposición programada es muy distinta de la intrepidez de introducirse en una situación temida para «ver qué pasa». Requiere seguir unos principios básicos que han de permitir el efecto terapéutico deseado. Esto es, establecer un orden de exposición a las distintas situaciones (jerarquía), unos criterios sobre el tiempo y la frecuencia de cada sesión de exposición y unas normas de cómo obrar ante la previsible aparición de ansiedad. Es importante recordar que el objetivo de la exposición no es afrontar las situaciones temidas con una nula aparición de síntomas ansiosos, sino aprender a dominarnos ante esos síntomas para no entrar en el círculo de la angustia.

Antes de dejar de asistir definitivamente a la universidad, Ana María había hecho intentos esporádicos de entrar en clase. Ninguno de ellos había funcionado y todos habían seguido un patrón de acontecimientos bastante similar. Lo había probado siempre a primera hora de la mañana, cuando el aula estaba vacía y podía escoger tranquilamente donde sentarse: en el banco más cercano a la puerta. Al llegar pronto también tenía más tiempo para «prepararse» antes de que llegara el resto de compañeros y el profesor. Esta preparación consistía fundamentalmente en sentarse en el aula y vigilar como respondía su cuerpo.

Siempre que hacía estas pruebas iba a la universidad en ayunas para disminuir las probabilidades de vomitar. A pesar de todo ello, no tardaba mucho en notar las primeras sensaciones físicas, lo cual disparaba sus pensamientos automáticos negativos y la idea de que «tienen que desaparecer antes de que llegue el profesor». Desde su asiento observaba atentamente la puerta con el fin de poder escapar antes de que el profesor entrara en el aula, en caso de que esas sensaciones no hubieran desaparecido por completo.

En alguna ocasión, las sensaciones se hacían tan intensas que pronto abandonaba el intento y huía a la cafetería de la facultad. En otras, los síntomas se mantenían dentro de un grado de intensidad tolerable, pero al no desaparecer totalmente antes de que el profesor asomara por la puerta, ella se levantaba y escapaba del aula por miedo a que su estado y la salida de clase se complicaran con la llegada del profesor.

¿En qué se diferencia lo que hizo Ana María de la exposición programada? Desglosémoslo:

- Para empezar, lo más habitual es que terapeuta y paciente empiecen por consensuar una lista de situaciones temidas y confeccionen una jerarquía donde esas situaciones queden ordenadas desde la que menos recelos produce a la que más intimida. A partir de ahí, y en función de la intensidad de síntomas prevista, se decide por que situación empezar. Cuando Ana María inició el tratamiento, no era capaz de imaginarse siquiera de pie en el vestíbulo de su facultad. Por ahí empezamos y fuimos progresando hacia la cafetería, la biblioteca, los corredores donde estaban las aulas y finalmente las clases (ocupando al principio el banco más cercano a la puerta y progresando gradualmente hasta acabar en un asiento en medio del aula).
- Otra decisión a tomar hace referencia a la frecuencia de las sesiones de exposición. Cuanto más frecuentemente se haga frente a una misma situación, mayores serán las probabilidades de que la ansiedad desaparezca rápidamente. Los intentos de Ana María se sucedían en intervalos de varias semanas, lo cual impedía el efecto terapéutico acumulativo que se persigue con la exposición. Durante el tratamiento, se acordó hacerlo a diario, con la salvedad de los fines de semana.
- Antes de iniciar una sesión de exposición, terapeuta y paciente deben acordar los objetivos a conseguir y planificar cómo se llevará a cabo el ejercicio. Una buena previsión de las dificultades que puedan aparecer ayudará al paciente a encararlas con los recursos necesarios para superarlas.
- En sus intentos previos al tratamiento, lo que Ana María hacía era entrar en el

aula, empezar a experimentar ansiedad y cuando ésta llegaba a un nivel elevado, salir corriendo. Uno de los principios de la exposición programada consiste en no abandonar la situación hasta que la ansiedad haya disminuido por lo menos a un nivel inferior al del inicio de la sesión. Si eso parece imposible, porque la ansiedad llega a hacerse intolerable y la persona no se siente capaz de mantenerse en la situación, la regla de oro es que tras escapar hay que volver lo antes posible. Cuanto más tiempo se deje pasar, más costará volver a intentarlo y más miedo producirá la siguiente vez.

Es importante recordar que la ansiedad aparece de manera rápida, pero en poco tiempo llega a su nivel máximo y a partir de ahí inicia una paulatina disminución. La primera vez que Ana María se enfrentó a la situación de entrar en clase dentro del programa de tratamiento, poco antes de que el profesor llegara creyó que no podía tolerar la ansiedad y salió del aula. A diferencia de ocasiones anteriores, se quedó en el pasillo delante de la puerta, practicó los ejercicios de reestructuración cognitiva y pasado un rato volvió a entrar para quedarse hasta el final de la clase.

- Al igual que en la exposición interoceptiva explicada en el punto anterior, es muy importante detectar todas las posibles conductas de seguridad que la persona haga con el fin de procurar mantener la ansiedad controlada. Ana María no desayunaba si en su cabeza planeaba un intento de entrar en el aula, llegaba con mucho tiempo de antelación para ir «preparándose» y vigilar como respondía su cuerpo, miraba constantemente el reloj para poder huir antes de que llegara el profesor en caso de no encontrarse bien, etcétera. Todas esas conductas tuvieron que desaparecer cuando se inició la exposición programada.

Recuerde que el tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia no pasa por mantener la ansiedad a cero, sino por aprender a identificar qué está pasando realmente cuando se siente ansiedad, a ser capaz de tolerar esas sensaciones y no magnificarlas para no entrar en el círculo de la angustia.

Como puede apreciarse, los intentos previos de Ana María, al igual que los de la mayoría de personas que sufren angustia y agorafobia, distan mucho de parecerse a lo que el terapeuta cognitivo-conductual llama exposición programada a situaciones temidas.

Resumiendo lo expuesto hasta el momento, las tres herramientas básicas del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de angustia con agorafobia consisten en:

- a) Mediante la **reestructuración cognitiva** entrenar al paciente para ser capaz

de detectar los pensamientos automáticos asociados a su miedo por las sensaciones físicas con el fin que empiece a cuestionarlos y modificarlos.

- o) La **exposición a esos síntomas (interoceptiva)** ayudará a perderles el miedo y favorecerá el cambio de los pensamientos automáticos una vez el paciente haya aprendido a detectarlos con el entrenamiento anterior.
- c) La **exposición programada a situaciones** permitirá que todas aquellas actividades que por asociación con las crisis han adquirido la capacidad de disparar la alarma de la ansiedad en el paciente, dejen de producir esa respuesta. En otras palabras, se conviertan nuevamente en situaciones cotidianas.

La combinación de fármacos y psicoterapia

La combinación de fármacos y terapia cognitivo-conductual parece ser la receta terapéutica más extendida en los centros de tratamiento del trastorno de angustia y de la agorafobia. Lo cierto es que los fármacos parecen tener una acción más rápida que la terapia psicológica sobre las crisis de angustia, mientras la psicoterapia suele mostrar unos mejores resultados a largo plazo que los antidepresivos y sobre todo que las benzodiacepinas. Así pues, es habitual iniciar el tratamiento mediante una combinación de fármacos y psicoterapia, para posteriormente ir reduciendo el medicamento y manteniendo las técnicas cognitivo-conductuales.

Los resultados de las investigaciones clínicas parecen reforzar esta estrategia. La mayor parte de trabajos disponibles muestran que, en la fase aguda del trastorno de angustia, la combinación de estas dos medidas terapéuticas (ISRS y terapia cognitivo-conductual) es más eficaz para conseguir una reducción de la intensidad de los síntomas y de la frecuencia de las crisis que cualquiera de ellas por separado. En cuanto al mantenimiento de la mejoría conseguida al final del tratamiento, tanto la intervención psicológica por sí sola como combinada con fármacos, parece ser superior al tratamiento antidepresivo.

Uno de los principales problemas de combinar el tratamiento farmacológico con la psicoterapia radica en que el primero puede anular la presencia de sensaciones físicas de ansiedad, lo cual pone en cuestión las técnicas de exposición interoceptiva y programada a situaciones que son dos de los pilares más importantes de la terapia cognitivo-conductual.

Recuerde que estas técnicas se basaban en la provocación de síntomas con el fin de entrenar al paciente en nuevas habilidades de afrontamiento que le

permitan no caer en el círculo de la angustia y que faciliten que su cerebro desactive la alarma de la ansiedad ante esos estímulos. Si con un fármaco conseguimos eliminar totalmente las sensaciones ligadas a la ansiedad, estas técnicas pierden su sentido. De hecho, hay autores que sostienen que la ventaja a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual sobre los fármacos consiste precisamente en que la primera permite al paciente adquirir nuevas habilidades para afrontar sus miedos, mientras que las pastillas simplemente detienen unos síntomas por acción de un agente externo sin que se produzcan cambios en la manera de funcionar del paciente. Siendo justos, cabe decir que la eficacia a largo plazo de los ISRS no es cero, y que algunos pacientes tratados con ellos consiguen mantenerse asintomáticos largo tiempo después de finalizado el tratamiento.

En conclusión, parece que disponemos de buenas armas para el tratamiento del trastorno de angustia y de la agorafobia que puede aparecer asociada. Una intervención psicológica de tipo cognitivo-conductual favorecerá el mantenimiento de la mejoría clínica conseguida mediante el tratamiento. El uso de un fármaco (principalmente ISRS, aunque también pueden usarse benzodiacepinas) favorecerá que la persona afectada perciba más rápidamente los beneficios del tratamiento, si bien éste no debe anular totalmente los síntomas de ansiedad si se quiere combinar con el tratamiento psicológico (lo cual parece ser el tipo de intervención más recomendable).

Puntos clave:

- Hoy en día, disponemos de estrategias de tratamiento que benefician a la mayoría de las personas que padecen trastorno de angustia y agorafobia (un 70% de ellas mejoran notablemente con el tratamiento).
- La combinación de tratamiento psicológico (cognitivo-conductual) y farmacológico parece tener la ventaja de ofrecer tanto una acción más rápida como unos buenos resultados a largo plazo.
- El tratamiento psicológico pasa, en parte, por aprender a afrontar los síntomas de la ansiedad de manera que no se caiga en el círculo de la angustia. Por ello, es necesario que durante el tratamiento se experimente cierto grado de ansiedad y no que los síntomas desaparezcan del todo gracias a un fármaco.

6. El futuro de la enfermedad

La mayoría de personas que sufren un trastorno de angustia son tratadas en el ámbito de la medicina primaria, esto es, por médicos generalistas. No es de extrañar, si tenemos en cuenta que mucha gente que sufre este tipo de problema atribuye una causa orgánica a sus síntomas (problemas coronarios, una disfunción neurológica, etcétera).

El médico de familia es quien suele recibir estas quejas, realizar las exploraciones oportunas y descartar cualquier dolencia orgánica. A partir de aquí, se suele prescribir una pauta de tratamiento con benzodiacepinas y/o antidepresivos y si hay suerte se solicita una consulta con el especialista en psiquiatría y/o psicología. Muchos pacientes no llegan a dar este último paso, bien porque sus médicos consideran que el tratamiento farmacológico por si solo debería ser suficiente, bien porque los afectados consideran que su problema no es merecedor de atención psiquiátrica, muy probablemente influidos por el tópico o la mala imagen que en nuestra sociedad aún se otorga a estos médicos especialistas.

Como se desprende de los ejemplos que hemos ido usando en este libro, la mayoría de las personas que sufren trastorno de angustia y agorafobia deciden iniciar un tratamiento para su problema bastantes años después de iniciado éste. Esto conlleva una dificultad añadida, ya que el padecimiento de ansiedad y miedo durante tanto tiempo deriva fácilmente en la aparición de síntomas depresivos que vienen a complicar la situación personal del paciente. Estos síntomas, aunque en muchas ocasiones son secundarios al problema de ansiedad, enmascaran el verdadero problema sobre el que focalizar la atención clínica inicial: el trastorno de angustia y la agorafobia.

Desgranar bien todos los problemas que pueden estar presentes y priorizarlos correctamente puede ser difícil en el campo de la atención primaria, entre otras cosas por una cuestión de tiempo y medios. Muchas veces, el tratamiento que acaba recibiendo la persona que no acude a un especialista está dirigido a un

solo trastorno (por ejemplo, la depresión). Con ello se alivian en algo sus molestias, pero no se resuelve el foco inicial del problema.

Por otra parte, al hablar del tratamiento del trastorno de angustia y de la agorafobia, subrayábamos que los trabajos actualmente disponibles ponen en evidencia que el uso de técnicas cognitivo-conductuales es crucial para conseguir un buen mantenimiento a largo plazo de la mejoría clínica. Por razones obvias, los médicos de familia no pueden dispensar este tipo de tratamiento, lo cual hace del todo necesaria la consulta a un especialista en psicología clínica o en psiquiatría formado en el uso de estas técnicas. Hay que tener en cuenta que estudios recientes ponen de manifiesto que más de la mitad de las personas que padecen trastorno de angustia y agorafobia no llegan a recibir el tratamiento que sería más adecuado para su dolencia. Este hecho no hace otra cosa sino alargar innecesariamente su sufrimiento, socavar sus esperanzas de mejoría y debilitar su confianza en los especialistas clínicos.

Quizás uno de los grandes retos de la psiquiatría y la psicología clínica modernas debería consistir en cambiar los tópicos y eliminar los tabúes que aún muchas personas aplican a estas especialidades sanitarias, con el fin de conseguir una mayor diseminación de sus tratamientos y poder llegar a un número mayor de personas afectadas.

La psicología clínica ha desarrollado una serie de procedimientos y técnicas, tanto para reforzar el tratamiento de trastornos graves que merecen una especial atención psiquiátrica, como para modificar comportamientos mucho menos problemáticos (por ejemplo, morderse las uñas). Así pues, es exagerado a todas luces considerar que una persona debe de haber perdido el juicio, para necesitar ser atendido en un centro dedicado a la salud mental. Quienes padecen un trastorno de angustia y agorafobia pueden ver claramente aumentadas sus posibilidades de mejoría si son atendidos por un especialista que establezca una buena coordinación entre la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales y el tratamiento farmacológico (si este es necesario).

Con el fin de poder llegar al mayor número posible de personas afectadas, se están llevando a cabo diversas experiencias de tratamiento usando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías. Entre ellas, el tratamiento desde casa mediante el uso de un programa informático diseñado para guiar a la persona a través de los diferentes pasos de la terapia cognitivo-conductual. Estos programas funcionan de manera individualizada y la propia persona introduce los datos necesarios para que el software la guíe y establezca los pasos a seguir en cada momento. No se trataría de eliminar el papel del terapeuta, sino de sustituir a este por un programa informático que pueda tomar las mismas decisiones que el terapeuta en base a los mismos criterios que éste

debería usar.

Los resultados que se han publicado de estas experiencias hasta la fecha parecen avalar su efectividad, aunque todavía hay muchas personas que prefieren el contacto humano de un terapeuta de carne y hueso a la frialdad de uno cibernético. En cualquier caso, es una alternativa a tener muy en cuenta en aquellos casos en que sea difícil el acceso a un tratamiento asistencial, bien por cuestiones geográficas, bien por razones de listas de espera demasiado largas.

Otro factor de crucial importancia es el de la prevención. En el campo de la psiquiatría, y en el de la medicina en general, no deben ahorrarse esfuerzos para detectar factores de vulnerabilidad a sufrir un trastorno, establecer mecanismos que permitan detectar personas en situación de riesgo y aplicar los procedimientos necesarios para evitar que el problema llegue incluso a aparecer. Como dice la sabiduría popular «Más vale prevenir que curar».

En el caso concreto del trastorno de angustia y de la agorafobia que puede aparecer asociada, aplicar intervenciones tempranas ante la presentación de una primera crisis de angustia puede ser de crucial importancia para conseguir que no se desarrolle el trastorno. Al hablar de las crisis de angustia, explicábamos el papel que desempeñaban las ideas erróneas sobre la ansiedad o los pensamientos automáticos para provocar que una persona pueda caer en el círculo de la angustia. Decíamos también que sufrir un episodio de este tipo alguna vez en la vida no era algo tan infrecuente o extraño. Ahora bien, que esas ideas negativas sobre las sensaciones físicas arraiguen y se genere aprensión a que las crisis puedan reproducirse da lugar al trastorno de angustia. Evitar que una persona pase de experimentar una crisis de ansiedad a sufrir realmente un trastorno de angustia es un objetivo actual de la prevención en este tipo de problema.

Las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha en este campo indican que una breve sesión de pocas horas en la que se informe adecuadamente a la persona sobre lo que es una crisis de angustia y se le den pautas sobre la necesidad de exponerse a los síntomas y no huir o evitar las situaciones en que se producen, reducía mucho las probabilidades de acabar generando un trastorno de angustia y agorafobia. Muchas de las personas que sufren una crisis de angustia son atendidas en las urgencias de un centro sanitario. Su convencimiento de estar muriendo o sufriendo un achaque de gravedad les lleva a solicitar ese tipo de ayuda.

El hecho de proporcionar una breve sesión de este tipo a quienes acuden a urgencias sufriendo una crisis de angustia podría reducir significativamente el número personas que acaban desarrollando un trastorno de angustia. Si se va

un paso más allá y se consigue identificar a aquellos en situación de riesgo de sufrir este tipo de problema; y se les proporciona una buena educación sobre qué es y cómo se manifiesta la ansiedad, y sobre cómo se debe reaccionar ante una posible crisis, se podría reducir aún más significativamente el número de personas que acaban precisando tratamiento para el trastorno de angustia y la agorafobia.

Lógicamente, otro reto importante es mejorar los tratamientos disponibles para conseguir una mayor eficacia. A pesar de que son la mayoría los pacientes que se benefician del uso de antidepresivos y de la terapia cognitivo-conductual, un porcentaje de ellos parece no responder adecuadamente. Poder ofrecer una alternativa de tratamiento a estas personas ha de ser también una de las prioridades de la investigación. Las nuevas técnicas de neuroimagen cerebral que permiten obtener pistas sobre como funciona nuestro cerebro ante la presentación de determinados estímulos o cuando experimentamos diferentes emociones pueden arrojar luz sobre los procesos mentales asociados a la angustia y la agorafobia, y permitir llenar un hueco de información que hasta hace pocos años parecía imposible de vislumbrar.

7. Preguntas y respuestas

Habitualmente me pongo muy ansioso, ¿es esto normal?

La ansiedad es una respuesta normal de los seres humanos y de la mayoría de animales. Se trata de una reacción espontánea del organismo que tiene lugar con el fin de poder afrontar un peligro de forma más eficiente. Así pues, ponerse ansioso en determinadas circunstancias es perfectamente normal. Ahora bien, si lo que a usted le sucede es que tiene una excesiva tendencia a pensar que las cosas irán mal o a ver cualquier situación como un problema irresoluble y eso le hace estar constantemente en estado de alerta o preocupación, entonces es posible que un terapeuta le sea de utilidad para tener una mejor calidad de vida.

Recuerde que en muchos casos la ansiedad nace de una interpretación inadecuada o poco efectiva de lo que nos sucede. En estos casos, aprender a identificar las fuentes de ansiedad y ser capaz de modular nuestra manera de pensar y/o comportarnos puede ahorrarnos mucho sufrimiento innecesario.

Hace poco sufrí lo que creo que era un ataque de angustia, ¿debo consultar con un especialista?

Diríamos que lo que usted necesita es disponer de una buena información sobre que es una crisis de angustia y que las provoca. Lo importante es que esa información sea correcta y por tanto debe procurársela una fuente fidedigna. Sabemos que disponer de ella puede prevenir de manera bastante eficaz que una persona sufra más episodios y, como consecuencia, desencadene un trastorno de angustia. Es muy probable que no necesite consultar a un especialista para ello y su propio médico de familia o de cabecera pueda proporcionarle esa información y unas pautas preventivas.

Sufrir una crisis de angustia es algo mucho más común de lo que podríamos pensar en un principio. Cerca de un tercio de la población ha sufrido uno de estos episodios en alguna ocasión sin que ello haya desencadenado ninguna complicación posterior. La diferencia entre quienes sufren una crisis de ansiedad

sin más y los que sufren un trastorno de angustia radica en que los segundos generan un importante temor a que las crisis reaparezcan y por ello cambian la manera de comportarse habitualmente para prevenir su aparición. No caer en esa trampa del miedo a las sensaciones físicas y de las evitaciones de situaciones que creemos que pueden desencadenar las crisis es la clave para no generar un trastorno de ansiedad.

¿Puedo morir de un ataque de angustia?

Las probabilidades que una persona tiene de morir de una crisis de angustia son las mismas que tiene de hacerlo viendo un partido de su equipo favorito, la ceremonia de graduación de uno de sus hijos o montando en la montaña rusa de un parque de atracciones; en otras palabras: muy escasas. Lógicamente, si usted sufre de una afección coronaria podría ocurrir que al experimentar una emoción fuerte (como en los ejemplos que se han citado anteriormente) su corazón fallara. Por tanto, las crisis de angustia no son letales en sí mismas y en la gran mayoría de los casos no suponen riesgo alguno. De hecho, si usted ya ha sufrido uno de esos episodios y sigue aquí, tranquilo, es casi imposible que una crisis le mate.

Es muy importante recordar que la ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo que nos ha acompañado desde los albores de la especie humana. En lugar de exterminarnos ha servido para que sobreviviéramos a peligros y situaciones comprometidas, así que no es en absoluto nociva. Preguntarnos si la ansiedad puede matarnos sería como cuestionarnos si la digestión puede acabar con nosotros... bien, depende de lo que usted haya tragado. Si está digiriendo una seta venenosa, sí; si ha comido una pizza, casi con toda certeza que no.

Las crisis de angustia conllevan un importante malestar, pero es extraordinariamente difícil que provoquen las consecuencias que prevé quien las padece: ni acaban en muerte, ni en locura, ni en escarnio, etcétera. La prueba más clara está en quienes las sufren. A pesar de temer morir o volverse locos, no han perdido la vida ni el juicio cada vez que han tenido la mala suerte de experimentar uno de estos episodios.

Comparándome con un conocido que también sufre crisis de angustia, mis síntomas parecen muy distintos de los suyos. ¿Es posible que uno de los dos esté equivocado y lo que sufra sea otro tipo de problema?

Las crisis de angustia son una reacción repentina y muy aguda de ansiedad y miedo. Estas emociones implican la activación de muchos sistemas de nuestro organismo (el corazón late más deprisa, la musculatura se tensa, el flujo

sanguíneo se reduce en determinadas partes de nuestro cuerpo y aumenta en otras, nuestras pupilas se dilatan, la respiración se acelera, la digestión se detiene, segregamos adrenalina, la presión arterial nuestra temperatura corporal aumentan, sudamos, etcétera)

Ante tal cascada de cambios en nuestro cuerpo, son muchas las sensaciones que podemos experimentar. Alguien puede centrarse o tener una mayor facilidad para percibir los latidos de su corazón; otra persona notará más fácilmente las variaciones de su respiración, una tercera el calor y el sudor, etcétera. Todas estarán experimentando la misma respuesta y los mismos cambios fisiológicos. La diferencia radicarán en el componente de la respuesta de ansiedad al que dedicarán una mayor atención o tendrán mayor facilidad para detectar.

Si consigo llevar una vida más relajada, ¿desaparecerán mis crisis de angustia?

Ciertamente, el estrés favorece la aparición de las crisis de angustia. De hecho, estar estresado no es otra cosa que mantener el organismo activado durante buena parte del tiempo: el ritmo cardíaco acelerado, la musculatura tensionada, la presión arterial elevada, etcétera. Cuando se mantiene esa elevación de la actividad de nuestro cuerpo resulta más fácil que la ansiedad se desborde en algún momento y llegue al extremo de provocar una crisis de ansiedad. De todas formas, es importante tener en cuenta que el estrés es un factor de riesgo, pero no la causa de las crisis.

En otras palabras, si bien el estrés puede favorecer la aparición de las crisis, no todo aquel que sufre estrés padece crisis, ni quienes padecen de trastorno de angustia están o han estado estresados. Las crisis de angustia se explican por el miedo a unas sensaciones físicas asociadas con la ansiedad que provoca un efecto bola de nieve que conocemos con el nombre de círculo de la angustia.

Por tanto, llevar una vida más relajada puede hacer desaparecer uno de los factores que nos hace vulnerables a sufrir crisis de angustia, pero ni nos hace inmunes a ellas ni mucho menos nos resolverá el problema una vez aparecido. Si usted padece un trastorno de angustia, lo mejor es que busque la ayuda especializada de un psiquiatra y/o un psicólogo cognitivo-conductual.

Hace poco, me desperté durante la noche en plena crisis de angustia. ¿Es eso normal? ¿Quiere decir que mi trastorno se ha complicado?

Las crisis de angustia nocturnas son muy comunes entre quienes sufren trastorno de angustia. Buena parte de las personas que padecen crisis diurnas

(esto es, mientras están despiertas), también experimentan algunas de nocturnas (mientras duermen). Por regla general las diurnas son bastante más frecuentes que las nocturnas, aunque también se dan algunos casos en los que las crisis se producen casi exclusivamente durante el transcurso de la noche.

El modelo que explica los ataques nocturnos es el mismo que para las crisis que se dan durante la vigilia, es decir, el círculo de la angustia. El mismo tratamiento que se aplica para las crisis diurnas sirve para las nocturnas y lo habitual es que al tiempo que unas remiten, también lo hagan las otras. Al igual que en las crisis que suceden durante el día, es importante localizar y eliminar las posibles conductas de seguridad que la persona puede estar practicando para evitar la presencia de las crisis (por ejemplo, dejar la ventana abierta, usar tiritas nasales para facilitar la ventilación, retrasar la hora de acostarse para estar más cansado y evitar despertarse, etcétera). Así pues, sufrir ataques nocturnos no indica la presencia de otro trastorno, ni una mayor gravedad. Es simplemente parte del mismo trastorno de angustia.

Cuando noto que me estoy poniendo nerviosa cuento de 100 a 0 de siete en siete y parece funcionar. ¿Es esta una buena estrategia?

No. Se trata de una conducta de seguridad y conviene retirarla. Recuerde que las crisis de angustia nacen del miedo a las sensaciones físicas y para conseguir que desaparezca ese miedo es indispensable que durante un tiempo (mientras dure el tratamiento) aceptemos experimentar ansiedad.

Su conducta de contar hacia atrás tiene como objetivo distraerle a usted de esas sensaciones y dificulta el aprendizaje de perder el miedo a los síntomas. Cualquier cosa que usted haga para evitar experimentar ansiedad interferirá con el tratamiento cognitivo-conductual. Conviene entender que el trastorno de angustia se resuelve consiguiendo que la persona aprenda a afrontar de manera distinta las sensaciones que provienen de su cuerpo, sin caer en el círculo de la angustia. En ningún caso podemos pretender que esas sensaciones dejen de existir. La ansiedad es una respuesta normal de nuestro organismo y como tal no podemos aspirar a hacerla desaparecer.

Desde que sufro trastorno de angustia he empezado a evitar situaciones en las que temo poder sufrir una crisis. La que más miedo me da es quedar atrapada en un atasco de tráfico en medio de una autopista. ¿Se resolvería mi problema si me pusiera en esa situación mañana mismo?

Probablemente sí. De hecho, hemos explicado en este libro la exposición programada y progresiva a situaciones generadoras de angustia, es decir, empezando por las situaciones a priori menos amenazantes para la persona y avanzando progresivamente hasta la que ocuparía el primer lugar de la lista.

De todas formas, existe otro procedimiento de exposición conocido como implosión que consiste en afrontar la situación más temida de buen principio y mantenerla tanto tiempo como haga falta hasta que la respuesta de ansiedad desaparezca y así el miedo. A pesar de que esta técnica ha mostrado una buena eficacia en estudios de tratamiento para las fobias, en el caso del trastorno de angustia y la agorafobia es poco frecuente su uso. En general, suele ocurrir que la mayoría de pacientes temen a diversas situaciones por igual, lo cual dificulta la elección de una de ellas para llevar a cabo esa implosión.

Por otra parte, es importante que la persona no huya de la situación a la que se está exponiendo, o si esto sucede que regrese lo antes posible a la misma. La elevada exigencia de la implosión hace más probable la huida, lo cual puede convertir el tratamiento en poco efectivo si la persona acaba escapando y no queriendo afrontar de nuevo la situación por el elevadísimo malestar que le produce.

En una palabra, recuerde que realizar exposición programada es algo mucho más complejo y estructurado que el atrevimiento de ponerse ante una situación que nos atemoriza. Por tanto, ya sea progresivamente o mediante implosión debería siempre hacerlo bajo la supervisión de un experto en terapia cognitivo-conductual.

Con la información que me dio el doctor ya sé que una crisis de angustia no es peligrosa. A pesar de ello, sigo evitando las situaciones que pienso que pueden causarlas y sigo sufriendo crisis de ansiedad con relativa frecuencia. ¿Qué es lo que no ha funcionado en mi caso?

El trastorno de angustia y la agorafobia no son trastornos que se basen en el desconocimiento. Si bien durante el proceso de curación la psicoeducación es un factor muy importante, no es en absoluto la única clave para resolver el problema. En otras palabras, tener acceso a una información concisa y correcta es primordial para afrontar con más garantías el tratamiento de estos trastornos (y de cualquier otro trastorno psicológico), pero en ningún caso basta con esa información para solventar el problema.

El tratamiento psicológico comporta la utilización de otras técnicas como la exposición interoceptiva, la exposición programada a situaciones y la reestructuración cognitiva, que son necesarias para corregir los automatismos de nuestro cerebro y los sesgos cognitivos y de hábitos que hayamos podido generar. En muchas ocasiones, saber algo no implica que nuestro organismo cambie con facilidad su forma de reaccionar, sino que además conviene un entrenamiento más preciso de varias habilidades.

Cuando usted va al cine a ver una película de terror, sabe perfectamente que lo que ve es pura ficción y aun así experimenta miedo y sobresaltos. Igualmente, usted puede haber entendido que las crisis de ansiedad no son nocivas, pero puede necesitar de un mayor entrenamiento y práctica para conseguir que su cerebro no dispare las alarmas de la ansiedad cuando perciba sensaciones físicas.

8. Información de utilidad para el paciente

Asociaciones donde obtener información sobre tratamiento cognitivo-conductual

Existen diversas asociaciones de psicólogos que disponen de bases de datos de terapeutas capaces de tratar el trastorno de angustia y la agorafobia. Aquí destacaremos dos de ellas. Por una parte la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRiTC) que agrupa especialistas en terapia cognitivo-conductual (www.scritc.org) y que es la única de todo el estado español incorporada a la Asociación Europea de Terapias Cognitivas y Conductuales (www.eabct.com). Por otra parte, la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud, cuya página web dispone de buena información sobre los tratamientos psicológicos (www.sepcys.org).

Otra fuente de información o de búsqueda de posibles terapeutas se puede obtener a través del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos que agrupa los colegios oficiales del Estado Español:

Web: www.cop.es

Email: secop@correo.cop.es

Asociaciones de pacientes

Las asociaciones de pacientes también pueden ser de ayuda en la obtención de información o como mecanismo para compartir experiencias. Existen múltiples asociaciones de personas afectada por el trastorno de angustia y la agorafobia con base en diversas zonas del estado. En www.juntospodemos.com puede encontrarse un listado de algunas de ellas. A modo de ejemplo se incluye aquí una breve lista:

Asociación Catalana para el Tratamiento

de la Ansiedad y la Depresión

Página web: www.actad.org

Teléfono: 93-4301290

Asociación Madrileña de Agorafobia

Página web: www.amadag.com

Teléfono: 91-3567829

Asociación para la Ayuda y Divulgación de la Agorafobia de la Comunidad Autónoma Vasca

Página web: www.terra.es/personal6/lekuirekiak

Teléfono: 944-937833

Asociación Aragonesa de Trastornos de Ansiedad

Teléfono: 687477669

Páginas web con información sobre tratamiento

Merece la pena visitar la página web del Center for Anxiety and Related Disorders (www.bu.edu/anxiety), uno de los centros más avanzados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad dirigido por el Dr. David H Barlow. Aquí se puede encontrar información sobre el programa intensivo que se dispensa en este centro para el trastorno de angustia y la agorafobia. En inglés.

También el National Institute of Mental Health americano dispone de buena información general y sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de angustia y la agorafobia (www.nimh.nih.gov). Esta web también cuenta con la traducción al castellano de parte de los contenidos, entre ellos los que hacen referencia a la angustia y la agorafobia.

Finalmente, existe un proyecto de tratamiento cognitivo-conductual a través de Internet de diversos trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno de angustia y la agorafobia. El software se llama Fear Fighter y la página web donde se puede consultar es: www.fearfighter.com. Desafortunadamente, sólo está disponible en inglés.

Índice

Título	3
Derechos de autor	4
Referencias	5
Índice	7
Introducción	9
1. Los conceptos ansiedad y miedo	12
¿Qué es ansiedad?	12
Fuentes de ansiedad	16
Diferencias individuales	19
La sutil división entre ansiedad y miedo	21
La ansiedad y el miedo como problemas	24
2. La crisis de angustia	28
¿Qué causa las crisis de angustia?	32
Los síntomas más comunes de las crisis de angustia	38
Síntomas fisiológicos	38
Síntomas cognitivos	40
Síntomas conductuales	43
Crisis de angustia durante el sueño	45
3. El trastorno de angustia	48
Crisis de angustia o trastorno de angustia	48
Factores que pueden predisponer a padecer un trastorno de angustia	52
Factores que mantienen el trastorno de angustia	54
4. La agorafobia	59
La agorafobia como consecuencia esperable de las crisis de angustia	63
La extensión del miedo en la agorafobia	64
La evitación como fuente de ansiedad	70
La agorafobia sin crisis de angustia	72
5. Tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia	75
Tratamiento farmacológico	76
Benzodiacepinas	76
Antidepresivos	77
Tratamiento cognitivo-conductual	80

Psicoeducación	80
Reestructuración cognitiva	83
Exposición interoceptiva	86
Exposición programada a situaciones temidas	88
La combinación de fármacos y psicoterapia	93
6. El futuro de la enfermedad	96
7. Preguntas y respuestas	100
8. Información de utilidad para el paciente	106