

# **LAS CRISIS DE ANSIEDAD**

José María Herce Mendoza.

FUNDACIÓN CENCILLO DE PINEDA

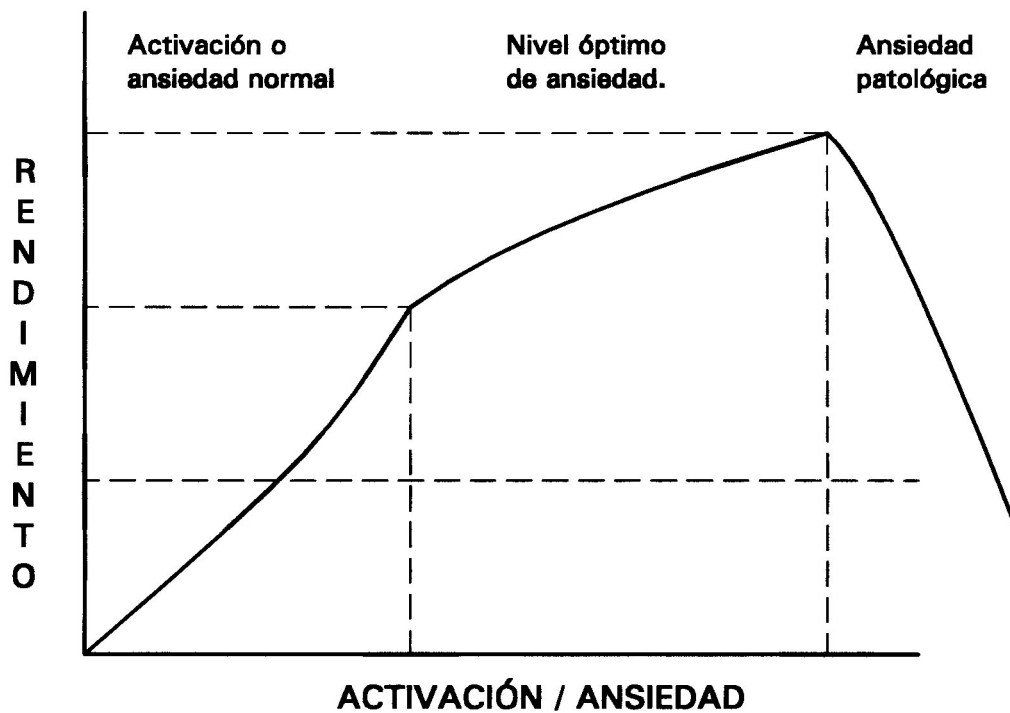
1. Conceptos clínicos: Miedo, ansiedad, angustia y fobia
  
2. Componentes de la ansiedad:
  - a) Subjetivo-cognitivo.
  - b) Fisiológico-somático.
  - c) Motor-conductual.
  
3. La crisis de ansiedad o ataque de pánico. Expresión neurovegetativa y expresión emocional-cognitiva.
  
4. La codificación subjetiva del ataque de pánico: Angustia anticipatoria.
  
5. Esquema del tratamiento terapéutico. Etapa preparatoria y los dos focos del trabajo en los trastornos de pánico: fuentes / causas de la angustia y la reacción subjetiva ante la angustia.

## **1. Conceptos clínicos.**

La ansiedad constituye un elemento central en psicopatología. Es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos. Es un término asociado a otros como el miedo, fobia, angustia y estrés, creando cierta confusión terminológica. Básicamente la sensación de ansiedad es muy similar al estado que domina al individuo con miedo. La sensación subjetiva y psicológica es de amenaza y existen una serie de síntomas y respuestas del organismo muy similares. Ante una amenaza externa el organismo se pone alerta, preparándose para la acción.

Mientras que el miedo podemos considerarlo como una reacción normal frente a peligros o amenazas que vienen del exterior y son claramente reconocidas por el sujeto, la ansiedad aparece como una emoción aparentemente inmotivada y con frecuencia independiente de las circunstancias objetivas externas. En el miedo hay algo concreto a lo que se teme, hay objeto definido. En la ansiedad o angustia no se reconoce ese objeto, es un miedo indefinido o en todo caso está asociado a situaciones frente a las cuales el individuo admite que está respondiendo desproporcionadamente. Además había que añadir que, a diferencia del miedo, la ansiedad es fundamentalmente de naturaleza cognitiva y de marcada orientación más hacia el futuro. Una propiedad de la ansiedad es su componente anticipatorio.

Otra distinción útil, sería aquella que diferenciara la ansiedad normal e incluso saludable, y la ansiedad patológica. La respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto confiere a la ansiedad una utilidad biológico – adaptativa. Esta utilidad se convierte en desadaptativa cuando, como en la ansiedad clínica, se anticipa un peligro irreal. Cierta grado de ansiedad es deseable y necesario en el afrontamiento de las exigencias de la vida cotidiana. Este nivel de ansiedad permite mejorar el rendimiento personal y la actividad, pero cuando rebasa un cierto límite, aparece una evidente sensación de malestar y se deteriora el rendimiento. La relación de ansiedad y el rendimiento se puede representar como una curva con forma de u invertida. Se la conoce como la ley de Yerkes – Dobson y fue enunciada en 1908.



En la anterior curva se explica como el aumento de la ansiedad ante determinado problema, aumenta también el rendimiento y la eficacia de la respuesta en un principio. Por ejemplo, ante un examen o una entrevista de trabajo se presta mayor atención al estudio previo o mayor concentración en ofrecer aquello que resulte más atractivo para acceder a un puesto de trabajo, se está motivado, mejorando el rendimiento. Al aumentar su ansiedad normal o motivación, se llega a un nivel óptimo en la relación ansiedad – eficacia, pero a partir de ese punto cualquier aumento, por mínimo que sea, genera una disminución muy rápida del rendimiento. De esta forma se puede llegar a una eficacia nula, como cuando un examinado se queda con la mente en blanco o se bloquea en la acción, sea del tipo que sea ( por ejemplo sexual). Si este estado se mantiene en ausencia de demandas exteriores es cuando hablamos de ansiedad patológica.

La ansiedad es difícil diferenciarla conceptualmente de la angustia, utilizándose ambas palabras indistintamente en muchas ocasiones. Tradicionalmente en psicopatología se ha relacionado a la angustia con una sensación más corporal, opresiva, que llega a encoger el pecho o el estómago, a producir ahogo respiratorio. Por lo tanto en el caso de la

angustia predominarían los componentes físicos. La ansiedad sería más una sensación mental de desasosiego e inquietud y la persona se siente en tensión y en estado de alerta. Habría un predominio de los componentes psíquicos.

Por último es necesaria la distinción entre ansiedad y fobia. En las fobias el miedo es desproporcionado e irracional, rara vez, por ejemplo, alcanza la explosión crítica de las crisis de angustia, se presenta ante estímulos bien definidos, de forma progresiva en la medida que se aproxima el estímulo, (objeto o situación fobógena), que sobrepasan el control voluntario y cede y da paso a las conductas de evitación. Por el contrario, las crisis de angustia se presentan de forma espontánea y determinadas circunstancias tan sólo predisponen, pero no invariablemente, a padecer la crisis. Ejemplo: La fobia social, que muchas veces se confunde con el ataque de angustia.

## **2. Componentes de la ansiedad.**

La ansiedad, del mismo modo que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes o sistemas de respuesta. El contenido de la ansiedad supondría estos tres elementos:

- a) Subjetivo – cognitivo. Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. A esta dimensión pertenecen las vivencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, pensamientos obsesivos, etc. Es un estado emocional desagradable semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo. A mi juicio, el componente subjetivo es el elemento central de la ansiedad.
  
- b) Fisiológico – somático. La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Por un lado un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión

muscular generando dolores, sobre todo en espalda, cabeza y cuello, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso o aumento de la salivación, agitación respiratoria, necesidad de orinar con frecuencia, diarrea o molestias en el estómago).

No es infrecuente que por el estado de hipervigilancia la persona presente dificultades de sueño. Las alteraciones del apetito pueden oscilar desde su aumento a la disminución, lo mismo puede observarse en relación al impulso sexual.

- c) Motor – conductual. Corresponde a los componentes observables de la conducta, como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, en referencia a las respuestas de huida, defensa y evitación.

### **3. La crisis de ansiedad o ataque de pánico. Expresión neurovegetativa y expresión emocional – cognitiva.**

El término pánico es de origen griego. Deriva del Dios griego Pan, dios de los campos, ganados y pastores. Vino al mundo con piernas, cuernos y pelos de macho cabrío. Su madre se espantó al verlo así. Se disfrazaba para ocultar su identidad y se escondía de noche para sorprender mediante bromas terroríficas a los viajeros que atravesaban bosques y montañas. De ahí deriva la palabra pánico. La denominación ataque de pánico suele emplearse para denominar la experiencia de aparición brusca o súbita, de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos.

Habría que diferenciar (atendiendo al criterio de duración y permanencia) trastorno por crisis de angustia, de trastorno de ansiedad generalizada y crónica. Los trastornos de angustia se presentan a modo de crisis o bien como estado persistente, es decir, la angustia puede llegar al pánico o ser difusa. Pero estas reacciones físicas y emocionales de la ansiedad nunca son atribuibles a un peligro real. Se diferencian por la presencia / ausencia de estados agudos de angustia espontáneos.

Las crisis de angustia son episodios súbitos caracterizados por una descarga o expresión neurovegetativa y una vivencia psicológica y emocional de gran inquietud. Las crisis de angustia son espontáneas aunque puedan localizarse en ciertas situaciones, lo cual facilita el diagnóstico diferencial con las fobias específicas. Resumiendo, la crisis suele empezar de forma brusca, alcanzando su máxima intensidad a los diez minutos o menos. No necesariamente debe existir una situación amenazante o un desencadenante claro, pudiéndose encontrar la persona mas o menos tranquila en los momentos previos o incluso dormida.

Los síntomas somáticos esenciales y más frecuentes de la crisis de angustia o ataque de pánico varían de una persona a otra y serían:

1. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado ( taquicardia).
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas musculares.
4. Sensación de respiración dificultosa o ahogo.
5. Sensación de asfixia.
6. Dolor o molestias en el pecho.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o pérdida de conciencia. La persona con crisis de angustia corre el riesgo de hiperventilar.
9. Parestesias ( sensaciones de adormecimiento u hormigueo).

Los síntomas y estados cognitivos y emocionales serían de gran inquietud, desasosiego, estado de amenaza o alerta, con sensación de estar a punto de morir, sufrir un infarto, derrame cerebral o padecer una enfermedad grave. También puede presentarse el miedo intenso a volverse loco o perder el control de sí mismo y, a veces, sensaciones de despersonalización o desrealización. Subsiste con frecuencia la fantasía de que va a crecer sin límites y que va a morir, acompañándose de una urgente necesidad de escapar del lugar donde ha aparecido la crisis. Como el episodio llega a su pico máximo aproximadamente a los diez

minutos, en caso de acudir a urgencias, cuando llegan, los síntomas se han calmado mucho o han desaparecido. No se encuentran anomalías cuando son explorados. De cualquier forma, no es infrecuente que a pesar de haberse reducido la intensidad de los síntomas, la persona quede en un estado de abatimiento, cansancio o desgana, que puede durar incluso horas hasta que se recupera.

El componente psíquico del ataque de pánico podríamos dividirlo en el plano consciente y en el plano inconsciente. Inconscientemente, ante una situación interna o externa hay una evaluación de peligro. Es lo que pone en marcha la reacción emocional consciente y las manifestaciones corporales neurovegetativas. En las crisis de angustia la persona se siente en peligro por algo que desconoce. Siempre subyace un sentimiento de estar en peligro. La causa de la angustia es desconocida. En algún caso se puede localizar la angustia en alguna situación externa. Ejemplos que he recogido en mi experiencia clínica:

- Viaje en coche.
- Entierros, muertes.
- Estar rodeado por una muchedumbre.
- Encontrarse solo, etc.

Es una localización, no se trata de que sea la causa, pues lo que hay que descubrir es la amenaza inconsciente particular de ese paciente en concreto. En otras ocasiones, el ataque de pánico no está asociado ni identificado con una situación. La clasificación DSM – IV hace una diferencia útil a nivel descriptivo. Distingue:

- a)** Ataques de pánico inesperados y no asociados a un disparador situacional.
- b)** Ataques de pánico limitados situacionalmente y, por lo tanto, asociados a un disparador situacional.
- c)** Ataques de pánico predispuestos situacionalmente, asociados a un disparador situacional pero no invariablemente.

#### 4. LA CODIFICACION SUBJETIVA DEL ATAQUE DE PANICO: Angustia anticipatoria.

Una vez desencadenada la primera o primeras crisis de angustia, la angustia ya no depende únicamente de las causas que la originaron sino de la evocación de la situación con mayor o menor valor traumático bajo la cual quedó grabada la crisis.

La angustia anticipatoria sería un estado secundario tras la presentación de un ataque de pánico, por el que el sujeto sufra o no un nuevo ataque, vive atemorizado por la posibilidad de que la crisis se repita. Hay personas que pueden desarrollar un cierto grado de ansiedad anticipatoria incluso tras una o dos crisis, mientras que otras no llegan a desarrollarla, incluso tras frecuentes crisis.

Se la puede definir gráficamente como un estado de “angustia a la angustia”, que puede ser muy incapacitante y confundirse con un estado de ansiedad generalizada si no se explora la existencia de ataques de pánico previos. El sujeto está continuamente pendiente de sus sensaciones corporales, alerta ante posibles señales de aviso que anuncien la inminencia del ataque de pánico. Esta disposición genera una hipervigilancia continua para evitar verse sorprendido por la crisis.

Pero superando el nivel descriptivo ahondemos en la resultante traumática que se provoca en algunos pacientes que han sufrido el o los ataques de pánico. La sensación y vivencia avasalladora de que el cuerpo y la mente están fuera de control generan un impacto sobre la representación narcisista del self, una experiencia de indefensión / impotencia. En esquema, el proceso sería el siguiente:

Ataque de pánico → Self impotente e indefenso Angustia anticipatoria  
(traumatismo narcisista en la representación del yo corporal y mental.)



Desde el sentimiento de no poder controlar la angustia y la descarga neurovegetativa se llega al trastorno narcisista: “no controlo mi cuerpo o mi mente... soy inferior... no valgo nada”.

Lo propio del carácter traumático de la crisis de pánico es que implica la pérdida (repetimos que con grandes diferencias individuales) del sentimiento de confianza básico en la mente y en el cuerpo. Desde esta perspectiva, el trastorno de pánico funciona como un trastorno de estrés postraumático, en que la primera crisis es la condición traumática. Siendo así, debe ser abordado con una técnica que tenga en cuenta esta condición. Pero hay que insistir que frente a las manifestaciones corporales y mentales de la angustia habrá quienes reaccionarán con una máxima sensación de peligro y otros, en cambio, le otorgarán una significación mas benigna.

## **5. ESQUEMA DEL ABORDAJE TERAPEUTICO.**

En un primer momento del tratamiento destacaríamos una etapa preparatoria y preanalítica. Lo que perseguimos en el paciente es la potenciación del sentimiento de control. En esta primera fase de la terapia buscamos la contención de la angustia produciendo una atmósfera de acogida y seguridad. Se puede dar información, no imprescindible para todos los casos, sobre las reacciones físicas y emocionales de los ataques de pánico. En los casos de gran alarma ante la angustia transmitiremos con firmeza que es una respuesta neurobiológica normal. Asegurar que es la reacción normal de un cuerpo sano ante una amenaza. Ejemplo: como si encontráramos un oso paseando por el bosque. La diferencia es que esta amenaza no es conocida e identificable. Afirmar, con convicción que no existen riesgos de que vaya a morir. Su cuerpo está reaccionando de manera saludable y que no se encuentra enfermo. También se puede subrayar que dura unos minutos y que indudablemente pasará. Que es algo que afecta a una parte de la población y que hay una terapia indicada para

ello. Comunicación serena, transmitir seguridad en lo que se dice porque se pondrán en marcha mecanismos identificatorios con el terapeuta.

Por lo tanto es desaconsejable el encuadre clásico. No acostar al paciente, mantenerlo cara a cara. Evitar la neutralidad y el silencio del analista clásico; podría provocar un efecto iatrógeno. Se actúa a un nivel de continente y con una orientación más cognitiva en un principio.

Si el sentimiento de seguridad básica es uno de los objetivos del tratamiento en los trastornos de pánico, en la primera fase del tratamiento todo debe estar subordinado a lograrlo. Un analista pantalla, silencioso y mero observador dejaría al paciente en su indefensión y no potenciaría el sentimiento de confianza básica.

Conforme se vayan cubriendo estos objetivos gradualmente se irá pasando a la exploración de las fantasías profundas del paciente, diciendo al paciente que mas adelante indagaremos sobre las angustias inconscientes. Pero inicialmente el problema es, a menudo, la contención emocional.

Queremos remarcar que la información que se da al paciente, la enumeración de los síntomas fisiológicos normales en alguien que se alarma, etc no la consideramos indispensable en todos los casos, ni que sea capaz de eliminar las causas profundas de la crisis de pánico. Cada paciente tiene una codificación subjetiva del ataque de pánico.

Ulteriormente se irán tratando los ataques de pánico desde el nivel de los significados y motivaciones inconscientes que generan la angustia. En mi experiencia clínica me he encontrado con las siguientes causas inconscientes: angustia de separación, la represión de la agresividad, los sentimientos de culpa por condena superyoica, la prohibición de la sexualidad, la persecución, la desvalorización narcisista, hechos y situaciones de fuerte impacto traumático sobre el psiquismo, etc. En su elaboración se va consiguiendo disminuir las condiciones que provocan la angustia. No hay una teoría monocausal que explique las crisis de angustia. Pese a su indudable aportación, queda rebasada la primitiva explicación de la angustia desde el enfoque freudiano, al interpretarla del peligro interno originario de las pulsiones sexuales y agresivas. Su concepción era desde el

conflicto intrapsíquico. Válida para alguna crisis de angustia, pero no para todas. En su primera teoría sobre la angustia

( a la que no podemos adherirnos) la define como el resultado de una tensión libidinal acumulada y no descargada, debido a la insatisfacción de la pulsión sexual.

De manera sintética afirmarí que los dos focos del trabajo terapéutico en los trastornos de pánico serían las fuentes / causas de la angustia, por un lado, y la reacción del paciente ante la angustia, por otro lado. En este segundo foco se hará necesario, en muchos casos, la potenciación en el paciente del sentimiento de control, de hacer sentir al paciente que dispone de recursos para enfrentar la angustia.