



Crisis de pánico, ¡mi peor pesadilla!

El miedo es una de las emociones básicas del ser humano, y nos acompaña para protegernos social y físicamente de los peligros de la vida cotidiana. Sin embargo, cuando el miedo es intenso y reiterado y no sabemos afrontarlo, esta emoción se vuelca hacia sí misma y nos invade de pies a cabeza, convirtiéndose en reacciones de pánico. Sentimos que nos vamos a morir, pero lo que en realidad está ocurriendo es una crisis o ataque de pánico que no podemos controlar. ¡Hola! En el Newsletter de hoy hablaremos acerca de los ataques de pánico, su origen conceptual, los síntomas asociados, sus posibles causas, su evaluación y diagnóstico diferencial, los diferentes enfoques de tratamiento para abordarlos y, por último, algunos consejos prácticos para la prevención y técnicas para el manejo de las crisis.

El concepto de ataques de pánico.

El término de ataque de pánico ha transitado por diferentes nombres hasta llegar a su nombre actual y popular de crisis de pánico. Fue nombrado como un síndrome del corazón de soldado o irritable, como una parapatía ansiosa, un síndrome de esfuerzo, entre otras. No obstante, su origen conceptual o clasificación diferencial de otros diagnósticos se debe al psiquiatra Donald F. Klein (1962) quien, en la observación de los efectos de determinados fármacos en personas con sintomatología ansiosa, se encontró con que solo parte de los sujetos respondían positivamente a estas drogas. Klein diferencia el trastorno de pánico como una crisis de ansiedad intensa, diferente al trastorno de ansiedad generalizada donde se está en constante estado de preocupación. Estos hallazgos son respaldados por el autor desde la teoría del apego de Bowlby (1969), ya que la conducta de apego surge debido a la señal de angustia ante una situación amenazante, que impulsa al infante a la búsqueda de protección y cariño. Más adelante veremos cómo las figuras de cuidado y el desarrollo en la infancia repercute en las reacciones fóbicas que predisponen una crisis de pánico.

En cuanto al diagnóstico en las diferentes versiones de los manuales de clasificación diagnóstica, los ataques de pánico se nombran como parte del trastorno de pánico, luego se especifica su manifestación con o sin agorafobia, para que en la actualidad la definición del trastorno de pánico se fuera perfilando; contando como requisito para el diagnóstico los ataques inesperados, la preocupación constante o cambios en la conducta. Hoy en día, un detalle novedoso e importante que destacar del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V), es que el ataque de pánico se considera un especificador en diversos trastornos, y es posible que su adición a los mismos prediga una mayor severidad de los síntomas y una menor respuesta al tratamiento.



¿Qué nos ocurre en un ataque de pánico?

El ataque de pánico puede ser de aparición inesperada o repentina, cuya presentación reiterada durante al menos 1 mes de preocupación por la aparición de estas crisis, sus consecuencias o el comportamiento desadaptativo, provocarían finalmente el trastorno de pánico. El trastorno de pánico suele presentarse el doble en mujeres en comparación con hombres, con un porcentaje de 82% y 51%, y es probable que un 4,7% de las personas lo experimenten durante su vida, siendo la población entre 20 a 49 años la con mayor prevalencia.

Las crisis de pánico conllevan síntomas físicos como la aparición de malestar o miedo intenso que alcanza su máxima expresión en minutos, el cual se asocia al aumento de la frecuencia cardíaca, temblores, transpiración, dificultad para respirar o sensación de asfixia, náuseas, dolor en el pecho, escalofríos y sensación de entumecimiento. Asimismo, presenta síntomas cognitivos que incluyen la percepción de irrealidad o despersonalización, miedo a perder el control, morir o “volverse loco”.

Estos síntomas y reacciones se deben al funcionamiento rápido e inconsciente que realiza nuestro cerebro. Al percibir un peligro, la información toma 2 rumbos. El primer camino es la activación directa de la amígdala, la mente primitiva, la cual activa todas las zonas del cerebro que suscita los síntomas de pánico, y el segundo camino circula inicialmente hacia el tálamo para procesar la información sensorial y luego se dirige a la corteza la cual decide si se requiere una reacción de miedo para activar la amígdala. En el caso de las reacciones de pánico, este procesamiento secundario también denominado como nuestra mente evolucionada suele procesar las reacciones instantáneas de miedo como algo peligroso. El funcionamiento de la mente primitiva es percibido como algo perjudicial, por el descontrol de las reacciones de miedo y, por ende, se inicia la escalada hacia el pánico.

Cabe señalar que el ataque de pánico puede emerger en estados de ansiedad como de calma, siendo el cambio repentino el que determina el comienzo de una crisis. Este aspecto debe ser considerado con cautela al momento de diagnosticar.

¿Cómo nos explicamos la crisis?

Para entender por qué algunas personas son propensas a sufrir ataques de pánico, existen diferentes enfoques que enfatizan su origen. Algunos autores destacan el procesamiento emocional y el aprendizaje asociativo, una evaluación cognitiva errónea de los síntomas de la crisis, o también se habla de una sensibilidad fisiológica de base. Una de las premisas más apoyadas por estudios empíricos es la sensibilidad o disposición a la ansiedad. Los estudios iniciales del ataque de pánico realizados por Barlow (1988), se refieren a una activación errónea del “sistema del miedo”, donde se habla de una vulnerabilidad biológica ante situaciones estresantes del cotidiano. Desde esta perspectiva, se suma la vulnerabilidad psicológica de los sujetos, quienes cuentan con un grupo de creencias que procesan los síntomas del pánico como peligrosos; por ejemplo, la persona piensa que

se va a morir o que no tiene control. Por otro lado, también se suman las creencias asociadas al autoconcepto, como sentirse frágil o incapaz de controlar las emociones, y también las percepciones sobre el mundo, considerando las circunstancias como impredecibles e incontrolables. Este enfoque cognitivo-conductual supone que dichas creencias emanan de experiencias vitales, donde el sujeto aprende de las figuras de cuidado sobre los peligros mentales y físicos en relación a ciertos síntomas corporales; lo cual incluye los eventos estresantes próximos a la primera crisis de pánico.

En este punto, tiene sentido los descubrimientos de un estudio a largo plazo, donde se halló una mayor prevalencia de trastornos fóbicos en jóvenes que se desarrollaron en familias sobreprotectoras. Este estilo de crianza ha sido una tendencia en la sociedad, donde la familia entorpece el conocimiento e incremento de los recursos personales de los niños, niñas y adolescentes. Como menciona Jean Piaget (1937), la realidad del niño es construida a través de la acción del ensayo y error. Por ende, resulta previsto que los sujetos que no pudieron responder ante situaciones estresantes no pueden manejar las sensaciones intensas de miedo y malestar asociadas al pánico.

Si bien, los estilos de crianza y las experiencias vitales estresantes pueden ser un antecedente que llegue a precipitar los ataques de pánico, no se puede desatender la pauta que mantiene la persistencia de estas crisis. El efecto traumático que generan las sensaciones de pánico, generarían asociaciones o un condicionamiento sobre el miedo; que incluye los elementos del contexto en que se desarrolla el ataque de pánico y la experimentación de los síntomas. De esta manera, se genera un miedo a las mismas reacciones de pánico, que alimentan un círculo vicioso de “miedo al miedo” que funciona como una profecía autocumplida, donde se predice el peligro de una crisis a la vez que se otorgan significados negativos a los síntomas.

Un ejemplo sería:

“Cuando se aproxima una crisis, siento que me cuesta respirar, siento que me asfixio y me mareo. Pienso que me desmayaré o moriré”

“Sufro de un intenso pánico hasta volver a la calma”

“Tengo miedo de experimentar una futura crisis de pánico”

Cabe destacar, que estos estímulos internos desagradables a diferencia de los externos, suelen ser menos predecibles y difíciles de manejar a nivel consciente; por esto suelen producir un miedo mucho más intenso, reiterado, no anticipado y genera una mayor ansiedad anticipatoria sobre su vivencia.

La combinación de estas sensaciones propioceptivas y los significados atribuidos conllevan a la formación de este circuito de miedo patológico, lo cual activa procesos psicofisiológicos, estrategias de acción personal orientadas a la evitación y estrategias de interacción social en la búsqueda de apoyo constante en personas significativas. Estas estrategias al ser efectivas en un primer momento, al ser repetidas por los sujetos, se convierten en rígidas e inadaptables a largo plazo; perpetuando la ocurrencia de las crisis de pánico.

En resumen, los ataques de pánico forman parte de un complejo círculo vicioso donde intervienen reacciones fisiológicas, percepciones y creencias sobre los síntomas, la activación de un intenso terror y un conjunto de estrategias desadaptativas, pues no se enfrenta este miedo. Por ende, al referirnos al ataque de pánico se apunta a una cadena de elementos o aspectos que interactúan entre sí.



Diagnóstico diferencial del ataque de pánico.

Como se mencionó con anterioridad, el ataque de pánico suele aparecer asociado a otras patologías como un especificador, además de conformar el trastorno de pánico; un trastorno que se ha presentado en el 90% de la población en conjunto con otra patología psiquiátrica, donde un 33% de los sujetos fueron diagnosticados con un trastorno depresivos que lo antecede.

Siendo una patología dinámica entre persona y su contexto, muchas de las patologías asociadas se categorizan según su expresión a través del pánico o su evitación, las cuales pueden ser parte de una secuencia complementaria. De ahí que se asocian otras patologías debido a lo incapacitante que son las crisis. Algunos trastornos comórbidos son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, trastornos del control de impulsos,

trastorno por consumo de sustancias, trastornos psicóticos, trastorno de personalidad y trastornos de alimentación. Asimismo, el trastorno de pánico es frecuente encontrarlo junto a patologías médicas como el cáncer, la tiroides, patologías cardíacas, migraña, síndrome del intestino irritable y enfermedades respiratorias.

Debido a la frecuente comorbilidad con otras patologías, se debe realizar un diagnóstico diferencial. Este se realiza mediante la entrevista clínica con un profesional de salud mental, la información complementaria de padres y profesores en el caso de los escolares, y su complemento con herramientas de evaluación, en especial, con la utilización de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico; instrumento disponible para médicos que determina la gravedad y el progreso de un tratamiento. Igualmente, se puede completar el Inventario de Ansiedad de Beck como instrumento de autoaplicación que registra los síntomas más comunes de ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) que también se autoaplica para conocer las dimensiones de ansiedad-estado y ansiedad rasgo. Este primer acercamiento al diagnóstico siempre debe descartar alguna afección médica con un especialista en el área, ya que se deben descartar patologías pulmonares, neurológicas, cardiovasculares, endocrinas y de la intoxicación y abstinencia del consumo de sustancias.



No es angustia ni ansiedad, es pánico: confusiones más comunes Es fácil que nos confundamos de diagnóstico,

porque muchos trastornos parecen tener en común aquellas manifestaciones emocionales intensas, llegando a perturbar el funcionamiento cotidiano de la persona. Aquí te ofrecemos una breve descripción y diferenciación de algunos trastornos que suelen confundirse con el trastorno de pánico o el ataque de pánico en sí mismo, descritos en el libro de Giorgio Nardone (2012) *No hay noche que no vea el día, La terapia breve para los ataques de pánico*:



- 1. La ansiedad generalizada:** uno de los primeros trastornos que se confunde con el trastorno de pánico. Se diferencia de éste debido a que existe una pérdida de control total, donde la persona vive en un estado constante de alerta con síntomas similares al pánico pero sin llegar a tal expresión devastadora e incontrolable. Requiere de un tratamiento diferenciado.
- 2. La angustia:** está se manifiesta como una opresión profunda en el pecho, como si estuviera siendo oprimido, dificultando el paso del aire, y se acompaña de un temor por un asunto que no se desea pero que se percibe como irremediable. El estado de constante angustia suele culminar en el trastorno de depresión o en trastornos somatoformes. Su tratamiento debe ser distanciarse de las estrategias terapéuticas para el pánico, ya que pueden generar un efecto iatrogénico o perjudicial.
- 3. El trastorno de estrés postraumático:** este se distingue por estados de angustia, agitación y temor, por lo que suele confundirse con el pánico; sin embargo, destaca por los recuerdos y sensaciones intrusivas producto de una experiencia perturbadora. Si bien, las reacciones activadas en quien sufre corresponden al pánico, éste cesa una vez tratado el trastorno.
- 4. Hipocondría y patofobia:** en ambos trastornos existe una necesidad de mantener el propio cuerpo bajo control, lo que en consecuencia produce efectos somáticos que alertan y atemorizan a la persona hasta el pánico. Por ende, el tratamiento se enfoca en las fijaciones obsesivas y no en las reacciones.

- 1. El trastorno obsesivo compulsivo:** muy similar a los trastornos anteriores, lo que caracteriza al trastorno son las obsesiones. Estas llevan a compulsiones que ponen en práctica las necesidades imperantes y obsesivas; de no ser satisfechas, culmina en reacciones de pánico.
- 2. Las dinámicas relacionales:** muchas crisis surgen de algún problema relacional, por ejemplo, una pelea de pareja o una ruptura. En este caso no se interviene en el pánico, ya que contribuye a mantener la patología relacional que se debe solucionar.
- 3. La histeria de conversión:** se caracteriza por el cambio constante de los síntomas, hasta crear los efectos esperados. Estas personas pueden sentirse deprimidas, a veces sienten pánico, otras veces son hipocondríacos, etc. Si el tratamiento se enfoca solo en el pánico, el tratamiento será frustrante repleto de mejoras y recaídas constantes.

Modelos de terapia: como anillo al dedo.

El tratamiento con mayor apoyo empírico y que destaca por su efectividad para los ataques de pánico es la terapia cognitivo-conductual (TCC), la cual cuenta con ventajas en la rentabilidad, se puede realizar en formato grupal o individual y sus resultados suelen mantenerse a largo plazo; incluso, promueven mejoras para el bienestar en el trabajo paralelo con patologías comórbidas como los trastornos de ansiedad y depresión. Estos modelos resaltan el rol del miedo hacia los síntomas del pánico para su mantenimiento. Algunos componentes recientes para el tratamiento es la relajación aplicada, el reentrenamiento de la respiración, la reestructuración cognitiva, la exposición a las sensaciones corporales temidas y las técnicas de inervación vagal. Estudios de hace unos pocos años, han demostrado cómo el cambio terapéutico basado en la percepción de la autoeficacia ante el pánico y la reestructuración cognitiva de las creencias catastróficas, son esenciales para la superación de la experiencia de pánico.

Sin perjuicio de lo anterior, existen tratamientos que también han demostrado ser efectivos, pero que se centran en la secuencia o pauta sintomática, más que en modelos explicativos. A diferencia del enfoque cognitivo-conductual, en el modelo sistémico se emplean una diversa variedad de técnicas cognitivas y sistémicas, en razón de resolver los síntomas en poco tiempo. Una de las técnicas terapéuticas principales del enfoque sistémico son las prescripciones paradójales, las cuales anulan el comportamiento anómalo; solución intentada fallida involuntaria que mantenía los síntomas, y que gracias a la prescripción de la misma se convierte en voluntaria y manejable. De esta manera, el círculo vicioso del miedo patológico se rompe, gracias al dominio consciente y voluntario del síntoma temido. En estos casos, no se consigue el cambio desde la lógica racional que también mantuvo las estrategias desadaptativas, sino que se trabaja con lo irracional; más bien, se trabaja desde el cambio comportamental, es decir, desde una experiencia emocional correctiva.

A modo resumen, explicamos brevemente las diferencias entre la TCC y la terapia estratégica sistémica en tratamiento de los ataques de pánico, ofrecida por Nardone en su libro antes citado:

4. La TCC tiene sus bases en la teoría del aprendizaje, de manera que el cambio se obtiene por medio de técnicas cognitivas y conductuales relacionadas a un enfoque explicativo, donde el terapeuta ocupa un rol de «trainer». En cambio, en la terapia breve estratégica se basa en la teoría del cambio, donde se promueven nuevas perspectivas sobre el mundo mediante la promoción de experiencias emocionales correctivas; a través de la utilización de estratagemas del terapeuta. En este caso el terapeuta actúa como un «sabio estratega».
5. En la TCC el proceso inicia con la concientización del problema y de las capacidades y recursos que la persona dispone, para trabajar el miedo patológico. Se parte de la premisa de: “conocer para cambiar”. Por otro lado, la terapia breve estratégica pretende generar el cambio mediante el diálogo y la prescripción de la conducta, de forma que luego la persona se haga consciente de capacidades y recursos. La premisa es: “cambiar para conocer”. Este modelo sobresale por su mayor eficiencia, eficacia y productividad.



Las descripciones antes presentadas, tienen la intención de promoverle al lector una mirada general de las terapias más eficientes para el tratamiento de los ataques de pánico, para que pueda indagar en el modelo de terapia que más le acomode. Igualmente, existen otros tratamientos psicológicos para el ataque de pánico, pero que no cuentan con el suficiente apoyo científico. Existe el entrenamiento respiratorio, los ejercicios físicos de mediana y alta intensidad incluidos en programas breves para disminuir el temor a las sensaciones de la ansiedad, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) que trabaja en la atención plena y la aceptación de la experiencia de pánico. Asimismo, existen alternativas de autoayuda, como el tratamiento online y de realidad virtual, que son ventajosas por su accesibilidad; aunque existen pocos estudios que lo avalen.

Uso de fármacos para el manejo de un ataque de pánico

Otro tratamiento válido para tratar los ataques de pánico y el trastorno de pánico es el tratamiento farmacológico. En atención de emergencia, es fácil encontrarnos con la administración de benzodiazepina de acción corta como ALPRAZolam (Xanax) con el objetivo de reducir los síntomas de ansiedad severos. Los medicamentos de primera línea para el pánico son los ISRS, algunos de estos fármacos aprobados por la Administración Federal de Medicamentos (FDA) para el trastorno de pánico son la Sertralina (Zoloft), Paroxetina (Paxil) y la Fluoxetina (Prozac). Ahora bien, existen efectos secundarios de los fármacos que son predecibles, como agitación, náuseas, mareos, diarrea, sudoración, dolor de cabeza, estreñimiento y disfunción sexual. Sin embargo, las reacciones perjudiciales o graves no son usuales.

El tratamiento a largo plazo debe ser acorde a las necesidades de cada persona y puede incluir una complementariedad entre medicación, psicoterapia, educación y otras terapias complementarias. No obstante, como menciona Nardone (2016), aunque el fármaco actúe rápidamente calmando los síntomas del pánico, este funciona como un sustituto de la capacidad de gestión del sujeto; desestimando la autoeficacia y autoconfianza en las capacidades, perpetuando el círculo del miedo patológico. Por ende, apostamos por el tratamiento psicoterapéutico que rompa la cadena patológica del miedo.

Libres del pánico: Cómo dominamos el miedo patológico.



6. Enfrentar el miedo contra el miedo: es crucial aceptar el miedo para utilizarlo a nuestro favor. Podemos escoger ser valientes para traspasar nuestros límites y ver de lo que somos capaces. Si nos enfrentamos a lo temido, podremos impedir que se alimente un miedo mayor a la vez que incrementamos la confianza en nosotros mismos.
7. Exasperar para reducir: Los antiguos escritores chinos en sus libros mencionaron la siguiente estratagema: <>. Enfrentarse de forma gradual a lo temido y sus sensaciones asociadas, genera mayor confianza en los recursos personales. Para esto se puede practicar la exposición gradual a las fantasías terroríficas en un lugar seguro, luego en un tiempo determinado del día, para después permitir las actividades cotidianas, y por último experimentarlas en momentos críticos de miedo o ansiedad.
8. Educar en el descubrimiento: Es necesario permitir que niños y jóvenes descubran sus capacidades y las incrementen mediante la experiencia y la superación de las dificultades, ejerciendo la dinámica del ensayo y error. Como adultos no debemos anteponernos o evitarles el dolor o el sufrimiento, sobreprotegerlos, pues anulamos la oportunidad de crecer y desarrollar una autoestima y una sensación de autoconfianza sana.
9. Técnicas para el manejo de un ataque de pánico: los ejercicios de respiración profunda son útiles para disminuir la ansiedad, mediante la disminución consciente de la respiración y centrarse en respiración pausadas, profundas y rítmicas. Por ejemplo, podemos realizar la técnica 5,5,5: en 5 segundos inhalamos, en 5 segundos retenemos y en 5 segundos exhalamos. Otra técnica puede ser la imaginación guiada, que consiste en imaginarse en un entorno sereno y seguro.

Hasta aquí termina nuestra Newsletter del día de hoy. Vimos como los ataques de pánico son más que sobre reacciones al miedo intenso, sino que se desarrolla por las interacciones de componentes psicofisiológicos, acciones personales y estrategias que fecundan el pánico, porque lo rehúyen. Como personas que enfrentan desafíos y problemas a diario, no podemos enneguecernos por el miedo.

Citando a Fernández Pessoa: *«Llevó encima las heridas de todas las batallas que he evitado»*

¡Puede que nos sorprenda lo que pudimos hacer, gracias al valor que tuvimos!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Amodeo, E. S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. Revista Katharsis, N 23, pp.166-176. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Asmundson, G. J., Taylor, S., & AJ Smits, J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. Depression and Anxiety, 31(6), 480-486.
- Caballo, V. E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1). Siglo XXI.
- Ceberio, M. R. (2020). Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión. Calidad de Vida y Salud, 13(ESPECIAL), 2-17.
- Fernández Raone, Martina y Zanassi, Sergio (2015). Lo que no escapa a la estructura de la angustia: las crisis de pánico. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- García, H. B. A., & Contreras, A. H. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. Revista de casos clínicos en salud mental, 7(1), 5-14.
- Nardone, G. (2012). No hay noche que no vea el día: la terapia breve para los ataques de pánico. Herder Editorial.
- Nardone, G. (2016). La terapia de los ataques de pánico: Libres para siempre del miedo patológico. Herder Editorial.
- Valdes, B., Salani, D., King, B., & De Oliveira, G. C. (2021). Recognition and treatment of Psychiatric emergencies for health care providers in the emergency department: panic attack, panic disorder, and adverse drug reactions. Journal of emergency nursing, 47(3), 459-468.