



TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CRISIS DE PÁNICO: LA IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

Dolores Pineda Tenor, Leticia Simao Aiex, María Laura Morillas Fernández.

loli.pineda.tenor@gmail.com

Crisis de pánico, ansiedad, psicoeducación, tratamiento cognitivo-conductual.

RESUMEN

Las crisis de pánico, también conocidas como crisis de ansiedad, son una frecuente causa de demanda de asistencia en los servicios de urgencias, así como en las unidades de atención especializada en salud mental. Su elevada prevalencia y el grado de malestar psíquico generado por las mismas hace necesario un mayor esfuerzo por parte de los profesionales en ofrecer psicoeducación a la población respecto a las mismas, identificar mitos y creencias erróneas así como ofrecer información respecto a los mecanismos cognitivo-conductuales que las mantienen. En el presente trabajo abordaremos estos aspectos así como una breve descripción de los tratamientos que han mostrado evidencia clínica.

INTRODUCCIÓN

Según la Clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) los criterios para diagnosticar un trastorno de pánico serían los siguientes:

Presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer.

Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que lo padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si eso tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Según esta clasificación, para poder hacer un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el periodo de un mes.

Como podemos observar las crisis de pánico generan un malestar significativo en la persona que las sufre, llegando a ser muy limitante tanto por el sufrimiento generado en forma de ansiedad anticipatoria a sufrir nuevas crisis, también llamado "miedo al miedo", como por la

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CRISIS DE PÁNICO: LA IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

interferencia en la vida cotidiana al evitar situaciones en las que se teme que se puedan volver a producirse dichas crisis.

PSICOEDUCACIÓN

Un elemento fundamental en el tratamiento de cualquier trastorno en salud mental, y en este caso los trastornos con un importante componente ansiógeno como son las crisis de pánico, es la psicoeducación. En numerosas ocasiones los pacientes llegan a la consulta del psicólogo clínico refiriendo uno o varios episodios previos de crisis de ansiedad atendidos en los servicios de urgencias, en los cuales se le prescribió un ansiolítico informándoles de que no tenían ningún problema a nivel físico, sino que "solo era ansiedad". La mayor parte de las personas no entienden lo que les ha ocurrido, y dicho desconocimiento hace que ese diagnóstico de ansiedad que previamente pudo suponer un alivio al descartar el vínculo de los síntomas a una enfermedad física, se torna en miedo cuando la crisis inesperadamente vuelve a repetirse.

La comprensión por parte del paciente de los mecanismos que rigen los síntomas que experimenta, cómo se mantienen, y en especial entender por qué las intensas sensaciones de hiperactivación que vivencia no pueden producir patologías orgánicas como un infarto o poner en riesgo su vida como parece indicar la sensación de asfixia, van a favorecer un primer paso para la mejoría clínica.

En la experiencia clínica en consulta se puede observar la fuerza de este elemento terapéutico ya desde las primeras sesiones, dado que ante una disminución de la percepción de amenaza vital se reduce significativamente la ansiedad anticipatoria, así como la interpretación catastrófica de los peligros que se cree que van a derivar de las sensaciones experimentadas, favoreciendo la percepción de control del paciente sobre las mismas y la incorporación de otras técnicas conductuales para un manejo eficaz de las mismas.

¿Qué es la ansiedad? ¿Es peligroso experimentarla?

Una primera cuestión a abordar es explicar el carácter adaptativo que tiene la respuesta de ansiedad, cumpliendo una función específica como cualquier otra emoción humana, en concreto para garantizar nuestra supervivencia. Se trata de un sistema de alerta primitivo, presente desde hace miles de años, que se activa de forma automática en nuestro organismo preparándonos para la respuesta. Si nos remontamos a épocas de la prehistoria podemos imaginar como el ser humano convivía a diario con situaciones que fácilmente podrían poner en peligro su vida, como eran los grandes depredadores. Ante cualquier estímulo que indicara, por ejemplo, la presencia de un león (un rugido, el sonido de la carrera de un animal de grandes dimensiones, su imagen acercándose...), activaría una respuesta de intenso miedo que a su vez pondría en marcha una serie de reacciones corporales orientadas a la huida o la lucha.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CRISIS DE PÁNICO: LA IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

Andrés Martín Asuero (2017), describe este proceso poniendo como ejemplo la respuesta de un joven que viviera hace unos treinta mil años y de repente comienza a ser perseguido por un oso. Ante esta amenaza experimenta una serie de cambios fisiológicos: a nivel endocrinológico comienza a segregar hormonas como la adrenalina, que activaría simultáneamente varios dispositivos corporales. Se produce un incremento de la tensión muscular, el corazón comienza a latir con más fuerza, la presión arterial sube y la sangre bombea con fuerza para alimentar las demandas de la carrera. Para que la sangre esté bien oxigenada, los alvéolos de los pulmones se abren y la respiración se vuelve más agitada. Otros procesos que son más secundarios cuando la vida está siendo amenazada se interrumpirían para orientar la sangre a los músculos, como son los digestivos o los dirigidos a la reproducción.

Como puede observarse esta hiperactivación fisiológica es vital, pues sin ella ante un peligro de estas características podríamos fallecer. En la actualidad este tipo de situaciones es altamente improbable dado nuestra vida en la civilización, sin embargo, este sistema aún hoy nos protege y nos permite una reacción muy rápida, instintiva, ante situaciones que aunque de forma más excepcional, pueden ser amenazantes (ser víctima de un ataque, escuchar un estruendo que te incita a huir y buscar refugio, ante un intenso frenazo del coche que tenemos delante se activa nuestro cuerpo a reaccionar y evitar la colisión...etc). Por consiguiente, ante una situación de emergencia real, la ansiedad será el motor que impulse una respuesta orientada a salvar nuestras vidas, lo cual hace de ella una emoción muy necesaria. Sin embargo, a pesar de que en la actualidad este tipo de amenaza se produce de forma muy ocasional, viviendo en sociedades cada vez más seguras, los trastornos de ansiedad son cada vez más frecuentes, ¿por qué ocurre esto?

Como explica Sapolsky, en una entrevista realizada a Punset (2006, pp. 127-128) para su libro El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas: "Si te persigue un león, escoges otro día para ovular, retrasas la pubertad, ni se te ocurre crecer, ya digerirás más tarde, pospones la fabricación de anticuerpos para la noche, si todavía estás vivo... Se trata de eliminar todo lo que no sea esencial. Y claro, el problema es que nosotros, como primates muy sofisticados que somos, podemos iniciar exactamente el mismo proceso de respuesta al estrés a raíz de un estado psicológico, de un recuerdo, una experiencia, una emoción, pensando en algo que puede ocurrir dentro de treinta años o que tal vez no ocurra nunca, pero iniciamos la misma respuesta de estrés.

Las amenazas a las que el ser humano se expone hoy en día son mayoritariamente de origen psicológico, estamos sometidos a presiones de tipo social, en las que juegan un papel importante las expectativas, deseos, el miedo al fracaso, a no ser aceptado por los demás...apareciendo temores a no disponer de los recursos necesarios para cumplir las exigencias que nos impone el entorno. Sin embargo, la reacción a estos estresores activa los

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CRISIS DE PÁNICO: LA IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

mismos mecanismos fisiológicos que si se produjera un riesgo vital, en este caso tratándose de una "falsa alarma", por lo que la persona, al no encontrar en el entorno un peligro que lo justifique, centrará su atención en sus respuestas corporales (miedo a morir, volverse loco, tener una enfermedad...), y / o en el contexto en que se producen, apareciendo temores secundarios (miedo a viajar en autobús, conducir, ir al supermercado... si la crisis de ansiedad se produjo en estos lugares

Una vez el paciente comprende que las respuestas de ansiedad constituyen un sistema natural de alerta y no son un indicativo de patología física, ni el precursor de un colapso a nivel orgánico, se le ofrece información acerca de las sensaciones que experimenta y los motivos por los cuales no pueden cumplirse los miedos que temen.

Lo que NO puede ocurrir

Como describen Pedro Moreno y Julio C. Martín en su libro: Dominar las crisis de ansiedad, existen una serie de creencias disfuncionales en la base de la interpretación de los síntomas que van a potenciar el miedo a la crisis cuando esta se produce, acrecentándolo, así como generando un temor a su repetición por las consecuencias amenazantes que se anticipan. El recibir información sobre los mecanismos implicados en la ansiedad y cómo actúa en el organismo, así como las consecuencias físicas que no pueden producirse, ayuda a desdramatizar el episodio y a vivenciarlo de una forma menos aversiva en sucesivas ocasiones.

Asfixia

La sensación de ahogo característica de las crisis de ansiedad, lejos de producirse por falta de oxígeno responde al mecanismo contrario. Ante el estrés los músculos intercostales se contraen, dificultando la espiración, siendo éste un mecanismo fundamental dado que para que entre el aire (inspiración), es necesario que anteriormente haya salido el que hay dentro (espiración). La dificultad para inspirar es interpretada por la persona como asfixia, lo cual genera una mayor tensión muscular que dificulta la respiración, produciendo a su vez miedo y más tensión llevando a la persona a acelerar sus inspiraciones, dando lugar a una hiperventilación. Este desequilibrio en el proceso respiratorio y el exceso de oxígeno ante un incremento de las inspiraciones, puede provocar a su vez otras sensaciones que se vinculan frecuentemente a las crisis de ansiedad, como mareo o taquicardia. Por tanto, lo que ocurre no es una falta de oxígeno en el organismo, sino los efectos del mecanismo opuesto.

Infarto

Ante una crisis de ansiedad se pueden producir sensaciones de opresión precordial y/o taquicardia, que hace que quien las sufre sienta miedo de estar sufriendo un ataque al corazón. Por ello es muy importante transmitir al paciente que los mecanismos fisiológicos que se producen difieren significativamente: en el ataque al corazón se produce por un proceso obstructivo en una arteria coronaria que impide el suficiente riego sanguíneo, lo que da lugar a una necrosis de las células del músculo cardíaco. Sin embargo ante la ansiedad se activa un

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CRISIS DE PÁNICO: LA IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

sistema de alerta en nuestro organismo ante una amenaza percibida que entre otros cambios físicos, acelera el ritmo cardíaco para incrementar la capacidad de respuesta de los músculos. La sensación de opresión torácica se relaciona con el apartado anterior, estando vinculada a la tensión de los músculos que controlan la respiración.

Volverse loco o perder el control

Si bien es cierto que el estrés está en la base de los primeros brotes psicóticos de la esquizofrenia, éste no los causa, siendo sólo un factor precipitante siempre y cuando la persona tenga una vulnerabilidad biológica previa, es decir, una predisposición genética latente en su organismo sin la cual la situación estresante no desembocaría en una psicosis. Se ha observado por ejemplo en estudios sobre catástrofes, donde el estrés es muy intenso, que no aumentan los casos de esquizofrenia respecto a poblaciones que no han sufrido estos eventos vitales estresantes.

Por otro lado, ante el miedo se pueden producir respuestas de escape de la situación, como por ejemplo salir de prisa de un lugar concurrido pensando que de este modo vamos a respirar mejor o estar a salvo, o ser mejor atendidos si necesitamos ayuda médica. Estas respuestas son coherentes al miedo que sentimos, no siendo interpretaciones delirantes o fuera de la realidad. Del mismo modo la ansiedad también se asocia a percepciones de extrañeza respecto a uno mismo o la realidad (despersonalización y desrealización), que son fruto de los cambios físicos que correlacionan con la crisis, en concreto con la hiperventilación.

Miedo a lugares cerrados y abiertos

Las personas que sufren ansiedad tienden a evitar determinadas situaciones que relacionan con episodios en los que han sufrido una crisis. Pueden darse ambos casos, que a pesar de parecer contradictorios (lugares cerrados y abiertos), tienen en común la interpretación de la persona de que en caso de necesitar ayuda van a encontrar dificultades para obtenerla, buscando con la evitación y /o escape de ellos una sensación de seguridad. Los lugares que pueden generar temor son muy variados (supermercados, el cine, una clase, ascensores, transportes públicos...). Pueden activarse conductas para garantizar el escape ante una crisis como por ejemplo colocarse cerca de la puerta en el aula o localizar las salidas de emergencia en un centro comercial, otra estrategia de seguridad es ir acompañados a estos lugares para cerciorarnos de que nos asistirán en caso de necesidad.

CONCLUSIONES

Dado que las creencias disfuncionales en relación a la ansiedad producen un miedo anticipatorio que puede llegar a desencadenarlas, así como influir en su mantenimiento al incrementar la atención en las sensaciones temidas y evitar lugares que se han asociado a su aparición, la psicoeducación supone un primer elemento imprescindible que debe estar incluido en la intervención psicológica de los trastornos de pánico.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS CRISIS DE PÁNICO: LA IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

Este primer elemento terapéutico de corte cognitivo permite una desdramatización de los síntomas que facilita la intervención conductual dirigida a disminuir la hiperactivación fisiológica. Se ha establecido como eficaz el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, que incluye estrategias como serían la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva de Jacobson, la exposición interoceptiva y la exposición a situaciones agorafóbicas. En los últimos años se están introduciendo con éxito técnicas de meditación conocidas como mindfulness, que también están demostrando resultados positivos en los trastornos relacionados con el estrés y la regulación emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
2. Martín Asuero, A. (2017) Con rumbo propio. Disfruta de la vida sin estrés (20 Ed). Barcelona: Plataforma Editorial.
3. Moreno, P., Martín J.C. (2008). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas. Bilbao: Ed Desclée de Brouwer.
4. Moreno, P., Martín J.C. (2010). Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes. Bilbao: Ed Desclée de Brouwer.
5. Punset, (2006). E. El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas. Barcelona: Destino.
6. Robles Ortega, H., Peralta Ramírez, M. I (2009). Programa para el control del estrés. Madrid: Editorial Pirámide.