

Domine su ansiedad y pánico

CUARTA EDICIÓN

MANUAL PARA EL PACIENTE

David H. Barlow
Michelle G. Craske

INDICE

Capítulo 1 Página 1

Capítulo 2 Página 26

Capítulo 3 Página 43

Capítulo 4 Página 55

Capítulo 5 Página 68

Capítulo 6 Página 80

Capítulo 7 Página 96

Capítulo 8 Página 125

Capítulo 9 Página 139

Capítulo 10 Página 148

Capítulo 11 Página 172

Capítulo 12 Página 182

Apéndice Página 192

Biografía Página 196

Objetivos

- ❖ Comprender la naturaleza de los ataques de pánico y la agorafobia.
- ❖ Aprender sobre los factores que causan el pánico.
- ❖ Aprender sobre este programa para superar el pánico y la agorafobia.
- ❖ Determinar si este programa es o no para usted.

¿Tiene usted un trastorno de pánico o agorafobia?

¿Tiene episodios que lo llevan a pensar que tiene una enfermedad, que se está muriendo o se está volviendo loco?, ¿cuando estos sentimientos de pánico suceden siente como su corazón fuera a salirse de su pecho, o como si no tuviera suficiente aire? O tal vez sienta vértigo, se sienta débil, tembloroso, sudoroso, con dificultad para respirar o con temor a morir. ¿Estos sentimientos surgen cuando usted menos los espera?, ¿está usted preocupado por la posibilidad de que reaparezcan?, ¿interfieren estos sentimientos con su rutina o deja de hacer cosas que normalmente hace como consecuencia de ellos?

Si estas descripciones se aplican a usted, entonces es probable que esté sufriendo de ataques de pánico y agorafobia. Los episodios de miedo son denominados ataques de pánico. Usualmente los ataques de pánico son acompañados por un estado de ansiedad generalizada por la posibilidad de que suceda otro episodio. Juntos, los episodios de pánico y la ansiedad generalizada se denominan trastorno de pánico. Agorafobia se refiere a ansiedad o evitación de situaciones donde se espera que los ataques de pánico u otros síntomas físicos aparezcan. Estos ítems son descritos detalladamente más adelante. A continuación hay algunos ejemplos sobre cómo el trastorno de pánico y la agorafobia pueden afectar la vida de una persona.

Casos de estudio

Steve

Steve tiene 31 años. Trabaja como vendedor. Tuvo episodios de vértigo, visión borrosa, y palpitaciones. Su primer episodio ocurrió en el trabajo, en presencia de sus compañeros de trabajo. Empezó con sentimientos de debilidad, náuseas y mareos. Steve le pidió a un compañero que llame a un médico porque temió estar sufriendo un ataque cardíaco, sobretodo porque su padre recientemente había fallecido del corazón. Además del duelo por el fallecimiento de su padre, Steve lidiaba con mucho estrés por su trabajo. Algunos meses antes del primer ataque, había momentos en los que se ponía muy nervioso y cuando escribía su letra no se comprendía, pero aparte de eso, nunca antes había experimentado nada parecido. Después de un detallado examen médico, su doctor le dijo que lo que tenía era estrés y ansiedad. Sin embargo, los episodios de pánico continuaron, sobretodo en el trabajo, y en situaciones "sin salida". A veces eran inesperados, particularmente los que lo despertaban por las noches. Steve se sentía tenso y ansioso la mayor parte del tiempo porque temía estar sufriendo otro ataque de pánico. A partir de su tercer ataque comenzó a evitar estar sólo, siempre que pudiera. Además evitó lugares y situaciones, como shoppings, multitudes, teatros, cine, filas de espera, donde sea que tuviera miedo de "quedar atrapado" y no pudiera escapar en caso de sufrir de un episodio de pánico. Donde quiera que fuera llevaba consigo una biblia, y mascaba chicle, porque fumar, mascar chicle o leer la biblia lo hacían sentirse mas preparado para enfrentar el pánico. Además, llevaba consigo medicación que tomaba en caso de tener síntomas de pánico.

Lisa

Lisa es una mujer de 24 años que tuvo repetidos ataques de vértigo, falta de aire, dolor en el pecho, visión borrosa, nudo en la garganta y sentimientos de irrealidad. Ella temía que estos sentimientos significaran que tenía algo malo en su cerebro, un tumor, o que estuviera perdiendo el control de su mente. Este problema comenzó cinco años antes: mientras estaba en un cumpleaños fumó marihuana, y comenzó a tener sentimientos de irrealidad y mareo. Nunca antes había experimentado estos sentimientos, Lisa pensó que se estaba volviendo loca o que la marihuana había dañado su cerebro. Entonces le pidió a un amigo que la lleve a una guardia, donde le hicieron algunos exámenes y le dijeron a Lisa que sus síntomas eran producto de la ansiedad. Lisa no volvió a probar marihuana u otra clase de drogas después de eso. Incluso se volvió temerosa de las sustancias químicas, incluso las prescritas para la alergia y sinusitis.

Tuvo ataques de pánico por años, hasta un punto en que desaparecieron por tres meses. Sin embargo, continuó con miedo a tener otro ataque casi todo el tiempo. Se sentía temerosa en situaciones en las que era difícil recibir ayuda si tenía un ataque o lugares poco familiares o cuando estaba sola, pero no evitaba muchos lugares. Su método para enfrentar el pánico era distraerse con tantas cosas como pudiera para mantener la mente lejos del pánico.

Judy

Judy es una mujer de 40 años, casada, sin trabajo como consecuencia de sufrir de ataques de pánico. Judy dejó su trabajo hace algunos años porque le resultaba muy difícil salir de su casa. Los ataques de pánico consistían en fuertes dolores y opresión en el pecho, adormecimiento del brazo izquierdo, falta de aire y palpitaciones. Cada vez que tenía un ataque de pánico pensaba que estaba sufriendo un infarto. Además, muchas noches se despertaba con síntomas similares, particularmente opresión en el pecho, falta de aire, y sudoración. Judy vivía con su familia política, descendientes chinos, y pensaba que los ataques nocturnos representaban demonios que descendían sobre ella. Judy restringió su vida a su casa, con ocasionales salidas al doctor y al mercado, siempre y cuando algún familiar o amigo la acompañara. Judy visitó a muchos doctores y cardiólogos, pasando por diversos test cardiovasculares y un halter que medía su actividad cardíaca por periodos largos de tiempo. A pesar de que no le detectaron, ningún problema, Judy permaneció convencida de que iba a tener un ataque cardíaco o morir durmiendo.

Diagnóstico y definición del desorden de pánico y de la agorafobia

La clasificación de desordenes mentales utilizada en EEUU y en muchos otros países, conocida como el manual de diagnóstico y estadística para los desordenes mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR; APA 2000), identifica el problema tratado en este libro como trastorno de pánico con o sin agorafobia. Las características clave del trastorno de pánico son (I) uno o más episodios abruptos de miedo intenso o malestar y (II) ansiedad persistente o miedo a la recurrencia de los ataques de pánico, a sus consecuencias, o cambios en la vida producto de los ataques.

Los ataques de pánico consisten en un abrupto episodio de intenso miedo o malestar acompañado por un número de síntomas físicos y cognitivos que están listados más abajo. Los ataques de pánico ocasionales son comunes. Sin embargo, no todos los que experimentan un episodio ocasional desarrollan un trastorno de pánico. Más adelante describiremos detalles acerca de la frecuencia de ataques de pánico y trastorno de pánico en la población general.

Síntomas de los ataques de pánico

- ❖ Sensación de ahogo o falta de aire
- ❖ Sensación de atragantarse
- ❖ Palpitaciones, taquicardia o sacudidas del corazón
- ❖ Opresión o malestar en el pecho
- ❖ Temblores o sacudidas
- ❖ Sudoración
- ❖ Inestabilidad, mareo o desvanecimiento
- ❖ Sensación de irrealidad o de estar separado de uno mismo
- ❖ Escalofríos o sofocones
- ❖ Nauseas o malestar abdominal.
- ❖ Entumecimiento u hormigueo
- ❖ Miedo a morir
- ❖ Miedo a volverse loco o perder el control.

Los ataques de pánico también se producen en otros problemas de ansiedad, pero en el caso del trastorno de pánico, los ataques son lo que la persona más teme y le preocupa.

Siguiendo con la definición técnica de los ataques de pánico, por lo menos uno de los ataques debe ser inesperado u ocurrir por una razón que no justifique los síntomas. En otras palabras, ocurre sin un estímulo desencadenante. Un buen ejemplo de un ataque de pánico inesperado es aquel que sucede en momentos de relax o cuando la persona está durmiendo. Para ciertas personas los ataques sobrevienen de forma inesperada y otras los ligan a situaciones específicas.

Otra característica de los episodios de pánico es la evitación, vacilación, o sentirse muy nervioso en situaciones en las que se espera que el pánico u otros síntomas (como diarrea) ocurran. Típicamente estas situaciones son aquellas de las que la persona supone que no podría escapar o pedir ayuda. Un ejemplo común es un shopping con mucha gente. Más abajo presentamos una lista de situaciones de agorafobia típicas.

Evitar situaciones por temor cuando no existe un peligro real se denomina *fobia*. Evitar situaciones de las que sería difícil escapar o en las que sería difícil pedir ayuda se denomina *agorafobia*.

Situaciones de agorafobia típicas:

- ❖ Manejar
- ❖ Viajar en subte, colectivo o taxi
- ❖ Volar
- ❖ Hacer filas
- ❖ Multitudes
- ❖ Mercados, negocios
- ❖ Restaurantes
- ❖ Teatros
- ❖ Lugares alejados del domicilio
- ❖ Lugares no familiares
- ❖ Peluquería
- ❖ Caminatas largas
- ❖ Lugares abiertos
- ❖ Estar encerrado en lugares
- ❖ Barcos
- ❖ Estar solo en casa
- ❖ Auditorios
- ❖ Ascensores

En la mayoría de los casos, la agorafobia surge posteriormente a los ataques de pánico, constituyendo el *trastorno de pánico con agorafobia*. Sin embargo, hay gente que nunca desarrolla agorafobia, es decir, tienen episodios de pánico sin agorafobia. En ese caso la definición técnica es *agorafobia sin historia de ataques de pánico*. La persona puede experimentar uno, dos o tres síntomas de la lista de síntomas de ataques de pánico, pero nunca más de tres al mismo tiempo (que es el requerimiento técnico para definir un episodio como un ataque de pánico completo). Sin embargo, uno o dos síntomas pueden provocar tanto malestar como cuatro o más síntomas. Por ejemplo, el vértigo puede ser tan ansiogeno y limitante como un ataque de pánico completo. Dicho de otro modo, la persona que sólo tiene vértigo puede, por ejemplo, desembocar en agorafobia tanto como alguien que tiene muchos otros síntomas de pánico.

Otro ejemplo de *agorafobia sin trastorno de pánico* es cuando el dolor abdominal es el principal síntoma, derivando en evitación de situaciones en las que no hay baños cerca. El dolor abdominal puede ser parte de un síndrome de colon irritable, que envuelve una molestia crónica intestinal, náuseas, constipación, retorcijones o diarrea. Estos síntomas están frecuentemente intensificados por estrés, como el estrés de una situación de agorafobia.

La *agorafobia sin historia de pánico* también se refiere a la evitación de situaciones por otros síntomas físicos que no están en la lista de ataques de pánico, como trastornos visuales. Una lista de estos síntomas es presentada abajo:

Otros síntomas físicos que pueden provocar agorafobia

- ❖ Dolor de cabeza
- ❖ Visión en túnel o sensibilidad a la luz
- ❖ Espasmos musculares
- ❖ Problemas de retención urinaria
- ❖ Sensación de debilidad
- ❖ Fatiga
- ❖ Diarrea
- ❖ Sensación de pérdida de equilibrio.

Lo primordial es que la agorafobia proviene de sentirse ansioso por síntomas físicos que se presentan en ciertas situaciones. Estas situaciones en general se caracterizan por percibirse como situaciones de las cuales es difícil escapar o difícil pedir ayuda.

Es posible también sentirse ansioso por razones no vinculadas a síntomas físicos. Por ejemplo, mucha gente teme volar por miedo a estrellarse, o tiene miedo a manejar por temor a chocar. De la misma manera mucha gente evita quedarse sola o salir a la calle por miedo a ser asaltada o a otros factores externos. Este libro no está escrito para esta clase de miedos, está escrito para miedos y conductas de evitación relacionadas con malestar producto de síntomas físicos y ataques de pánico.

Problemas Médicos

Ciertas enfermedades pueden causar ataques de pánico, y cuando se controlan los ataques desaparecen. Estas enfermedades incluyen hipertiroidismo, tumor en la glándula adrenal (poco frecuente). Otros problemas médicos son el uso de anfetaminas o excesiva cafeína (más de 10 tazas de café) Estos problemas médicos no constituyen ataques de pánico, ya que *los ataques de pánico no son provocados por problemas médicos u enfermedades* (Recomendamos a quienes piensan que están pasando por episodios de pánico que realicen un examen médico completo para descartar causas médicas de los síntomas).

Hay otras enfermedades y problemas que causan síntomas similares a los del pánico, pero controlar estos problemas no elimina los episodios de pánico. Estos incluyen hipoglucemia, prolapso de la válvula mitral, asma, alergias, y problemas gastrointestinales (Ej. colon irritable). Es posible tener algunos de estos problemas y al mismo tiempo tener un trastorno de pánico. Por ejemplo, bajos niveles de azúcar causan debilidad y temblores, lo cual puede desencadenar ataques de pánico, pero la corrección del azúcar en sangre a través de una dieta no necesariamente detiene los ataques. En otras palabras, estos tipos de problemas médicos pueden ser un factor que complica y que existe paralelamente a los ataques de pánico, pero resolver estos problemas no siempre resuelve el pánico.

Si en el último año usted no ha pasado por un examen médico completo sería conveniente que lo hiciera, para descartar posibles causas médicas que puedan explicar las causas de los síntomas, o detectar otros factores físicos que puedan contribuir al pánico y la ansiedad. De esta forma estos factores serán tenidos en cuenta dentro de este programa.

¿Cuán común es el desorden de pánico y la agorafobia?

Los ataques de pánico y la agorafobia son muy comunes. Las escalas más recientes, que miden su incidencia en la población adulta de los EEUU, concluye que entre el 5 y el 8 por ciento de las personas experimentan, en distintos niveles, por lo menos una vez en su vida un trastorno de pánico y/o agorafobia. Esto significa que entre 15 y 25 millones de personas en EEUU sufren de trastorno de pánico y agorafobia.

Una de cada 12 personas sufre de trastorno de pánico y agorafobia en algún momento de su vida.

Además, mucha gente tiene ataques de pánico ocasionales que no derivan en un trastorno de pánico. Por ejemplo, casi el 30 por ciento de la población tuvo un ataque de pánico a lo largo del último año, usualmente en respuesta a una situación estresante, como un examen médico o un accidente de auto. Es más, un número significativo de gente experimenta ocasionales ataques no ligados a una situación específica, es decir, sin un estímulo desencadenante (se estima entre el 3 y el 14 por ciento en el último año).

Los ataques de pánico y la agorafobia ocurren en todo tipo de personas, atraviesa distintos niveles sociales y educativos, profesiones, y personalidades. Están presentes en diferentes razas, culturas, incluso los episodios de pánico son descritos y comprendidos de diferente manera de acuerdo a las creencias culturales propias de cada lugar. La existencia del pánico en diferentes culturas condujo a que se tradujera este manual a diferentes idiomas, incluyendo chino, español, coreano y árabe.

Formas ineficaces de combatir los ataques de pánico

Ya mencionamos una forma frecuente de lidiar con los ataques de pánico: *evitar* situaciones en las que podría sobrevenir un ataque de pánico (es decir, agorafobia). A pesar de que la evitación disminuye la ansiedad en el corto plazo, en el largo plazo contribuye a generarla. Lo mismo sucede con otras formas de lidiar con los episodios de pánico, incluyendo la distracción, los amuletos u “objetos protectores”, y el alcohol.

Evitación

Además de concebir la evitación como una respuesta a situaciones de las que sería difícil escapar o recibir ayuda (es decir, agorafobia), esta también comprende otros comportamientos. Por ejemplo, considere los siguientes comportamientos:

- ❖ ¿Evita tomar café?
- ❖ ¿Evita tomar medicación de cualquier tipo, incluso si fue prescrita por su médico?
- ❖ ¿Evita hacer ejercicio o esfuerzos físicos?
- ❖ ¿Evita enojarse?
- ❖ ¿Evita tener relaciones sexuales?
- ❖ ¿Evita ver películas de terror, documentales sobre temas médicos, o películas tristes?
- ❖ ¿Evita estar al aire libre cuando hace mucho frío o calor?
- ❖ ¿Evita alejarse de lugares donde pueda recibir ayuda médica?
- ❖ ¿Evita apresurarse o que lo apresuren?

Usualmente estas actividades son evitadas porque provocan síntomas similares a los de un ataque de pánico. Pero como ya dijimos: evitar ayuda a calmar la ansiedad en el corto plazo, pero contribuye a generarla en el largo plazo.

Distracción

Mucha gente intenta "atravesar" situaciones difíciles procurando distraerse. No hay límites para los métodos utilizados para distraerse. Por ejemplo, si usted siente que está experimentando ansiedad o pánico, piense si hace lo siguiente:

- ❖ ¿Pone música en volumen alto?
- ❖ ¿Intenta leer algo?
- ❖ ¿Se pellizca?
- ❖ ¿Estira y suelta una banda elástica en su muñeca?
- ❖ ¿Se cubre la cara con una toalla fría y húmeda?
- ❖ ¿Le pide a alguien que en ese momento lo esté acompañando hablar acerca de algo, cualquier cosa?
- ❖ ¿Deja la TV encendida cuando se va a dormir?
- ❖ ¿Imagina que se encuentra en algún otro lugar?
- ❖ ¿Hace cálculos mentales?

Es probable que este tipo de distracciones lo hayan ayudado a atravesar ataques de pánico en el pasado, y puedan servirle en el futuro. Sin embargo, es posible que se conviertan en una muleta. Por ejemplo, si usted olvida su material de lectura o su banda elástica, es posible que quiera ir a su casa a buscarla. Es decir, a largo plazo estas estrategias no son muy útiles. La

distracción es como poner una cinta adhesiva alrededor de una pierna rota sin curar la fractura. Discutiremos este punto más adelante en el capítulo 5.

Objetos supersticiosos y señales de reaseguro

Personas y objetos supersticiosos se refiere a personas específicas u objetos que hacen que usted se sienta seguro (también llamados *señales de reaseguro*). Algunos ejemplos son: otras personas, comida, envases de medicación (llenos o vacíos), etc. Si estas personas u objetos no estuvieran presentes probablemente usted se sentiría más ansioso. La realidad es que estos objetos supersticiosos no lo protegen, porque no hay nada real de que protegerse. Algunos ejemplos son:

- Comida y bebida.
- Sales aromáticas.
- Bolsas de papel.
- Símbolos religiosos.
- Linternas.
- Dinero.
- Cámara de fotos.
- Bolsos o carteras.
- Material de lectura.
- Cigarrillos.
- Mascotas.
- Celulares.

Al igual que con las distracciones, estos objetos se transforman en una muleta que a largo plazo contribuye a generar más ansiedad.

Alcohol

Tal vez usted utiliza una estrategia más peligrosa para combatir la ansiedad: el alcohol. Sabemos que mucha gente, muchos hombres (más que mujeres) utilizan el alcohol como una estrategia para atravesar situaciones donde temen puedan sufrir un ataque de pánico. De hecho, entre un tercio y la mitad de la gente con problemas de consumo de alcohol, comienzan bebiendo como una forma de "auto medicar" la ansiedad o el pánico. Consumir alcohol para lidiar con la ansiedad es sumamente peligroso. Ya que en la medida en que el alcohol funciona por un

tiempo, usted corre el riesgo de terminar dependiendo de él, necesitando cada vez tomar más y más. A medida que bebe las propiedades del alcohol para reducir la ansiedad disminuyen. En lugar de eso, la ansiedad y la depresión tienden a aumentar. Si usted bebe para controlar su ansiedad haga sus mayores esfuerzos para dejarlo lo más pronto posible, pídale ayuda a su médico o a un profesional de la salud mental.

¿De qué manera este programa lo ayuda a combatir el pánico y la agorafobia?

En lugar de apoyarse en la evitación, en distracciones, objetos supersticiosos, alcohol y otros métodos que no son útiles, este programa está diseñado para enseñarle formas constructivas de afrontar el pánico y la agorafobia. Está centrado en distintas maneras de lidiar con el pánico, la ansiedad relacionada con el pánico, y la evitación del pánico. El tipo de tratamiento que describimos se denomina Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). La TCC se diferencia de las psicoterapias tradicionales por muchos e importantes motivos.

A diferencia de las terapias tradicionales, TCC enseña habilidades para manejar la ansiedad y el pánico. Específicamente usted va a aprender cómo enlentecer su respiración, cómo cambiar su forma de pensar y enfrentar cosas que lo tornan ansioso, de manera de que no lo vuelvan a perturbar. Por cada set de habilidades nosotros empezamos brindando información instructiva, y luego ejercicios para que usted practique. Luego, sobre la base de la práctica realizada, desarrollamos nuevas habilidades. Finalmente, las habilidades son usadas para combatir el pánico y la ansiedad.

A diferencia de las terapias tradicionales, usted recibirá ejercicios para realizar entre las entrevistas. De este modo TCC se parece más a asistir a clase y continuar aprendiendo a través del estudio entre clases. En muchos sentidos, la clave del éxito es el estudio del programa que hace usted mismo.

A diferencia de las terapias tradicionales, no enfatizaremos en recuerdos y experiencias infantiles (salvo que estén directamente relacionadas con sus ataques de pánico, como podría ocurrir en el caso de haber presenciado la muerte de una persona por un paro cardíaco en su niñez, que le haya dejado temor a morir de la misma forma). En lugar de eso, TCC se centra en la interrupción de los factores que contribuyen al trastorno de pánico y agorafobia. Usted comprobará que este es el método más efectivo.

Una buena introducción a TCC es conocer cuáles son las causas de los ataques de pánico.

¿Qué causa el pánico, la ansiedad y la agorafobia?

La cuestión de las causas del pánico, la ansiedad y la agorafobia es muy difícil, y por el momento no tenemos todas las respuestas. Discutiremos este tema con más detalle en el capítulo 2, pero es importante decir algunas cosas al respecto.

Factores biológicos

Primero, la investigación no sugiere que los ataques de pánico estén asociados a una enfermedad biológica. Por supuesto, están los ejemplos poco frecuentes mencionados arriba, donde una enfermedad médica provoca síntomas similares a los de un ataque de pánico, como el hipertiroidismo o un tumor en la glándula adrenal. De todas formas los ataques de pánico no parecen originarse en una causa o disfunción biológica.

Mucha gente pregunta si los ataques de pánico se deben a un desequilibrio químico. Los neurotransmisores son sustancias que están en el sistema nervioso central, incluido el cerebro, cuya función es transmitir impulsos nerviosos. Los neurotransmisores que podrían influir sobre el pánico y la ansiedad son la noradrenalina y la serotonina. Sin embargo, aunque estas sustancias pueden estar presentes en cantidades elevadas en los ataques de pánico, no hay evidencia de que un desequilibrio químico sea la causa principal que provoque el pánico y la ansiedad.

Recientemente, con el uso de procedimientos de "escaneo cerebral", como los procedimientos de topografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética, muestran ciertas áreas del cerebro particularmente activas en pacientes ansiosos. De todas maneras no está claro si estos hallazgos son el efecto de la ansiedad o su causa.

Por otro lado, ciertos factores biológicos que podrían transmitirse genéticamente posiblemente hagan que ciertas personas sean más propensas a tener ataques de pánico. Muchos creen que lo que se transmite es una hipersensibilidad de ciertas partes del sistema nervioso, vinculadas con la experimentación de ciertas

emociones negativas, como la ira, la tristeza, la culpa, y la vergüenza, y de la misma manera: la ansiedad y el pánico.

De todas formas, la transmisión de vulnerabilidades vinculadas a experimentar emociones negativas no asegura que usted vaya a experimentar un ataque de pánico o desarrollar un trastorno de pánico. En otras palabras, el pánico no se transmite de la misma manera, por ejemplo, que el color de los ojos. Si usted heredó la estructura genética de ojos azules, entonces usted va a tener ojos azules. Pero usted no hereda el trastorno de pánico de esta manera. La gente probablemente herede una tendencia (o vulnerabilidad) para desarrollar un trastorno de pánico. Es decir, algo que eleva la posibilidad de tener un ataque de pánico pero no lo asegura. Además, incluso teniendo la vulnerabilidad para desarrollar el pánico, es posible actuar de forma tal de prevenir su recurrencia (esto es exactamente lo que enseñamos en este programa).

Los factores biológicos (cualesquiera que sean) probablemente explican por qué el trastorno de pánico tiende a repetirse dentro de una misma familia. En otras palabras, si una persona tiene episodios de pánico, la probabilidad de que alguien dentro de la familia desarrolle pánico es superior a la que tiene la población general. Esto es: si entre el 5 y el 8 por ciento de la población en EEUU tiene pánico y/o agorafobia, entre 15 y el 20 por ciento de los familiares en primer grado (padres, hermanos, hijos) de alguien con pánico y/o agorafobia desarrolla el trastorno.

Factores psicológicos

Los factores psicológicos también son importantes. La gente que tiene ataques de pánico suele tener ciertas creencias que la predisponen a estar especialmente temerosa de síntomas físicos, como por ejemplo, palpitaciones, falta de aire, mareos y otros.

Las creencias son que los síntomas físicos son nocivos mentalmente, físicamente, o socialmente. Ejemplos de dichas creencias incluyen pensamientos sobre que tener palpitaciones es una señal de estar por sufrir un ataque cardíaco, que cuando usted está aturdido va a morir, que cuando el estómago le hace ruido eso significa que no va a poder controlar los intestinos, que las emociones fuertes derivarán en que usted perderá el control, que un sentimiento de irrealidad es señal de que está perdiendo el control de su mente y se está volviendo loco.

Las fuentes de estas creencias no son del todo conocidas, pero las experiencias personales con la salud y la enfermedad pueden contribuir mucho. Por ejemplo, padres sobreprotectores de la salud de sus hijos pueden contribuir a generar un estado de sobre preocupación en ellos, que deriva en creencias referidas a que

los síntomas físicos o ciertas señales del cuerpo son dañinas. O la repentina e inesperada pérdida de un familiar querido por problemas de salud, como un ataque cardíaco o accidente cerebro vascular, puede incrementar que alguien crea que sus propios síntomas físicos son dañinos. Otro ejemplo es cuando vemos a un familiar sufrir de una enfermedad crónica y grave.

De todas formas, las creencias no son la única causa de los ataques de pánico. De la misma manera que los factores biológicos descritos anteriormente, la creencias de que los síntomas físicos son dañinos incrementan la posibilidad de aparición de los ataques de pánico, y del trastorno de pánico, pero no lo asegura. Además, éste tipo de vulnerabilidad psicológica se puede superar aprendiendo a pensar y a actuar diferente.

Lo más probable es que la vulnerabilidad a tener pánico esté basada en una compleja interacción entre factores psicológicos y biológicos. Lo que sabemos es que el ataque de pánico es una oleada de miedo que por sí misma constituye una respuesta normal del cuerpo. Lo que la hace anormal es que ocurre en el momento equivocado; esto es, cuando no hay un motivo real para tener miedo. Como dijimos: la respuesta por sí misma es normal y natural, es decir, sería el mismo tipo de reacción que usted tendría si tuviera que enfrentar un miedo real (por ejemplo, si fuera asaltado a mano armada). Asimismo, dada la creencia de que los ataques son dañinos para su salud, también es normal ponerse ansioso por miedo a volver a tener un episodio de pánico, y por ese motivo, evitar lugares donde piensa que es probable que ocurran los ataques.

¿Y qué hay del estrés?

A la mayoría de la gente el primer ataque de pánico le sucede cuando está pasando por un gran estrés. Además de los eventos negativos generadores de estrés, como perder el trabajo, el estrés puede ser provocado por situaciones positivas también, por ejemplo, una mudanza, tener un bebé, o el casamiento. Esto probablemente explica porqué los episodios de pánico suelen comenzar después de los veinte, que es cuando asumimos nuevas responsabilidades, como dejar la casa paterna, y empezamos nuevos trabajos o carreras, y nuevas relaciones.

Durante los periodos de estrés todo el mundo se siente más tenso, e incluso las pequeñas cosas diarias se hacen difíciles de manejar. El estrés puede incrementar todos los niveles de tensión física y menoscabar la confianza en nuestra capacidad para lidiar con las adversidades de nuestra vida. Incluso, tener que lidiar con situaciones negativas generadoras de estrés puede provocar que

pensemos que el mundo es un lugar peligroso para vivir. Por todas estas razones, una situación que normalmente puede ser manejable se vuelve cada vez más estresante cuando ocurre junto con otras situaciones estresantes. Piense en una mujer que recientemente perdió su trabajo y cuyo matrimonio está quebrándose. En ese contexto de estrés, seguramente es mucho más difícil para ella lidiar con demoras en el tráfico que si no estuviera pasando por una situación estresante. En fin, como resultado el estrés incrementa las chances de sufrir ataques de pánico. Sin embargo, el estrés no es suficiente para provocarlo. Mucha gente no tiene episodios de pánico a pesar de estar atravesando por situaciones de estrés muy intensas. En lugar de ello tienen otra clase de reacciones, como dolores de cabeza, presión alta, o ulcera. Parecería que los eventos estresantes incrementan la posibilidad de tener ataques de pánico en personas que son vulnerables y propensas a sufrir de pánico. Estas vulnerabilidades incluyen los factores biológicos y psicológicos ya descriptos.

Además, el estrés raramente es la razón por la cual el pánico persiste. Por ejemplo, a pesar de que los ataques de pánico puedan comenzar en un periodo de problemas maritales, es muy probable que continúen incluso después de que dichos problemas se resuelvan. Esto es porque los ataques de pánico y la ansiedad tienden a desarrollar ciclos (o espirales) negativos que se perpetúan por sí mismos. Este ciclo de auto perpetuación se describe detalladamente en el capítulo 2.

¿Es este el programa adecuado para usted?

La siguiente lista va a ayudarlo a determinar si usted puede beneficiarse de este programa.

Considere si usted ha experimentado alguno de los siguientes síntomas.

- ❖ Episodios de extremo malestar o miedo (pánico).
- ❖ Por los menos uno de los ataques de pánico incluye síntomas físicos o miedos como:
 - 1- Sensación de falta de aire o ahogo.
 - 2- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
 - 3- Opresión o malestar en el pecho.
 - 4- Temblores o sacudidas.
 - 5- Sensación de atragantarse.

- 6- Sudoración.
- 7- Inestabilidad, mareos o desmayo.
- 8- Escalofríos o sofocones
- 9- Nauseas o dolores abdominales.
- 10-Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- 11- Sensación de adormecimiento u hormigueo.
- 12-Miedo a morir.
- 13-Miedo a la locura o a perder el control.

- ❖ Al menos uno de los ataques de pánico fue inesperado o surge “de la nada”.
- ❖ Preocupación constante referida a que estos ataques se repitan, a sus implicancias o sus consecuencias (Ej. Sufrir un infarto, “volverse loco”).
- ❖ Evitación de diferentes situaciones (como manejar, estar solo, evitar multitudes, o lugares desconocidos) o actividades (como hacer ejercicio) en las que espera que pueda sufrir un episodio de pánico.
- ❖ Los ataques de pánico no se deben a factores físicos u enfermedades.

Como ya mencionamos, los ataques de pánico pueden ocurrir como parte de otros trastornos de ansiedad, como la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático, y las fobias específicas. Asimismo, pueden presentarse también junto con trastornos del estado de ánimo, como la depresión. *Lo que distingue al trastorno de pánico es que los ataques de pánico son la fuente principal de ansiedad y preocupación.* Si usted sufre de ataques de pánico pero no se siente ansioso por temor a sufrir estos ataques, y en lugar de eso le preocupan otras cosas, entonces consulte con un especialista en salud mental para saber si existe un tratamiento más adecuado. Este programa es apropiado para usted si su principal preocupación son los ataques de pánico, y, por supuesto, si los ataques de pánico no se deben a causas físicas o enfermedades.

¿Está usted recibiendo otros tratamientos psicológicos?

Este programa es apropiado para usted incluso si en el pasado consultó con otros especialistas en salud mental por el mismo problema. Hemos probado este programa repetidas veces con gente que hizo distintos tipos de tratamiento. Sin embargo, si usted está realizando otro tipo de tratamiento psicoterapéutico deberíamos hacer algunas consideraciones al respecto. Recomendamos que este programa no se combine con otro tratamiento psicoterapéutico cuyo objetivo sea ayudarlo con el pánico y la ansiedad. El sentido de esto es que recibir distintos mensajes para el mismo problema podría generar confusión. Es mucho más efectivo si usted realiza solo una terapia para el trastorno de pánico a la vez. Por otro lado, si usted está haciendo terapia general, o focalizada en otro problema (como problemas maritales), entonces no hay razón para que usted no pueda participar simultáneamente en este tratamiento.

Si usted está realizando otro tipo de terapia que específicamente persigue el objetivo de ayudarlo con el pánico y la ansiedad, recomendamos que siga con ese tratamiento hasta que esté seguro de que es efectivo (en cuyo caso no necesitará otro tipo de tratamiento) o que es inefectivo (en cuyo caso podría intentar con este programa). Como verá rápidamente, nuestro programa probó ser sumamente útil para mucha gente, pero eso no significa que no tenga sentido probar con otras terapias. Si usted está realizando una psicoterapia para el pánico y la agorafobia, debería tomar una decisión al respecto. Para ayudarlo con esta decisión, el Instituto Nacional de Salud Mental, en 1991, publicó una declaración en la que recomienda que las decisiones acerca de si un tratamiento para el pánico es efectivo o no, se tomen después de seis semanas del comienzo, cuando las primeras señales de mejoría deberían aparecer. Además, recomiendan no prolongar por años los tratamientos para el trastorno por pánico cuando estos no demuestran ser efectivos.

¿Está usted tomando medicación?

Este programa es apropiado incluso si usted toma medicación para controlar su ansiedad y pánico, ya que asumimos que a pesar de la medicación, usted sigue ansioso por los ataques de pánico. La medicación no siempre es completamente efectiva. Para cierta gente, la medicación es medianamente efectiva o

absolutamente inefectiva. Para otros, la medicación al comienzo es efectiva, pero sufren recaídas cuando la dejan.

Afortunadamente los tratamientos farmacológicos pueden ser exitosamente combinados con este programa, nos explayamos sobre este punto en el capítulo 10. Además, este programa demostró ser efectivo para gente que quiere dejar la medicación, para quienes tenemos algunas sugerencias en el capítulo 10, que pueden ser combinadas con la supervisión médica necesaria para el retiro de la medicación. Definitivamente no es conveniente retirar la medicación por propia cuenta.

Breve descripción del programa

En este programa usted va a aprender cómo manejar sus ataques de pánico, la ansiedad referida a ellos, y la evitación del pánico y de situaciones agorafóbicas. El programa está dividido en 11 capítulos, y muchos capítulos se subdividen en diferentes secciones. En cada capítulo usted va a aprender habilidades específicas. Tendrá un resumen de dicho capítulo en la parte final. Las habilidades se construyen una sobre otra, es decir, en cada nuevo capítulo usted va a utilizar las habilidades aprendidas en el capítulo anterior. El libro es obviamente estructurado, pero hay margen para la adaptación a cada persona.

Al final de cada capítulo usted encontrará una sección de autoevaluación que le permitirá saber si comprendió la información de ese capítulo. Si no la comprendió vuelva sobre el material nuevamente. Esto es importante, porque cada nuevo paso está basado en el paso anterior. Si usted comprendió el material presentado en el capítulo o sección, entonces avance al siguiente. Además, al final de cada capítulo o sección encontrará ejercicios para realizar en su casa. Su importancia no podría ser suficientemente enfatizada, salvo diciendo que el éxito del programa depende en gran parte de que usted complete los ejercicios.

El ritmo del programa depende de usted, pero nosotros recomendamos el siguiente esquema. La primer etapa, llamada *lo esencial*, lleva una semana, en la que usted tendrá que leer los capítulos 2- 4, y la primer parte del capítulo 11. Estos capítulos proveen toda la información introductoria necesaria para que usted comience a aprender estrategias específicas, y aprenda a tomar registro escrito de su pánico y ansiedad. Luego de una semana completa de registro comienza la

etapa de *habilidades de afrontamiento* que está dedicada al desarrollo de su propia jerarquía de situaciones de agorafobia (capítulo 5) al aprendizaje de la respiración reguladora, y habilidades del pensamiento (capítulo 7). La etapa de *habilidades de afrontamiento* debería tomar aproximadamente tres semanas. Luego, las siguientes seis semanas deberían estar dedicadas a la *etapa de exposición*, que comprende la práctica repetida de exposición a situaciones agorafóbicas (capítulos 8 y 9) y a síntomas físicos que producen temor (capítulo 10). La cantidad de tiempo necesario en la etapa de *exposición* depende en gran medida del número de situaciones agorafóbicas y de síntomas que provocan que usted se sienta ansioso. La última etapa, *planificando el futuro*, contiene consideraciones sobre cómo interrumpir la medicación (capítulo 11, sección 2) y estrategias para mantener su progreso en el largo plazo (capítulo 12).

Resumen del tratamiento para dominar su ansiedad y pánico

Capítulo 1. Introducción

Lo esencial

Capítulo 2. Aprendiendo a registrar el pánico y la ansiedad.

Capítulo 3. Ciclos negativos del pánico y la agorafobia.

Capítulo 4. Los ataques de pánico no son dañinos.

Habilidades de afrontamiento

Capítulo 5. Estableciendo su jerarquía de situaciones de agorafobia.

Capítulo 6. Técnicas de respiración.

Capítulo 7. Habilidades del pensamiento.

Exposición

Capítulo 8. Enfrentando situaciones de agorafobia.

Capítulo 9. Involucrando a otros.

Capítulo 10. Enfrentando los síntomas físicos.

Planificando el futuro

Capítulo 11. Medicación.

Capítulo 12. Logros, mantenimiento y prevención de la recaída.

El siguiente esquema presenta la cronología recomendada para realizar este programa. Aunque, una vez más, usted tiene que reconocer su propio ritmo basado en sus síntomas de pánico, ansiedad y agorafobia. Por ejemplo, si usted evita unas pocas situaciones de agorafobia, va a ocupar muy poco tiempo en completar el capítulo 8.

Semana 1 Capítulo 2: Aprendiendo a registrar el pánico y la ansiedad.
Capítulo 3: Ciclos negativos de pánico y agorafobia.
Capítulo 4: Los ataques de pánico no son dañinos.
Capítulo 11, Sección 1: medicación.

Semana 2 Capítulo 5: Estableciendo su jerarquía de situaciones de agorafobia.
Capítulo 6, sección 1: Técnicas de respiración (respiración diafragmática).
Capítulo 7, sección 1 y 2: Habilidades del pensamiento (lo esencial, expectativas realistas).

Semana 3 Capítulo 6, Sección 2: Técnicas de respiración (respiración enlentecida)
Capítulo 7, Sección 3: Habilidades del pensamiento (poniendo las cosas en perspectiva)

Semana 4 Capítulo 6, Sección 3: Técnicas de respiración (respiración en situaciones reales).
Capítulo 7, Sección 4: Habilidades del pensamiento (repaso; recuerdos)
Capítulo 8, Sección 1: Enfrentando situaciones de agorafobia (planificación).

Semana 5 Capítulo 6, Sección 4: Técnicas de respiración (repaso)
Capítulo 8, Sección 2: Enfrentando situaciones de agorafobia (repaso y planificación)
Capítulo 10, Sección 1: Enfrentando síntomas físicos (evaluación y práctica).

Semana 6 Capítulo 8, Sección 2: Enfrentando situaciones de agorafobia (repaso y planificación).

Capítulo 10, Sección 2: Enfrentando los síntomas físicos
(repasso y práctica)

Semana 7 Capítulo 8, Sección 2: Enfrentando situaciones de agorafobia
(repasso y planificación)

Capítulo 10, Sección 3: Enfrentando síntomas físicos (repasso
y práctica, planificación de actividades).

Semana 9 Capítulo 8, Sección 2: Enfrentando situaciones de agorafobia
(repasso y planificación)

Capítulo 10, Sección 3: Enfrentando síntomas físicos (repasso,
planificación de actividades).

Semana 10 Capítulo 8, Sección 3: Enfrentando situaciones de
agorafobia (síntomas)

Capítulo 10, Sección 3: Enfrentando síntomas físicos
(repasso y práctica, planificación de actividades).

Semana 11 Capítulo 8, Sección: Enfrentando situaciones de agorafobia
(síntomas)

Capítulo 10, Sección 3: enfrentando síntomas físicos (repasso
y práctica, planificación de actividades)

Semana 12 Capítulo 11, Sección 2: Medicación (interrupción de la
medicación)

Capítulo 12: Cumplimiento, mantenimiento, y prevención de
la recaída.

Finalmente recomendamos que trabaje sobre este programa con su médico o profesional de la salud. Dado que esa persona puede proveerle información adicional, consejo y orientación a medida que aprende las diferentes habilidades y realiza los distintos ejercicios. Además, su médico o profesional de la salud puede ayudarlo a adaptar el programa a sus propias necesidades.

Por el periodo de tiempo que usted realice este programa, este debe convertirse en prioritario. De la misma forma que hasta ahora el miedo

fue su mayor foco, lograr el manejo de su ansiedad y pánico deberá ser ahora su principal foco.

¿Qué beneficios recibirá usted de este programa?

¿Qué debería esperar de este programa? Esta información es importante en su decisión de participar de nuestro programa. La investigación que condujimos durante los últimos veinte años muestra la efectividad de este programa. El porcentaje de gente que reporta que está libre de pánico una vez completado el tratamiento, oscila entre el 70 y el 90 por ciento. Este índice de éxito fue replicado por otros investigadores alrededor del mundo, quienes testearon tratamientos similares a este. Pero lo que resulta más estimulante es que estos resultados parecen persistir por largos periodos de tiempo- hasta 24 meses después del tratamiento, que es lo máximo que llegamos a examinar. Una de las razones de la persistencia es que este es esencialmente un programa centrado en el aprendizaje. Cuando algo es aprendido se vuelve una parte natural de las reacciones propias, y por lo tanto se lo lleva con usted una vez terminado el programa. Usted puede tener altibajos, pero al completar este programa va a manejar las recaídas más efectivamente, y volver al normal funcionamiento más fácilmente.

Basado en resultados obtenidos en 1991, el Instituto Nacional de Salud Mental, en una declaración oficial, señaló que los tratamientos de elección para el trastorno de pánico son este tipo de programa (TCC) y/o el tratamiento farmacológico. Obviamente, nunca existe garantía de que este tratamiento sea el mejor para usted, o que nunca volverá a tener pánico otra vez, pero basándose en los índices de éxito, parecería que vale la pena intentarlo.

Estos números se refieren al éxito de haber controlado los ataques de pánico. Pero recuerde que mucha gente con pánico desarrolla también agorafobia. Los tratamientos centrados en la agorafobia per se producen significativas mejorías, entre el 60 y el 80 de nuestros pacientes. De nuevo, este índice de mejoría se mantiene- y de hecho, usualmente se profundiza- hasta dos años después de completado el programa (que como dijimos, es el periodo de tiempo más prolongado que hayamos medido)

¿Cuál es el costo?

Sabiendo cuán efectivo es este programa, la pregunta que sigue es "¿cuál es el costo?". Principalmente el costo es tiempo y esfuerzo por las próximas 10- 12 semanas. El único (quizás el único) factor que predice la efectividad de este programa es la cantidad de práctica llevada a cabo. Cuanto más esfuerzo invierta, más obtendrá de este programa. No es la severidad del pánico o la evitación, cuánto tiempo hace que sufre de pánico, o cuántos años tiene usted. Lo que predice el éxito es su motivación para aprender a cambiar. ¿Tiene en este momento la motivación necesaria para dar lo mejor de usted mismo? Algo para tener presente es que probablemente usted esté invirtiendo tanta energía y esfuerzo para manejar su pánico y ansiedad como el que le implicaría llevar adelante este programa. Pero el gran plus de este programa es que el esfuerzo y la energía redundan en cambios positivos.

Si realmente no tiene motivación en este momento, entonces es mejor esperar, porque de lo contrario se estaría perjudicando a usted mismo haciendo las cosas a medias.

Finalmente, incluso si su miedo y ansiedad disminuyen rápidamente, le recomendamos que complete el tratamiento. Va a ser más efectivo en el largo plazo si usted realiza el programa entero, de la misma manera que es más efectivo completar la prescripción de un antibiótico, incluso si los síntomas de la enfermedad desaparecieron tempranamente.

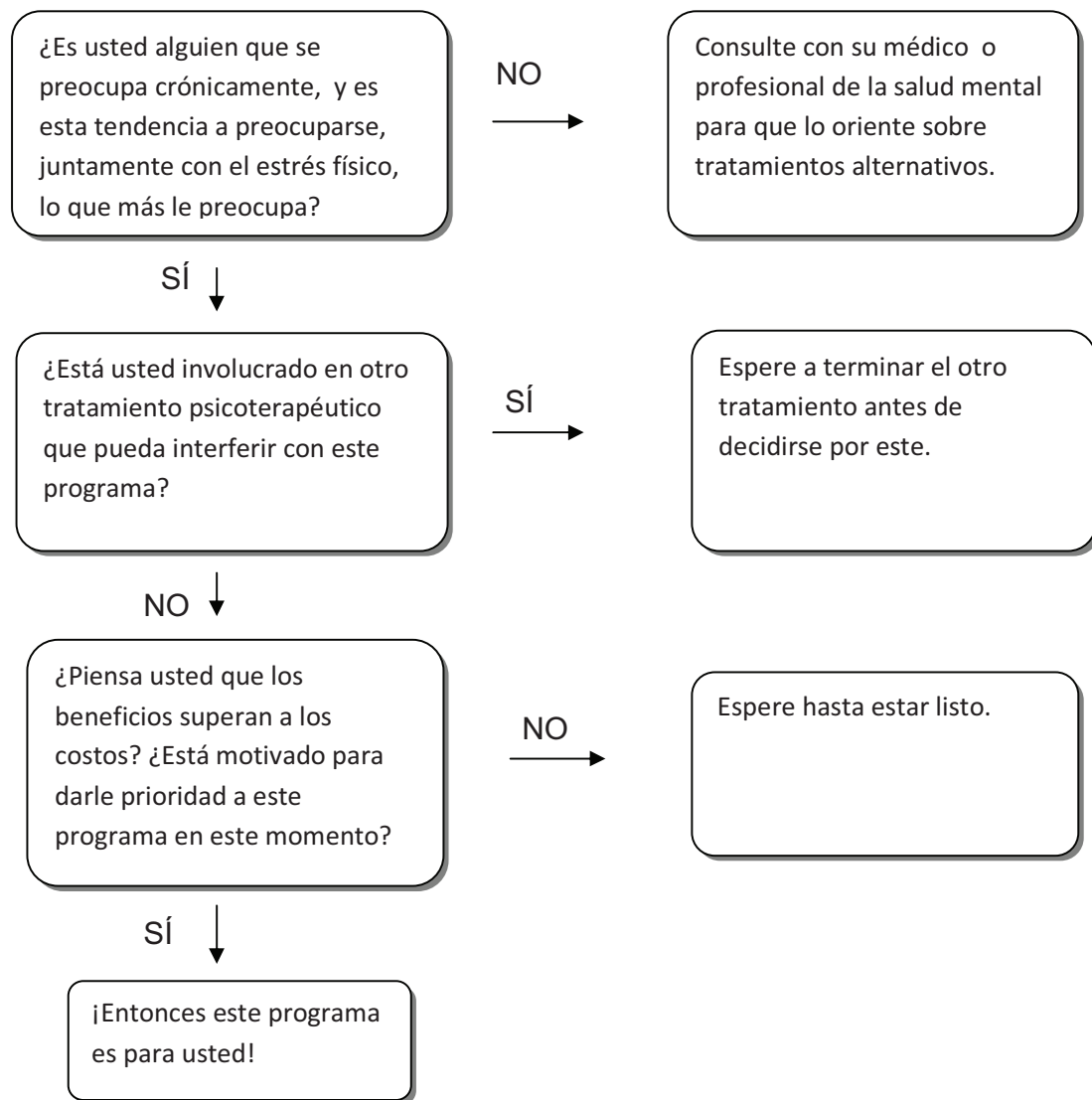


Figura 1.1
Árbol de decisión

Tarea



Lea los capítulos 2 al 4, y el capítulo 11, Sección 1.

Autoevaluación

Indique si las siguientes afirmaciones son verdaderas (V) o falsas (F). Las respuestas correctas se encuentran en el apéndice.

1. Es posible que alguien tenga el diagnóstico de ataque de pánico pero no de trastorno de pánico. V F
2. Además de sensaciones físicas displacenteras los ataques de pánico involucran pensamientos sobre volverse loco, perder el control, o morir. V F
3. Los ataques de pánico y la agorafobia son problemas raros que afectan a menos del 1 por ciento de la población. V F
4. Los hijos de padres que padecieron ataques de pánico no tienen más posibilidades de desarrollarlo que los hijos que padres que nunca tuvieron ataques. V F
5. Los amuletos, distracciones, alcohol, y métodos de evitación tienen algo en común: contribuyen con la ansiedad y el pánico en el largo plazo. V F
6. Si usted nació con ataques de pánico, entonces no hay nada que pueda hacer, dado que lo tiene en los genes. V F

Capítulo 2 *Aprenda a llevar registros de su pánico y ansiedad*

Objetivos

- ❖ Comprender la importancia de llevar registros
- ❖ Aprender modos de llevar registros de su pánico, ansiedad y otros estados de ánimo

Llevar registros

Este capítulo presenta la importancia de llevar registros del pánico y la ansiedad y el método para hacerlo. De aquí en adelante, mientras esté en este programa, se le pedirá que lleve registros constantes de su pánico y ansiedad, entre otras cosas. Para que este programa funcione, debe llevar registros.

¿Para qué tomarme el tiempo de llevar registros? ¡Ya sé que tengo ansiedad!

Hay muchas razones por las que es importante llevar registros de su ansiedad de manera regular y constante. En primer lugar, los ataques de pánico, especialmente aquellos que parecen ocurrir sin ninguna razón real, hacen que las personas sientan que están fuera de control y que son víctimas de su propia ansiedad. Aprender a ser un observador y no una víctima de su propia ansiedad es el primer paso para obtener control. A través de llevar registros, usted aprenderá a observar cuándo, dónde y en qué circunstancias tiene pánico y ansiedad.

Aprenderá si sus ataques de pánico ocurren cuando está solo o con otras personas, después de un día estresante de trabajo o los fines de semana, en la mitad o al final del día. Aprenderá también si sus ataques de pánico se producen

por sentir excitación al ver un evento deportivo por televisión, por sentir irritación al estar en un centro comercial abarrotado de gente, por sentir sofoco al darse una ducha con mucho vapor, por pensar en las cosas horribles que pueden pasar, o por relajarse y no tener nada más que hacer que sumergirse en sus miedos. Una vez más, comprender los factores que hacen que su pánico y ansiedad se intensifiquen lo hará sentirse más en control y menos víctima.

En segundo lugar, aprenderá a comprender el modo en el que experimenta pánico y ansiedad, en términos de lo que usted piensa, siente y hace. Esto es muy importante porque este programa está diseñado específicamente para cambiar los pensamientos de ansiedad, los sentimientos de ansiedad y los comportamientos ansiosos. Y todos ellos no se pueden cambiar sin saber exactamente cuáles son.

En tercer lugar, llevar registros constantes le proporcionará información mucho más precisa que la que obtiene por sólo preguntarse: “¿Cómo me he sentido últimamente?” Si se le pidiera que describa la semana pasada, quizá usted cree que fue “muy mala” cuando, en realidad, hubo varios momentos en los que se sintió relativamente tranquilo. Cuando sólo piensa en la ansiedad, es fácil olvidar los momentos en los que no estuvo ansioso. Como puede ver, si considera que la semana pasada fue “muy mala” y no tiene en cuenta los momentos relativamente “buenos” de la semana, posiblemente se sienta peor y más ansioso. De hecho, estos juicios negativos sobre cómo ha estado en general pueden contribuir a una ansiedad continua. Al llevar registros constantes, no sólo se sentirá más en control, sino que, además, se sentirá menos ansioso al tener que reconocer que su estado de ánimo fluctúa y que hay momentos en los que se siente menos ansioso que en otros.

Por último, llevar registros lo ayuda a evaluar su progreso. Por esta razón, le recomendamos que lleve registros continuamente a lo largo de todo el programa. Llevar registros continuos le permitirá valorar sus avances y lo ayudará a evitar que sus ataques de pánico ocasionales opaquen el progreso que ha hecho.

Repasemos todos los beneficios de llevar registros constantes, además de las razones por las que es crucial para este programa:

- ❖ Para ayudarlo a sentirse más en control, al poder identificar cuándo y dónde es más probable que tenga ataques de pánico,

- ❖ Para identificar los modos específicos en los que usted experimenta ansiedad, sus sensaciones físicas, sus pensamientos y sus comportamientos,

- ❖ Para juzgar su nivel de ansiedad y pánico con más precisión,

- ❖ Para evaluar el éxito de sus intentos de cambiar.

¿Qué significa llevar registros objetivos?

A veces, a algunas personas les preocupa que llevar registros de su pánico y ansiedad continuamente, les recuerde lo ansiosas que se sienten, lo cual, a su vez, las hará sentirse aún más ansiosas. En atención a esta preocupación, es importante distinguir dos modos de llevar registros: llevar registros subjetivos y llevar registros objetivos.

Llevar registros subjetivos significa registrar “qué tan mal se siente”, qué tan terribles son sus ataques de pánico, cuánto interfieren con su vida o cómo no puede controlarlos. Las siguientes afirmaciones son ejemplo de esto: “No me siento bien, hoy puede ser que tenga pánico. ¿Qué pasa si me mareo tanto que me tengo que ir a casa?” O, “Estoy muy ansioso. Quisiera que se me fueran estos sentimientos. ¿Qué pasa si empeoran?” Llevar registros subjetivos de este tipo tiende a aumentar la ansiedad. Posiblemente, usted ya lleve registros subjetivos y, además, quizá es algo que intenta evitar porque aumenta su ansiedad general.

Llevar registros objetivos, que es la técnica que aprenderá en este capítulo, significa llevar registros de las características de su pánico y ansiedad de un modo concreto y sin emitir juicios. Aprenderá a registrar cosas como la cantidad o la intensidad de síntomas, los disparadores de su pánico, sus pensamientos y sus respuestas comportamentales al pánico.

Al principio, pasar de llevar registros subjetivos a llevar registros objetivos puede resultar difícil y cuando empieza a usar los registros puede notar que tiene más ansiedad porque se está focalizando en sus sentimientos como antes, de manera subjetiva. Sin embargo, con la práctica, la mayoría de las personas puede cambiar al modo objetivo. Para ayudarlo a lograrlo, hemos desarrollado formularios muy específicos en los que debe registrar información objetiva muy específica. Estos formularios se describirán más adelante.

¿Qué debo registrar?

Los ataques de pánico

Llevará un registro de sus ataques de pánico utilizando el Registro de ataque de pánico que se muestra aquí. Puede fotocopiar el formulario de este libro o descargar copias en inglés del sitio *web* *Treatments That Work* (“Tratamientos que funcionan”) (<http://www.oup.com/us/ttw>). Utilícelo cada vez que experimente un ataque de pánico o la aparición súbita de miedo intenso. Recuerde, el pánico es diferente de la ansiedad. Los ataques de pánico son apariciones súbitas de miedo intenso y pueden suceder cuando usted está totalmente relajado o cuando ya está ansioso. Los ataques de pánico alcanzan su punto máximo rápidamente y luego disminuyen dentro de los 10 a 30 minutos, aunque puede seguir teniendo algunos de los síntomas y sentirse generalmente ansioso un rato largo después de ocurridos. Esto se denomina *ansiedad residual*. Incluso puede volver a tener un ataque de pánico en medio de la ansiedad residual (Vea la Figura 2.1.).

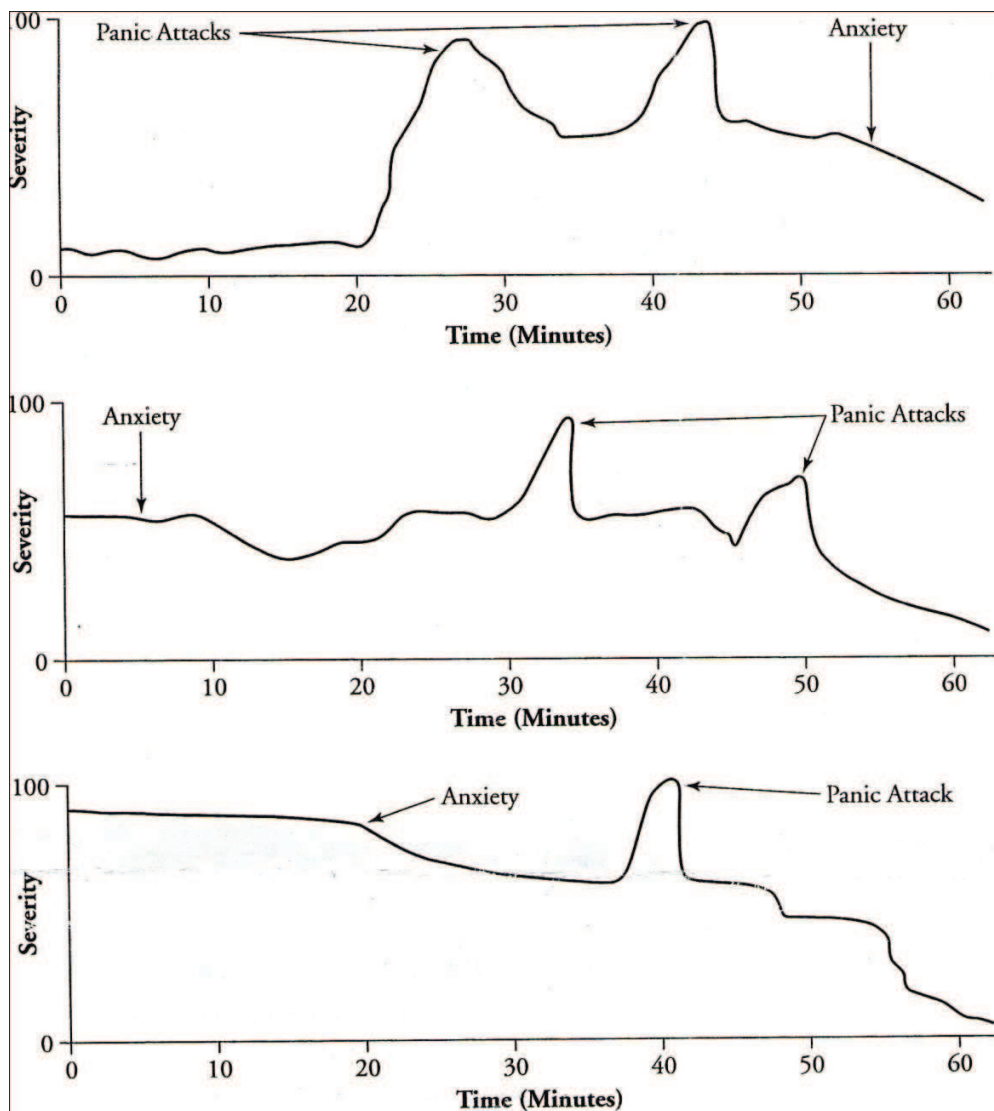


Figure 2.1.
Progression of Panic and Anxiety Over Time

Por el contrario, la ansiedad aumenta más paulatinamente. Por momentos, la ansiedad puede ser muy intensa y severa, como por ejemplo antes de someterse a una cirugía o mientras espera los resultados de un examen. La ansiedad puede describirse como una preocupación por algo del futuro, aun si el futuro es solamente dentro de una hora. El pánico, en cambio, es la aparición súbita de miedo con pensamientos de una catástrofe inmediata (por ej.: “Me estoy muriendo”).

No espere hasta el final del día para completar el Registro de ataque de pánico, ya que perderá valor llevar el registro de este modo. Complete el formulario tan pronto como pueda después de su ataque de pánico. Está claro que, algunas circunstancias, como manejar o tener que hablar en una reunión, dificultan la tarea de completar el Registro de ataque de pánico, pero hágalo tan pronto como pueda.

En el Registro de ataque de pánico, anote la fecha y hora en que comenzó el ataque de pánico y los disparadores que parecen haber provocado el ataque. Los disparadores pueden ser una situación estresante, un pensamiento de ansiedad o un síntoma físico de incomodidad. Aunque no sepa qué provocó su ataque de pánico, escriba lo que usted percibió inmediatamente antes de tener el ataque. Además, indique si el pánico fue inesperado o surgió “de la nada” y el nivel máximo de miedo que experimentó durante el ataque de pánico. Utilice una escala del 0 al 10, donde 0 es miedo nulo, 5 es miedo moderado y 10 es miedo extremo. Asimismo, lleve un registro de cada uno de los síntomas presentes aun si fueron leves, sus pensamientos sobre lo que podía suceder y sus comportamientos o lo que usted hizo en respuesta al pánico.

Más adelante se muestran ejemplos de Registros de ataques de pánico que completó Jill. Jill tiene 29 años, está casada y tiene un hijo. Empezó a tener ataques de pánico hace un año, cuando su hijo tenía algunos meses de vida. Desde entonces, ha tenido miedo de quedarse sola en su casa con su bebe y frecuentemente pasa el día en lo de su mamá, mientras su marido está en el trabajo. En el primer registro de Jill, se puede ver que tuvo un ataque de pánico el 16 de febrero a las 17:20 hs., cuando estaba sola en su casa, esperando que su marido volviera del trabajo. Registró que el pánico se produjo porque estaba sola en su casa y sintió que le faltaba el aliento. Era un pánico esperado. A Jill no le sorprendió tener un ataque de pánico porque para ella estar sola en su casa es una situación estresante. Su nivel máximo de miedo fue 8, que es intenso. Sus síntomas eran taquicardia, dificultad para respirar, sudoración, temblores, sensación de irrealidad y miedo a perder el control o volverse loca. Sus pensamientos eran que perdería el control o se volvería loca y su respuesta comportamental fue llamar a su mamá.

Registro de ataque de pánico

Fecha: _____

Hora en que comenzó: _____

Disparadores: _____

Esperado: _____

Inesperado: _____

Miedo máximo

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10

Nulo

Leve

Moderado

Intenso

Extremo

Marque todos los síntomas presentes, aun si fueron leves:

Dolor de pecho o incomodidad: _____

Sudoración: _____

Taquicardia/ palpitaciones/ latidos irregulares: _____

Náuseas/ malestar estomacal: _____

Falta de aliento: _____

Mareo/ inestabilidad/ falta de equilibrio/ desmayo: _____

Temblores: _____

Escalofríos/ sofocos: _____

Entumecimiento/ hormigueo: _____

Sensación de irrealidad: _____

Sensación de ahogo: _____

Miedo de morir: _____

Miedo de perder el control/ volverse loco: _____

Pensamientos: _____

Comportamientos: _____

Registro de ataque de pánico

Fecha: 16/02/09

Hora en que comenzó: 17:20

Disparadores: Estar sola en casa y falta de aliento.

Esperado: ✓

Inesperado: _____

Miedo máximo

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10
Nulo Leve Moderado Intenso Extremo

Marque todos los síntomas presentes, aun si fueron leves:

Dolor de pecho o incomodidad: _____

Sudoración: ✓

Taquicardia/ palpitaciones/ latidos irregulares: ✓

Náuseas/ malestar estomacal: _____

Falta de aliento: ✓

Mareo/ inestabilidad/ falta de equilibrio/ desmayo: _____

Temblores: _____ ✓

Escalofríos/ sofocos: _____

Entumecimiento/ hormigueo: _____

Sensación de irrealidad: _____ ✓

Sensación de ahogo: _____

Miedo de morir: _____

Miedo de perder el control/ volverse loco: _____ ✓

Pensamientos: Me estoy volviendo loca, perderé el control.

Comportamientos: Llamé a mi mamá.

Figura 2.2.

Registro de ataque de pánico (1) de Jill.

Registro de ataque de pánico

Fecha: 19/02/09

Hora en que comenzó: 3:00

Disparadores: Me desperté en la mitad de la noche con palpitaciones.

Esperado: _____

Inesperado: ✓

Miedo máximo

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10
Nulo Leve Moderado Intenso Extremo

Marque todos los síntomas presentes, aun si fueron leves:

Dolor de pecho o incomodidad: _____

Sudoración: ✓

Taquicardia/ palpitaciones/ latidos irregulares: ✓

Náuseas/ malestar estomacal: _____

Falta de aliento: ✓

Mareo/ inestabilidad/ falta de equilibrio/ desmayo: _____

Temblores: ✓

Escalofríos/ sofocos: _____

Entumecimiento/ hormigueo: _____

Sensación de irrealidad: _____

Sensación de ahogo: _____

Miedo de morir: _____ ✓

Miedo de perder el control/ volverse loco: _____

Pensamientos: Me voy a morir. _____

Comportamientos: Desperté a mi marido. _____

Figura 2.3.

Registro de ataque de pánico (2) de Jill.

Como se muestra en su segundo registro, Jill tuvo un ataque de pánico el 19 de febrero a las 3:00 de la mañana. Se despertó en la mitad de la noche con pánico. De hecho, sus palpitaciones parecen haberla despertado, por eso escribió que las palpitaciones fueron el disparador. El ataque fue inesperado. La tomó por sorpresa. Su nivel máximo de miedo fue 7. Sus síntomas eran palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración, temblores y miedo de morir. Sus pensamientos eran que se iba a morir y su respuesta comportamental fue despertar a su marido.

La ansiedad y otros estados de ánimo

Asimismo, puede llevar un registro de sus sentimientos en general a lo largo del día, completando el Registro diario de estado de ánimo al final de cada día. Puede fotocopiar el formulario de este libro o descargar copias en inglés del sitio *web* *Treatments That Worktm* (<http://www.oup.com/us/ttw>). Utilice una escala del 0 al 10 para dar un puntaje a sus niveles diarios de ansiedad, depresión (es decir, qué tan triste, deprimido o falta de energía está) y cuánto le preocupa tener un ataque de pánico (es decir, cuánto piensa en el pánico, cuánto lo preocupa la posibilidad de tener un ataque de pánico).

Para dar un puntaje a su nivel de ansiedad, depresión y preocupación sobre el pánico, 0 es nulo, 5 es moderado y 10 es extremo. Estas puntuaciones reflejarán cómo se sintió en general durante el día. En otras palabras, considerando todo el día y combinando todos sus altibajos, ¿cuál fue su cantidad promedio de ansiedad, depresión y preocupación sobre el pánico?

El Registro diario de estado de ánimo de Jill le muestra que en el transcurso de la semana, sus patrones de ansiedad, depresión y preocupación sobre el pánico cambiaron. El 16 y 17 de febrero, Jill estaba bastante preocupada de tener un ataque de pánico. Estos fueron los dos primeros días después de pasar el fin de semana con su marido. Vea también que estaba más ansiosa y deprimida esos días que otros días. En cambio, el 21 y 22 de febrero (el fin de semana), se sintió menos ansiosa, menos deprimida y menos preocupada de tener un ataque de pánico porque su marido estuvo con ella todo el tiempo.

A lo largo de varias semanas, las tendencias por lo general se vuelven más evidentes. Un ejemplo es el modo en el que fluctúan los estados de ánimo en relación con la frecuencia de los ataques de pánico. Será importante tener esta

información para que su tratamiento sea lo más efectivo posible. **Registro diario de estado de ánimo de Jill**

Dé un puntaje a cada columna al final del día, utilizando un número de la escala del 0 al 10 que figura abajo.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10
 Nulo Leve Moderado Intenso Extremo

Fecha	Ansiedad Promedio	Depresión promedio	Preocupación sobre el pánico promedio
Lunes 16	7	5	7
Martes 17	5	4	5
Miércoles 18	4	4	5
Jueves 19	4	3	4
Viernes 20	4	4	5
Sábado 21	2	1	1
Domingo 22	2	2	2

Figura 2.4.

Registro diario de estado de ánimo de Jill.

Resumen

Nunca está de más hacer hincapié en la importancia de llevar registros. Debe hacerlo a diario para obtener todo el beneficio de este programa. Aunque al principio quizá deba obligarse a llevar registros, se volverá más fácil e incluso gratificante con el tiempo. Lo ayudará a darse retroalimentación y también será beneficioso para su terapeuta que usted le proporcione este tipo de información. Estos registros serán de gran valor durante el resto del programa, por lo cual, definitivamente, vale la pena el esfuerzo.

Registro de progreso

Por cada semana marque el NRO de ataques de pánico que tuvo y el nivel de ansiedad promedio de esa semana.

12																		
11																		
10																		
9																		
8																		
7																		
6																		
5																		
4																		
3																		
2																		
1																		
0																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			

Semana

- Ansiedad promedio por semana.
- Número de ataques de pánico por semana.

Tarea



Lleve un registro de sus ataques de pánico y niveles diarios de estado de ánimo por toda una semana, utilizando el Registro de ataque de pánico y el Registro diario de estado de ánimo.



Lea los capítulos 3 y 4 y el capítulo 11, sección 1, en el transcurso de la semana a medida que lleva sus registros.

Autoevaluación

Indique si las siguientes afirmaciones son verdaderas (V) o falsas (F). Las respuestas correctas se encuentran en el apéndice.

1. Llevar registros constantes es importante porque proporciona una descripción más precisa del miedo y la ansiedad que las generalizaciones vagas o los intentos de recordar lo que sucedió. V F
2. Llevar registros objetivos y realistas de la ansiedad y el pánico provocará más ansiedad y ataques de pánico. V F
3. Es más útil registrar los ataques de pánico al final del día. V F
4. Llevar registros ayuda a identificar las condiciones y los disparadores que provocan pánico. V F
5. Los registros de la ansiedad y otros estados de ánimo deben completarse al final del día. V F

Objetivos

- ❖ Aprender acerca de la función de la ansiedad y el pánico
- ❖ Conocer sus componentes
- ❖ Descubrir los pensamientos, conductas y síntomas físicos que les son propios
- ❖ Entender los circuitos negativos que contribuyen a los ataques de pánico y la agorafobia

La función de la ansiedad y el pánico

La ansiedad y el pánico son estados emocionales naturales experimentados por todos, son parte de la experiencia humana. La ansiedad es una reacción que tenemos cuando pensamos que algo malo o dañino puede ocurrir. Pudiendo ser amenazas de daño físico como la posibilidad de enfermedad, accidente o muerte; daño social como la posibilidad de incomodidad, rechazo o hacer el ridículo; o daño mental como la posibilidad de volverse loco, perder el control o las facultades mentales. Los daños posibles pueden ser importantes como la pérdida de la vida o pequeños como la posibilidad de llegar tarde a una cita. La ansiedad es una manera de prepararnos para el desafío que esas amenazas nos proponen. Nos ayuda a activarnos y protegernos de las mismas.

La ansiedad no es mala en sí misma, puede incluso ser productiva y constituirse en una fuerza impulsora. Años de investigaciones demostraron que tener algún nivel de ansiedad mejora el desempeño, en el estudio, el trabajo o en otros ámbitos, siempre y cuando se presente hasta cierto nivel. Imagine una carencia total de ansiedad en una entrevista de trabajo, estaría menos motivado de dar lo mejor para encarar el desafío de conseguir el trabajo. La ansiedad puede variar en severidad, entre una suave intranquilidad a un extremo estrés negativo. (Ver figura 3.1) Un estado de ansiedad extrema en una entrevista de trabajo que le produciría una pobre concentración y balbuceo. En resumidas cuentas, cierto nivel de ansiedad es favorable para el aprendizaje y el desempeño, mientras demasiada ansiedad puede interferir con ambos. Es lo que se muestra en la siguiente figura.

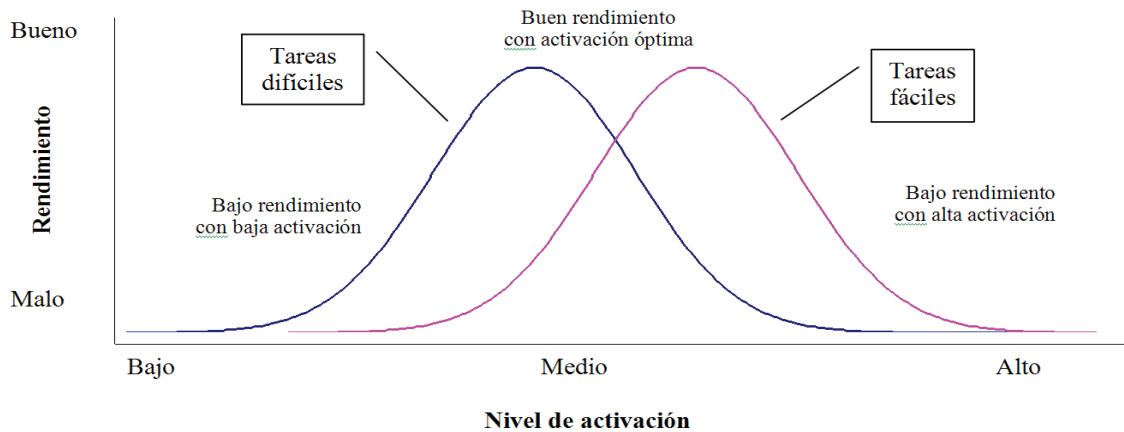


Figura 3.1 Diagrama de la Ley de Yerkes- Dodson.

La ansiedad puede variar en frecuencia, desde episodios ocasionales hasta una inquietud aparentemente constante. Cuando es muy frecuente puede interferir con la vida diaria.

Los objetivos de este programa son disminuir la probabilidad de tornarse ansioso innecesariamente y disminuir la intensidad de la ansiedad, de tal manera que usted pueda manejarse adecuadamente. El objetivo no consiste en quitar completamente la ansiedad.

¿Y qué ocurre con el pánico? En el trastorno de pánico la ansiedad se experimenta por las amenazas de pánico. Tal como se describe con más detalle en el próximo capítulo, al pánico se lo considera tan dañino por las creencias de que puede causar muerte, pérdida de control o locura. Como usted verá estas creencias son incorrectas. La ansiedad acerca de posibles daños del pánico es innecesaria porque los ataques de pánico no son dañinos.

Los componentes de la ansiedad y el pánico

Existen tres componentes principales de ansiedad y pánico: los síntomas físicos, los pensamientos y las conductas. El componente físico incluye taquicardia, dificultad para respirar, nervios en el estómago, diarrea, sudoración, temblores, dolores de cabeza o de estómago, tener “un nudo en la garganta”, frecuente micción, fatiga, cansancio, perturbaciones visuales, sensación de presión en la cabeza y muchos más. Los síntomas físicos pueden ser acotados en el tiempo (como en un ataque de pánico) o durar horas o días como en ansiedad general. También los síntomas físicos agudos pueden quedar suspendidos entre episodios de pánico. En una ocasión puede notar síntomas intensos de respiración entrecortada, mientras en otra ocasión puede notar un corazón acelerado y palpitaciones.

Los pensamientos son creencias o cosas que nos decimos a nosotros mismos, pueden incluir entre otros: imágenes de condena inminente o acerca de que algo terrible va a pasar. Nos referimos a estos como *pensamientos negativos*.

La mayor parte de las veces los pensamientos durante los ataques de pánico se refieren a catástrofes físicas *inmediatas* (como desmayarse, morirse, ataque cardíaco o tumor cerebral), catástrofes sociales (ridículo o ser blanco de burlas) o mentales (volverse loco o perder el control). Los pensamientos durante la ansiedad se refieren a cosas malas que podrían pasar *en el futuro* como perder el trabajo o tener el peor ataque de pánico que haya tenido.

Las conductas son cosas que hacemos como ir de un lado hacia otro, estar inquietos, o escaparse de “lugares prohibidos” donde se espera que aparezcan ansiedad y/o pánico. Un ejemplo de escape es irse de un supermercado tan pronto empezamos a experimentar ansiedad o pánico. Un ejemplo de evitar es no entrar al supermercado por preocupaciones acerca de tener un ataque de pánico adentro del mismo. Otras conductas consisten en buscar salidas de situaciones apoyándose en objetos que lo hagan sentir mejor (son los objetos supersticiosos descritos en el capítulo 1) o buscando ayuda (como centros médicos).

Estos tres componentes con frecuencia difieren cuando usted se encuentra ansioso con respecto a cuando está en pánico. Los pensamientos durante la ansiedad generalmente se asocian al futuro (por ejemplo: “mi jefe puede dar una evaluación negativa de mí a fin de año” o “sería horrible que tuviera una crisis de pánico en la fiesta de mañana”), mientras que los pensamientos durante los ataques de pánico se refieren a la situación inmediata (por ejemplo: “voy a desmayarme ahora mismo” o “debo estar loco”). Al mismo tiempo, las conductas ansiosas incluyen evitar situaciones o tomar recaudos excesivos (como buscar en un mapa direcciones precisas como mucha anticipación); mientras que las conductas del pánico tienen más que ver con escaparse o encontrar ayuda. Finalmente los síntomas físicos durante la ansiedad generalmente son de larga duración e incluyen, tensión muscular, desasosiego y fatiga; mientras que los síntomas de los ataques de pánico son más abruptos y tienden a disminuir más rápido que los síntomas físicos de ansiedad, e incluyen palpitaciones, respiración corta y otros síntomas enlistados en la tabla del capítulo 1.

Sus propios síntomas físicos, conductas y pensamientos

Piense en sus propios pensamientos, síntomas y conductas cuando se encuentra en el medio de un ataque de pánico y cuando presenta ansiedad general (como cuando está preocupándose acerca de tener un ataque de pánico en el futuro).

¿Recuerda a Jill? Durante sus ataques de pánico sus síntomas más comunes eran el corazón acelerado, respiración entrecortada y sentimientos de irrealidad y entumecimiento; sus pensamientos más frecuentes eran que iba a perder el control o volverse loca y sus conductas más frecuentes eran irse de donde estuviera y encontrarse con su esposo o su madre. En contraste, cuando ella se preocupaba acerca de los ataques de pánico en el futuro sus pensamientos variaban de acuerdo con lo que la preocupara: malestar estomacal, tensión muscular y fatiga, y sus conductas más comunes consistían en morderse las uñas y buscar el reaseguro de su marido: que todo iba a estar bien.

En los formularios de Partes de Pánico y Partes de Ansiedad provistos en las próximas páginas anote sus pensamientos típicos, sensaciones físicas y lo que hace cuando está ansioso o con pánico. Puede sacar fotocopias de este libro.

El ciclo o circuito del pánico

Los síntomas físicos, pensamientos y conductas contribuyen en la formación de un *ciclo* o *circuito negativo*. Cada uno tiende a intensificar a los otros. Por ejemplo, los pensamientos negativos pueden incrementar directamente los síntomas físicos. Si nos decimos a nosotros mismos que algo peligroso está por ocurrir (por ejemplo “estoy por tener un ataque cardíaco”), la tensión física se incrementa porque nuestro cuerpo bombea más adrenalina y se acelera cuando enfrentamos un peligro. Por otra parte, un síntoma físico como el corazón acelerado puede conducir a más pensamientos negativos. Esto es especialmente probable si usted cree que los síntomas de tensión son peligrosos (por ejemplo: “el hecho de que mi corazón no haya bajado su velocidad seguramente significa que algo está terriblemente mal”). Las conductas de inquietud, incrementar el paso y escaparse de una situación pueden incrementar los niveles de tensión física por el esfuerzo físico que implican.

Parte de Pánico

Síntomas físicos

1. _____.
2. _____.
3. _____.

Pensamientos

1. _____.
- _____.
- _____.
2. _____.
- _____.
- _____.
3. _____.
- _____.
- _____.

Conductas

1. _____.
- _____.
- _____.
2. _____.
- _____.
- _____.
3. _____.
- _____.
- _____.

Parte de Ansiedad

Síntomas físicos

1. _____.
2. _____.
3. _____.

Pensamientos

1. _____.
- _____.
- _____.
2. _____.
- _____.
- _____.
3. _____.
- _____.
- _____.

Conductas

1. _____.
- _____.
- _____.
2. _____.
- _____.
- _____.
3. _____.
- _____.

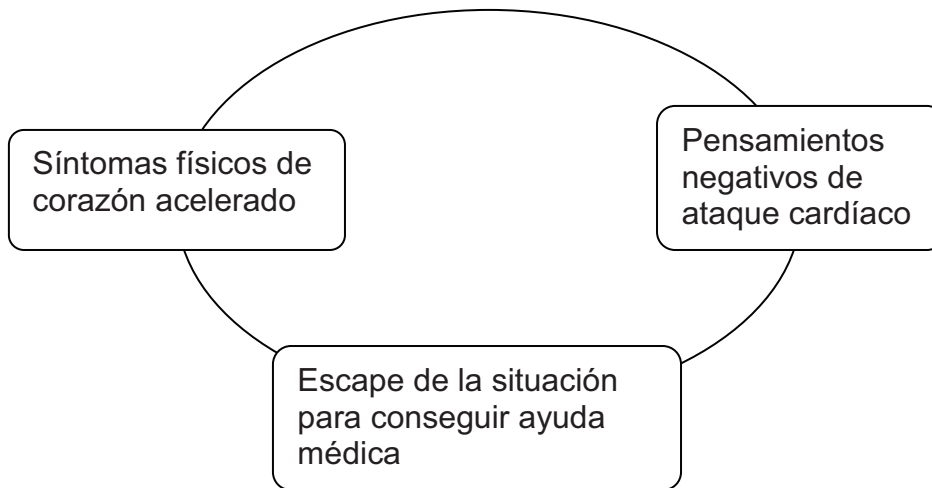


Figura 3.2 El ciclo del pánico

Más específicamente, el pensamiento de que un ritmo cardíaco acelerado es un signo de enfermedad del corazón atemoriza y produce que el corazón se acelere más. Por otra parte, un continuo ritmo cardíaco acelerado puede conducir a pensamientos más intensos de que algo está terriblemente mal en el corazón. Incluso puede conducir a la búsqueda de ayuda médica. Esos pensamientos y conductas negativas pueden producir mayor aceleración del corazón. En otras palabras, los pensamientos negativos producen temor, el temor conduce a más síntomas físicos y conductas de escape, lo que produce más pensamientos negativos, etc.. El resultado final es un temor intenso o pánico, tal como se muestra en la figura 3.2 denominada “El ciclo del pánico”. Otro ejemplo consiste en considerar que la respiración corta significa que uno está por sofocarse. Ese pensamiento puede causar mayor tensión física y más síntomas de respiración corta, como así también intentos de respirar más profundamente que contribuyen a que la respiración se siga cortando más (por motivos que describiremos más adelante) y así sucesivamente.

En contraste, pensar que el aumento del ritmo cardíaco no es dañino y no es razón para preocuparse, puede interrumpir este ciclo negativo, teniendo como resultado que el pánico no ocurra. Esto se muestra en la figura 3.3. Similarmente, darse cuenta de que la respiración cortada no es un signo de sofocación puede reducir las chances de un ataque de pánico.

Piense acerca de un ataque de pánico que haya tenido recientemente y los síntomas físicos, pensamientos negativos y conductas que tuvieron lugar durante el mismo y la manera en que cada uno contribuyó al incremento de los otros. ¿Qué fue lo primero que ocurrió? ¿Fue un síntoma físico o un pensamiento? ¿Qué ocurrió luego? ¿Se incrementaron sus síntomas físicos? En ese caso, ¿Qué le condujeron a pensar? ¿Qué hizo? ¿Qué influencia tuvieron sus acciones en sus síntomas físicos? Un ejemplo de este tipo de análisis paso a paso se brinda en la próxima sección.

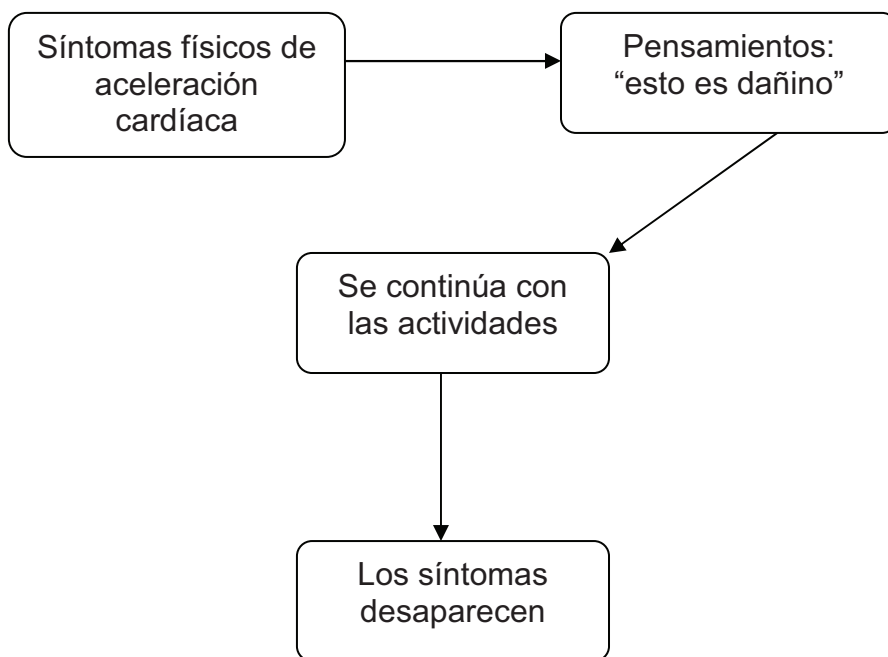


Figura 3.3 Interrupción del ciclo del pánico.

Estudio de casos: Análisis paso a paso

“Lo primero que sentí cuando me paraba era que mi corazón se sentía raro, como si estuviera girando (síntoma físico). Mi reacción fue sostenerme en la silla (conducta). Pensé: algo anda mal (pensamiento negativo). A esta altura me sentía muy nerviosa. Como el vértigo empeoraba cada vez más (síntoma físico), me preocupé mucho porque era muy diferente a otras experiencias que había tenido. Estaba convencida de que estaba a punto de colapsar y nadie me encontraría (pensamiento negativo). En ese momento llamé a mi marido (conducta) y esperé a que llegara (conducta).”

Otro ejemplo:

“Estaba sentado frente al televisor viendo ER emergencias. Estaban mostrando una escena de alguien muriendo de un ataque cardíaco. Sentí un suave dolor en el pecho (síntoma físico) e inmediatamente empecé a pensar si algo malo me estaba ocurriendo, podría estar teniendo un ataque cardíaco (pensamiento negativo). Mi corazón comenzó a golpear y se aceleró (síntoma físico). Me tomé el pulso y comencé a caminar de un lado para el otro, para distraerme (conductas). Pero mi corazón seguí acelerándose y sentí que no podía tomar una respiración profunda (sensaciones físicas). Estaba seguro de que iba a colapsar en cualquier momento (pensamiento negativo). Pensé en llamar al 911, pero decidí sentarme al teléfono por un momento (conducta) y ahí los síntomas pasaron.”

Use el formulario de análisis paso a paso de ataque de pánico (véase más adelante).

Entendiendo estos ciclos (de pensamientos negativos, síntomas físicos y conductas que conducen a más pensamientos negativos, más síntomas físicos, etc.) puede tomar conciencia de las causas de los ataques de pánico. Estos registros pueden ayudarlo a entender de qué manera de interrumpir esos ciclos es cambiando la forma de pensar y responder a los síntomas físicos.

El ciclo de Agorafobia

Si se encuentra ansioso ante síntomas físicos es probable que esté especialmente atento a esos síntomas al entrar a una situación de la que sería difícil escapar o en la que no contara con ayuda disponible. Por ejemplo, podría estar especialmente atento a vértigos al manejar por un camino desconocido. Si comienza a temer que surjan síntomas en esa situación, es entendible que pueda sentirse panicoso o buscar alguna salida. Escapando de la situación podría sentir más ansiedad la próxima vez que intente entrar en esa situación por lo que se sentiría menos motivado para encarar esa situación en el futuro. En ese caso, el temor fue reforzado, dado que no aprendió que es seguro continuar en esa situación, a pesar de los síntomas físicos. Esta secuencia de eventos se muestra en la figura 3.4

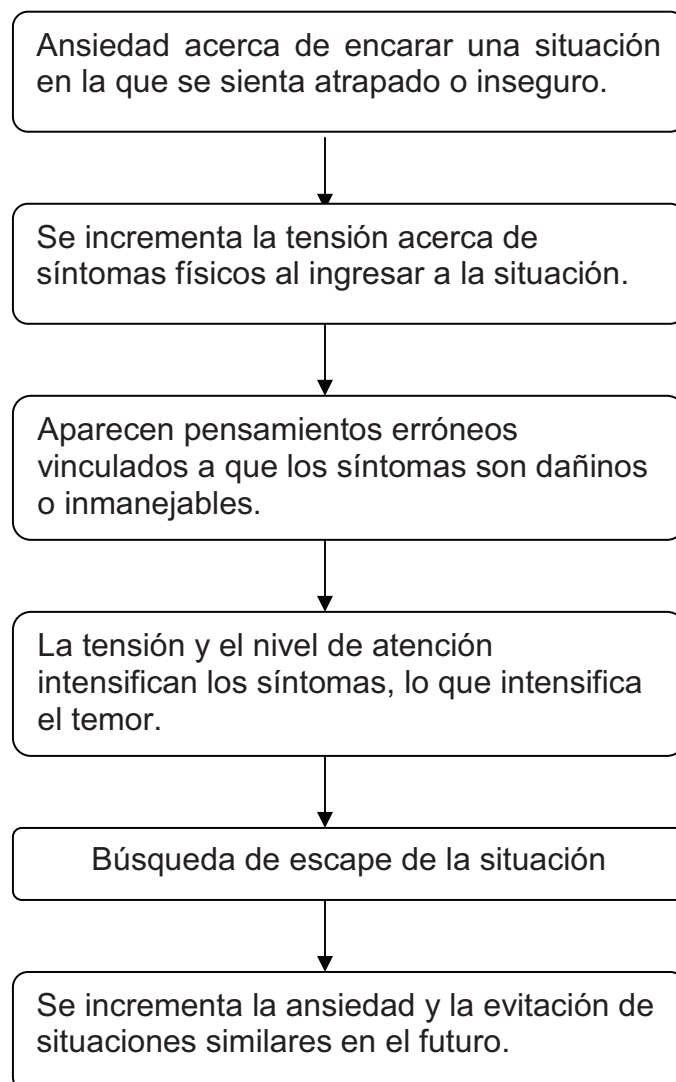


Figura 3.4: El ciclo de la Agorafobia.

Interrumpiendo los ciclos de Pánico y Agorafobia

Este programa le enseña formas de interrumpir los ciclos de pánico y agorafobia. Las mismas consisten en estrategias para ayudarlo a pensar y a actuar diferente con respecto a los síntomas físicos. Le enseña cómo no volver a entrar en pánico por los síntomas físicos o las situaciones en las que esperaba su ocurrencia.

Se le enseñarán habilidades de afrontamiento. La primera estrategia consiste en habilidades de respiración. Las habilidades de respiración están diseñadas para regular la respiración e interrumpir los ciclos de pánico y agorafobia, proveyéndole una herramienta útil para continuar en cualquier actividad que esté encarando, en lugar de evitarla. La segunda habilidad de afrontamiento se dirige a los pensamientos negativos. Una vez que usted puede descubrir exactamente qué pensamientos negativos tiene podrá aprender a tratarlos como suposiciones más que como hechos. Desarrollará formas alternativas de pensar más basadas en la evidencia que en la conjetura.

Usará estas habilidades de afrontamiento como ayuda para manejarse en las situaciones que estuvo evitando debido a la anticipación de ataques de pánico (por ejemplo agorafobia). Aprenderá a estar menos preocupado por esas situaciones y a darse cuenta de su inocuidad. Además utilizará estas habilidades de afrontamiento para manejar síntomas físicos que lo pongan ansioso como la respiración entrecortada, vértigo, o las palpitaciones. Aprenderá a estar menos preocupado por esos síntomas y a darse cuenta de que no son dañinos. Aprenderá cómo manejarse directamente con los síntomas físicos cuando ocurran en situaciones de agorafobia. Todo lo que aprenda en este tratamiento deberá ser aplicado una y otra vez hasta que se vuelva parte de su método natural de respuesta.

Análisis paso a paso del Ataque de Pánico

¿Dónde estaba y qué estaba haciendo cuando comenzó el ataque de pánico?

¿Qué comenzó primero: el síntoma físico, el pensamiento negativo o la conducta?

¿Qué ocurrió luego? ¿Cómo reaccionó al primer pensamiento negativo o síntoma físico?, ¿notó más pensamientos negativos o síntomas físicos? ¿O hizo algo como buscar ayuda, acostarse, escaparse?

¿Qué ocurrió luego?

¿Cómo terminó?

Tarea



Continúe registrando su ansiedad y pánico por una semana usando el registro de ataque de pánico y el registro diario de estado de ánimo.



Lea los capítulos 4 y 11, sección 1, en el transcurso de esta semana de registro.

Autoevaluación

Responda cada ítem haciendo un círculo en la opción elegida: V (verdadero), F (falso). Se dan las respuestas en el apéndice.

1. Ansiedad y pánico están constituidos por tres componentes principales: síntomas físicos, pensamientos negativos y conductas. V F
2. Uno nunca debe sentirse ansioso V F
3. Lo que usted piensa no tiene ningún efecto en sus sensaciones físicas. V F
4. Los ataques de pánico simplemente lo atacan, no hay motivos para que surjan. V F
5. La ansiedad es generalmente anticipación de daños futuros, mientras el pánico es un surgimiento súbito de temor en respuesta a daños inmediatos V F
6. El programa de tratamiento presentado en este libro incluye pensamiento positivo y meditación V F
7. La evitación de situaciones de agorafobia no tiene efectos a largo plazo V F

Objetivos

- ❖ Aprender acerca de las causas de los síntomas físicos del pánico.
- ❖ Aprender que dichos síntomas no son dañinos.
- ❖ Entender por qué los ataques de pánico parecen venir de la nada.

Síntomas físicos del pánico y supervivencia del más apto

Como los pensamientos negativos contribuyen al pánico y debido a que los pensamientos negativos con frecuencia están relacionados con creer que los síntomas físicos son dañinos es importante tener un entendimiento preciso de los síntomas físicos del pánico. Esta información va a ayudarle a darse cuenta de que los síntomas físicos del pánico no son dañinos.

Científicamente hablando, los temores inmediatos (p. e. el ataque de pánico) se denominan respuestas de ataque-huída. Los efectos de estas respuestas apuntan hacia enfrentar o escaparse del peligro. El principal propósito del pánico es protegernos del peligro. Cuando nuestros ancestros vivían en cavernas, era vital para ellos enfrentarse al peligro, y una respuesta automática permitía que entraran inmediatamente en acción (ataque o huída). En el mundo agitado de hoy sigue siendo un mecanismo necesario. Imagine si usted estuviera cruzando una calle cuando repentinamente un auto acelera hacia usted y le toca bocina. Si no experimentara temor podría morir atropellado. Lo que realmente ocurre es que su respuesta de ataque-huída asume el control y usted se corre del camino. El propósito del pánico es protegernos y no dañarnos. Es un mecanismo de supervivencia e incluye los siguientes cambios físicos en nuestro cuerpo.

Efectos nerviosos y químicos

Cuando se detecta peligro el cerebro envía mensajes al *sistema nervioso autónomo*. El mismo presenta dos ramas denominadas *sistema nervioso simpático* y *sistema nervioso parasimpático*. Estas dos ramas del sistema nervioso se encargan de controlar el nivel de energía de nuestro cuerpo y prepararnos para la acción. El simpático es el sistema de ataque-huída, que libera energía y prepara el cuerpo para la acción (lucha o escape). El parasimpático restaura el sistema, regresa al cuerpo al estado normal. La activación del sistema simpático se considera la causa de la mayor parte de los síntomas de un ataque de pánico.

El sistema simpático funciona como un sistema todo o nada. Cuando se activa, todas sus partes responden, esto explica que la mayor parte de los ataques de

pánico incluyan diversos síntomas físicos y no sólo uno o dos. Además este sistema responde rápidamente, tan pronto como se aproxima un peligro (por ejemplo pensar en que otro auto que se aproxima peligrosamente en la autopista pueda chocarlo). Este es el motivo por el cual los síntomas físicos de los ataques de pánico pueden ocurrir casi instantáneamente, en segundos.

El sistema simpático libera dos químicos: adrenalina y noradrenalina, de las glándulas adrenales de los riñones. Dichos químicos actúan como mensajeros del sistema nervioso simpático para continuar la actividad. Entonces, una vez que comienza la actividad, frecuentemente continúa y se incrementa durante un tiempo. A pesar de esto, el sistema simpático se frena de dos maneras. Una de ellas consiste en que los mensajeros químicos (adrenalina y noradrenalina) son destruidos por otros químicos del cuerpo. La otra es a través de la activación del sistema parasimpático (que generalmente tiene efectos opuestos al simpático) volviendo a un estado de relajación. Frecuentemente, una vez que el cuerpo tuvo suficiente reacción ataque-huída el sistema parasimpático reestablece la sensación de relajación. En otros términos, el pánico no puede continuar por siempre ni en una espiral de constante incremento, ni llegar a niveles dañinos.

La adrenalina y noradrenalina toman un tiempo en ser completamente degradadas. Aún después de que el sistema simpático dejó de responder usted se encontrará al límite por algún tiempo debido a que los químicos aún se encuentran circulando en su sistema. Esto es perfectamente natural e inocuo. De hecho, tiene un propósito, dado que en la naturaleza el peligro con frecuencia regresa, resulta útil mantener cierto nivel de activación para poder rápidamente reactivar la respuesta de ataque-huida si el peligro de ser necesario.

Cada efecto físico del sistema de ataque-huida tiende a prepararlo para ambas opciones, por lo tanto, lo protege. Influye sobre nuestro corazón, circulación sanguínea, respiración, transpiración, pupilas, músculos, sistema digestivo, y otras partes del cuerpo.

Efectos cardiovasculares

La actividad del sistema nervioso simpático incrementa el ritmo cardíaco y la fuerza de cada latido. Esto es vital para la preparación para actuar (atacar o huir) porque incrementa la velocidad de circulación sanguínea, mejorando la llegada de oxígeno a los tejidos y la remoción de los desechos de los mismos. Los tejidos musculares requieren oxígeno para el ataque o huída. Es el motivo por el cual se experimentan típicamente palpitaciones en períodos de elevada ansiedad o pánico.

Asimismo se produce un cambio en la circulación sanguínea. Básicamente, la sangre se toma de los lugares en los que no es requerida (a partir de la constricción de vasos sanguíneos) y es dirigida hacia los lugares donde existe una mayor demanda (a partir de la dilatación de los vasos sanguíneos). Por ejemplo, la sangre es quitada de la piel y de los dedos de manos y pies. Esto es útil si pensamos en los días en que nuestros ancestros vivían en las

cavernas, las extremidades eran el lugar en el que más fácilmente podían ser atacados y lastimados y que tuvieran menor cantidad de sangre significaba menos posibilidad de morir desangrado. Como efecto de quitar sangre de la piel, es que la vemos pálida y sentimos fría, especialmente en las manos y los pies. En lugar de a ellos, la sangre va a los grandes músculos, como a los muslos, corazón, bíceps que necesitan el oxígeno para el ataque o la huida. Los grandes músculos son importantes para correr o pelear.

En conjunto, estos cambios físicos causan que el corazón se acelere y aparezcan las palpitaciones, que la piel se torne pálida y fría, especialmente alrededor de los dedos de los pies y de las manos, causando a veces sensaciones de debilidad en las manos y pies. Podría sentir frío incluso en un día cálido. Esas son sensaciones físicas normales bajo condiciones de temor o ansiedad. Constituyen un signo de que el cuerpo se está preparando para entrar en acción.

Hay personas que reportan sensaciones de calor en lugar de frío. Las sensaciones de calor son más probables durante un arranque abrupto de pánico, tan pronto como el sistema simpático se activa y antes de que la sangre se redirija. Los chuchos de frío que se producen con el redireccionamiento de la sangre son más probables ante un estado de ansiedad de larga duración o que se va desarrollando lentamente.

Efectos en la respiración

Otro efecto es que la respiración se torna más rápida y profunda debido a que el cuerpo precisa mayor cantidad de oxígeno para el ataque o la huida. A veces la respiración puede tornarse desbalanceada y causar síntomas displacenteros como disnea o sensaciones de obstrucción respiratoria o sofocación y dolor o rigidez en el pecho. Asimismo, el abastecimiento de sangre a la cabeza puede decrecer. Como se trata de una pequeña reducción de llegada de sangre a la cabeza no es para nada dañino, aunque produce síntomas displacenteros, incluyendo vértigo, visión borrosa, confusión, sensaciones de irrealidad (o de encontrarse dentro de un sueño), calor en la cara y ruborización. Estos síntomas físicos pueden ser incómodos, pero no son dañinos y no son signo de que algo pueda estar seriamente mal en usted.

Efectos en las glándulas sudoríparas

Las respuestas de ataque-huida incrementan la sudoración. La sudoración enfría el cuerpo y evita que su temperatura suba demasiado, lo que permite que pueda continuar peleando o huyendo sin colapsar por el calor. Además, la sudoración excesiva hace que la piel se torne resbalosa tornándose más difícil de asir por un depredador. La sudoración excesiva es un síntoma común de ansiedad y pánico.

Otros efectos físicos

Además las pupilas (el centro del ojo) se dilatan para permitir el ingreso de más luz. Esto ayuda a chequear el entorno en búsqueda de peligros. Recuerde que tanto pánico como ansiedad son reacciones ante la percepción de amenazas y ante esta expectativa tiene sentido estar en guardia y atento incrementando nuestro campo visual. Al mismo tiempo, este cambio en las pupilas puede causar síntomas como visión borrosa, ver puntos frente a nuestros ojos o sensibilidad ante luces brillantes.

Otro efecto físico es la reducción de la salivación, teniendo como resultado la sequedad de la boca. De hecho, todo el sistema digestivo reduce su funcionamiento, así la energía que se requiere para la digestión se redirige a los músculos necesarios para el ataque o la huida. Esto frecuentemente produce náuseas, pesadez estomacal y a veces diarrea como forma de evacuar el peso mientras se intenta pelear o escapar.

Asimismo muchos grupos musculares se tensan como preparación para el ataque o la huida, de lo que resultan sensaciones de tensión. Esta tensión puede a veces causar dolores y temblor.

Otro efecto interesante consiste en la liberación de parte del cerebro de analgésicos naturales, lo que hace menos probable sentir dolor al tener miedo. El propósito de esto consiste en que permite continuar luchando o huyendo del peligro, incluso habiendo sido herido. En conexión con esto se liberan coagulantes y linfocitos lo que contribuye a la cicatrización de heridas y reparación del tejido dañado. Además se produce una contracción del bazo, lo que tiene como consecuencia que se liberen más glóbulos rojos a fin de transportar mayor cantidad de oxígeno en la sangre y se libera azúcar almacenada en el hígado para que los músculos tengan más azúcar disponible como recurso energético.

Finalmente, la respuesta de ataque-huida produce una activación general de todo el cuerpo y debido a que esto requiere una gran cantidad de energía, la gente normalmente se siente cansada, agotada.

En síntesis, los cambios físicos que subyacen a los síntomas físicos de pánico y ansiedad están vinculados a la protección y están diseñados para enfrentar o escapar de un peligro. Estos síntomas son reales, pero no dañinos. A veces los síntomas físicos se sienten en ausencia de los cambios físicos. Por ejemplo, a veces la gente siente como si su corazón estuviera acelerado, cuando está funcionando a un ritmo normal. O a veces siente calor cuando la temperatura de su piel no ha cambiado. Esto se produce debido a que la focalización ansiosa acerca de sensaciones físicas puede crear la percepción de perturbación física incluso cuando realmente no existe. A pesar de esto los ataques de pánico intensos casi siempre se basan en verdaderos cambios físicos. Esto se resume en la tabla 4.1

Tabla 4.1 Fisiología del temor

Cambio físico	Propósito	Síntoma
Se incrementa el ritmo cardíaco y la fuerza de cada latido.	Acelerar el envío de oxígeno y la remoción del dióxido de carbono.	Corazón acelerado o palpitaciones.
Se redirecciona la sangre desde la piel y dedos hacia los grandes músculos.	Darle más energía a los grandes músculos y reducir hemorragia ante una herida.	Piel pálida y fría especialmente en manos y pies.
Se acelera y profundiza la respiración.	Se provee a los músculos el oxígeno que requieren para la respuesta de ataque-huida.	Respiración rápida y corta. Mareos, sensaciones de frío o calor, sudoración, molestias en el pecho, cambios visuales: si el incremento de oxígeno no es utilizado.
Se incrementa la actividad de las glándulas sudoríparas.	Eliminar calor corporal.	Sudoración.
Se dilatan las pupilas de los ojos.	Se incrementa el campo visual en búsqueda de peligro.	Los ojos se encuentran más sensibles a la luz.
Menor energía para el sistema digestivo.	Dirigir la mayor cantidad de energía al sistema de ataque-huida.	Boca seca, náuseas, dolor de estómago, calambres, diarrea.
Se incrementa la activación muscular.	Prepararse para la respuesta de ataque-huida.	Tensión muscular, calambres, temblores.
Liberación de analgésicos naturales (opiáceos)	Reduce la sensibilidad al dolor para continuar peleando o huyendo si se es herido.	Menor sensibilidad al dolor.

¿Cómo influyen los síntomas físicos en lo que pensamos y hacemos?

Cuando el sistema nervioso simpático se activa se producen algunos efectos naturales en nuestra conducta y pensamientos. (Recuerde que tanto ansiedad como pánico se constituyen con síntomas, pensamientos y conductas).

La conducta de la respuesta de ataque-huida

La respuesta de emergencia de ataque-huida prepara al cuerpo para atacar o huir. Cuando escaparse no es posible la urgencia por salir de la situación puede tornarse más intensa y mostrarse a través de conductas como golpecitos con los pies, caminar de un lado a otro o reaccionar con irritabilidad.

Los pensamientos de ataque-huida

El primer efecto es alertarnos acerca de la posibilidad de peligro. En consecuencia se activa inmediatamente un estado de alerta en búsqueda de potenciales amenazas, dejamos entonces de prestar atención o interrumpimos las tareas que estamos realizando para escanear nuestro entorno en busca de peligros.

¿Si no hay nada de qué preocuparse, por qué aparece el pánico?

Es entendible que se produzca una respuesta de ataque-huida si estamos siendo atacados, atrapados en un ascensor o en otra situación de mayor tensión. Pero, ¿por qué ocurre esta respuesta cuando no hay nada que temer? Recuerde que el ataque de pánico es una respuesta normal del cuerpo ante un temor. Lo que la torna anormal es cuando ocurre en el momento equivocado, en el que no hay un verdadero peligro.

Aparentemente, las personas con ataque de pánico le temen a los síntomas físicos de temor. Los ataques de pánico representan ansiedad acerca del miedo. Un ataque de pánico sigue una secuencia típica: primero se experimenta un síntoma físico inesperado (es inesperado debido a que no puede ser explicado por ningún peligro real en ese momento), luego esos síntomas físicos producen ansiedad y temor.

Razones de los síntomas físicos inesperados

¿Por qué ocurren esos primeros síntomas físicos? Existen varias posibles razones. Una de ellas es estrés, debido a presiones laborales, ante una entrevista, por relaciones, entre otra, que conducen a un aumento en la producción de adrenalina y otros químicos relacionados con el estrés. Esta es la forma en que nuestro cuerpo se mantiene alerta y preparado para enfrentar el estrés. Dicho estrés puede causar síntomas físicos.

Un segundo motivo consiste en estar ansioso acerca de tener otro ataque de pánico. La anticipación ansiosa de algo contribuye a elevar los niveles de tensión física y genera más síntomas de estrés. La ansiedad produce que se focalice la atención en lo que ha generado dicha ansiedad. Por ejemplo, la anticipación de un rechazo social conduce a una intensa focalización en las expresiones faciales de los demás en búsqueda de signos de rechazo. En el caso de ansiedad acerca del pánico, la atención se focaliza en los síntomas físicos. Puede encontrarse a usted mismo escaneando su cuerpo en busca de síntomas físicos inusuales y detectar síntomas que de otra forma no hubiera notado. La ansiedad acerca de tener ataques de pánico produce más síntomas de pánico y más atención a esos síntomas. Consecuentemente, la ansiedad acerca de los ataques de pánico causa más de las cosas que la persona teme y produce, entonces, más ataques de pánico.

Una tercera razón consiste en que esos síntomas físicos son normales y les ocurren a todas las personas, dado que el cuerpo se encuentra constantemente cambiando el ritmo cardíaco, la temperatura de la piel y la circulación sanguínea, con notorias diferencias en el transcurso de un día.

Efectos del temor a los síntomas físicos

Como hemos mencionado anteriormente, la emergencia de la respuesta de ataque-huida produce que el cerebro busque peligro. A veces no podemos encontrar una verdadera amenaza como ocurre en los ataques de pánico que parecen producirse sin razón. A pesar de lo cual, la mayoría de nosotros no aceptaría no tener explicación. Cuando no se encuentra una explicación, la búsqueda puede tornarse interna. En otras palabras: “si no hay nada que explique mis sensaciones de pánico y ansiedad, entonces debe haber algo funcionando mal en mí”. Entonces el cerebro inventa una explicación como: “debo estar muriendo, perdiendo el control o volviéndome loco”. Como hemos visto, nada más alejado de la realidad, debido a que el propósito de la respuesta de ataque-huida es cuidarnos y no hacernos daño.

Estos pensamientos negativos acerca de los síntomas físicos de pánico sólo contribuyen al mantenimiento de un circuito negativo que lleva a más pensamiento negativo, síntomas físicos y conductas de pánico. Esto fue descrito en el capítulo 3 como el “circuito de pánico”. Los pensamientos negativos intensifican la respuesta de ataque-huida debido a que el cuerpo reacciona con un impulso de pelear o escaparse del peligro (en este caso, las posibilidades de morir, perder el control o volverse loco). Esto se produce incluso cuando el peligro se basa en la percepción de lo que podría ocurrir, no tiene por qué ser un verdadero peligro. En la medida en que pensamos que estamos en peligro, nuestro cuerpo reacciona acorde al pensamiento, teniendo como resultado que lo que tememos se intensifique (como por ejemplo el síntoma físico). O sea, el síntoma físico se experimenta, se teme (porque se evalúa como peligroso) y en consecuencia se intensifica. Esto se sostiene hasta que el circuito se corta a partir de otras compensaciones físicas que lo reducen (activación parasimpática) o hasta que se uno se da cuenta de que no hace falta mantener ese temor a los síntomas físicos.

En síntesis, los síntomas físicos se temen debido a las creencias de que son signos de muerte inminente, pérdida de control o locura. Esas creencias generan temor, produciéndose entonces, más síntomas físicos teniendo como resultado un círculo vicioso de ansiedad y pánico.

¿Qué ocurre con los ataques de pánico que parecen venir de la nada?

El temor ante los síntomas físicos, luego de ocurrir varias veces puede producirse en forma automática. La automaticidad es una cualidad de muchos aprendizajes. Piense en cuando usted aprendió a andar en bicicleta o manejar un auto. Al principio le resultaron necesarias mucha atención y autoinstrucciones acerca de cada paso, gradualmente se fue automatizando, de tal manera que puede manejar o andar en bicicleta sin pensar

concientemente acerca de lo que está haciendo. Y más aún, sus pensamientos automáticos están guiando la conducta de cómo manejar. Lo mismo ocurre con los pensamientos negativos asociados con pánico y ansiedad. Con el tiempo se vuelven automáticos, de tal manera que usted puede no tener conciencia de lo que está pensando, a pesar de lo cual, esos pensamientos tienen influencia en sus sentimientos y conductas. Debido a esta falta de conciencia de los pensamientos, puede sentir que el pánico o la ansiedad vienen de la nada; puede sentir temor y no saber por qué.

Existe otro proceso automático: el condicionamiento interoceptivo, lo que significa que puede aprender a tener miedo o síntomas físicos a partir de experiencias negativas que haya tenido asociadas a ellos. Por ejemplo imagine que estuvo muy enfermo y notaba todo el tiempo tensión muscular en una pierna. Pronto habrá aprendido a temer a la tensión en la pierna en anticipación a estar muy enfermo. Lo mismo ocurre con el pánico, a diferencia que en este caso, la tensión muscular en la pierna es un síntoma físico que ocurre durante el pánico, y el temor a una enfermedad grave está causado por las creencias de que puede morir, perder el control o volverse loco. Una vez que la posibilidad de la muerte o alguna otra catástrofe se asocia a la taquicardia, cambios en el ritmo cardíaco pueden causar temores automáticos, dado que el temor se encuentra condicionado. En consecuencia incluso pequeños cambios en el ritmo cardíaco, que son normales, y sin importar si anteriormente experimentó pánico, pueden causar temor. Asimismo, los cambios físicos pueden ser tan sutiles, que usted no tome conciencia de ellos, a pesar de lo cual, producen que tenga miedo. Este es otro motivo por el que a veces los ataques de pánico son vividos como si salieran de la nada, siendo realmente disparados por sutiles cambios físicos, de los que uno no tiene conciencia, pero que para su cuerpo, están condicionados a producir reacciones.

Cuando el juicio acerca de que los síntomas físicos son peligrosos ocurre automáticamente (o sin conciencia) o cuando el temor se encuentra condicionado con relación a los síntomas físicos de tan baja intensidad que usted no puede darse cuenta a qué está respondiendo, entonces los ataques de pánico parecen ocurrir de la nada. Además recuerde que el sistema de respuesta de ataque-huida, se encuentra diseñado para responder instantáneamente. Sin esta capacidad de respuesta instantánea no podríamos sobrevivir, debido a que a veces los peligros vienen hacia nosotros muy rápidamente. Las consecuencias en relación con los ataques de pánico es que las creencias automáticas y condicionamientos pueden ocurrir tan rápido que el ataque de pánico parece haber ocurrido sin tiempo de pensar o reaccionar. A pesar de lo cual, los temores son siempre disparados por algo. Esto es síntomas físicos o pensamientos negativos acerca de los mismos siempre se encuentran presentes, incluso si no son inmediatamente obvios.

Esto es también cierto para ataques de pánico que ocurren en un estado de relajación o durante el sueño profundo. Durante la relajación, las sensaciones físicas son con frecuencia diferentes de las normales, dando a veces como resultado sensaciones de flotar o de estar en un trance. Si usted teme sensaciones físicas diferentes a las normales, entonces, cuando ellas ocurren

durante la relajación, pueden disparar un ataque de pánico. Los ataques de pánico nocturnos son experimentados por cerca de la mitad de las personas que sufren de pánico. Alrededor del 25% presentan repetidos ataques de pánico fuera del sueño. Usted podría preguntar “¿cómo puede un ataque de pánico nocturno ser disparado por sensaciones físicas?” Por una parte, es normal tener cambios en los ritmos físicos durante el sueño. Por ejemplo, el ritmo cardíaco y la respiración se incrementan y disminuyen en diferentes momentos durante la noche. Por otra parte, tenemos la capacidad de responder a eventos significativos mientras estamos durmiendo. Piense en la madre de un recién nacido que se despierta en respuesta a un sonido de su bebé, mientras continúa durmiendo en presencia de otros sonidos más intensos. Otro ejemplo lo constituyen los soldados en combate que tienen la capacidad de dormir frente al sonido de aviones aliados y se despiertan frente al sonido de aviones enemigos. Entonces, si los cambios físicos son significativos (en otras palabras atemorizantes), es entendible que los cambios físicos que ocurren durante el sueño puedan causar el despertar en un ataque de pánico, de la misma manera que los ataques de pánico ocurren durante el día. Esto es especialmente probable si los cambios físicos ocurren en un momento del sueño en el que es fácil despertarse. Por ejemplo es muy difícil ser despertado en un momento de sueño profundo (sueño REM o de movimientos oculares rápidos), siendo más sencillo en las etapas 2 y 3 del sueño.

Un modelo simplificado que ilustra los ataques de pánico se encuentra en la figura 4.1

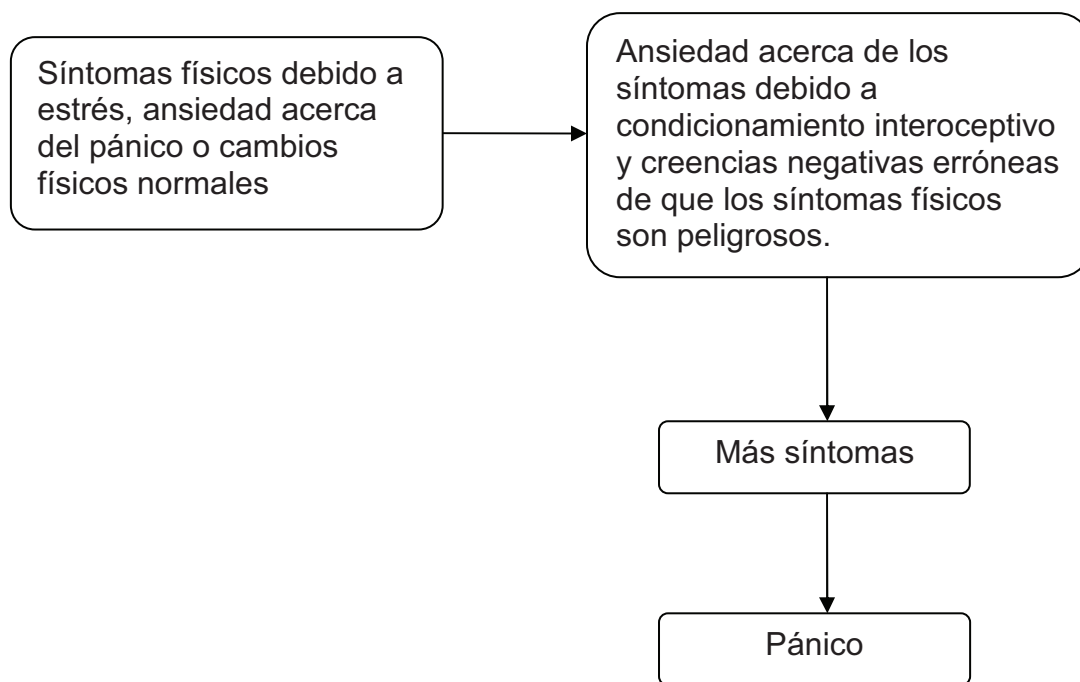


Figura 4.1: Un modelo simplificado de ataques de pánico

En síntesis, el pánico se basa en la respuesta de ataque-huida, en la que el propósito principal consiste en activar al organismo y protegerlo de sufrir un

daño. Cualquier persona puede tener esta respuesta al estar frente a un peligro real o imaginario. Asociados a esta respuesta encontramos una serie de síntomas físicos, conductas y pensamientos. Cuando los síntomas físicos ocurren en ausencia de una explicación obvia, con frecuencia son malinterpretados estos cambios normales como indicación de un serio problema físico o mental. En este caso, los síntomas físicos por sí mismos pueden ser percibidos como dañinos y disparar la respuesta de ataque-huida.

Pensamientos erróneos típicos acerca de los síntomas del pánico

Como se ha dicho, cuando los síntomas físicos ocurren sin una explicación obvia, tendemos a buscar internamente una explicación y de esta manera, a veces, los síntomas normales de temor son malinterpretados como serios problemas físicos o mentales. Estas creencias erróneas pueden tener como resultado un círculo vicioso de "miedo al miedo". Los mitos comunes y creencias erróneas acerca de los síntomas físicos de temor incluyen sensaciones de volverse loco, perder el control, sufrir un colapso nervioso, un ataque cardíaco o un desmayo. Desarrollemos cada uno de ellos.

Volverse loco

Mucha gente cree que los síntomas físicos de temor o pánico significan que se están volviendo locos. Los interpretan frecuentemente como signos de esquizofrenia. Demos una mirada a la esquizofrenia a fin de evaluar cuán parecido son sus síntomas con los de temor. La esquizofrenia es un desorden mental mayor, caracterizado por tan severos síntomas de pensamiento y diálogo disociado (como el saltar rápidamente de un tema a otro), llegando a veces a un discurso que no tiene ningún sentido, alucinaciones, delirios o extrañas creencias. Un ejemplo de creencia extraña podría ser la percepción de recibir mensajes del espacio exterior, como un ejemplo de alucinación, podría estar escuchando una conversación cuando no hay nadie alrededor.

La esquizofrenia, generalmente, comienza muy gradualmente y no de golpe, como ocurre en un ataque de pánico. Asimismo, como esta enfermedad se da en familias y tiene una base genética importante, sólo una cierta porción de gente puede volverse esquizofrénica, en el resto de las personas, ninguna cantidad de estrés puede causar este desorden. Además, las personas que se vuelven esquizofrénicas generalmente muestran algún síntoma suave la mayor parte de su vida (como pensamientos inusuales). Si esto aún no le ha ocurrido, entonces es muy improbable que se vuelva esquizofrénico. Esto es especialmente cierto si usted tiene más de 25 años, porque la esquizofrenia generalmente comienza antes de esa edad. Finalmente, si usted ha tenido entrevistas con un psicólogo o psiquiatra puede tener bastante certeza de que le habrían informado si tuviera esquizofrenia.

Pérdida del control

Algunas personas creen que van a perder el control cuando tienen pánico. Generalmente suponen que quedarán completamente paralizados y no podrán

moverse y no sabrán que están haciendo, deambularán actuando salvajemente lastimando a la gente, diciendo obscenidades y generalmente desconcertándose a sí mismos. O que no sabrán qué esperar y simplemente experimentarán una sensación aplastante de estar fuera de control.

Aunque los ataques de pánico pueden hacerlo sentir confuso o irreal aún puede pensar y actuar. De hecho podrá pensar más rápido y estará más fuerte físicamente y sus reflejos serán más rápidos. Lo mismo ocurre cuando la gente se encuentra en una emergencia real. Piense en madres y padres que realizan cosas increíbles (como levantar objetos extremadamente pesados y se sobreponen a sus propios temores intensos para salvar a sus hijos).

A veces, una extrema urgencia por escaparse, es mal entendida como pérdida de control. Por ejemplo, una paciente de nuestra clínica estaba conduciendo a una entrevista de trabajo cuando sintió pánico, cambió su dirección y fue a la oficina de su esposo. Ella creía que había perdido el control. Por el contrario, estaba en control dado que estaba haciendo lo que creyó necesario para estar segura. Teniendo en cuenta sus temores (creía que iba a morir), ir de su esposo era una forma adecuada de buscar ayuda. La mayoría de la gente habría hecho lo mismo ante la creencia de estar por morir. Entonces su conducta era controlada, el problema era su creencia errónea de que estaba muriendo.

Colapso nervioso

Mucha gente cree que sus nervios pueden agotarse y entonces podrían colapsar. Esto no es para nada cierto, tal como discutimos anteriormente, el pánico se basa en la actividad del sistema nervioso simpático, que tiene como opuesto al sistema parasimpático. El parasimpático protege frente a la posibilidad de que el simpático se agote. Los nervios no son como los cables eléctricos y la ansiedad no puede agotar, dañar o consumir los nervios, si bien puede tornarlo más sensible a los eventos negativos.

Ataques cardíacos

Mucha gente malinterpreta los síntomas de pánico como signos de ataque cardíaco. Esto probablemente se deba a que no tienen conocimiento acerca de ataques cardíacos. Adentrémosnos en cuestiones vinculadas a enfermedades cardíacas y veamos cómo difieren del pánico. Los principales síntomas de ataque cardíaco son una disnea y dolor de pecho, así como palpitaciones ocasionales y desmayo. En una enfermedad cardíaca los síntomas se relacionan generalmente con esfuerzo. O sea, cuanto más intenso sea el ejercicio que usted realiza, más intensos se tornan los síntomas y a menor ejercicio, menores síntomas. Los síntomas suelen irse bastante rápido con el descanso. Esto difiere de los síntomas de pánico que con frecuencia ocurren durante el descanso y parecen tener una vida propia. Los síntomas de pánico pueden ocurrir o intensificarse durante el ejercicio. Son diferentes con respecto los de ataque cardíaco porque ocurren con la misma frecuencia durante el ejercicio y el descanso. Mucho más importante es el hecho de que la enfermedad cardíaca casi siempre produce cambios eléctricos en el corazón que pueden ser detectados con un electrocardiograma (ECG). En un ataque de pánico, el único cambio que muestra un ECG es el aumento del ritmo

cardíaco; y en sí mismo este aumento no es dañino, a menos que alcance un ritmo extremadamente alto, como ser más de 200 pulsaciones por minuto, por períodos prolongados, lo que excede ampliamente lo que ocurre durante el pánico. Un ritmo cardíaco típico durante un ataque de pánico intenso es de alrededor de 120-130 pulsaciones por minuto. Un ejercicio físico vigoroso incrementa el ritmo cardíaco hasta alrededor de 150-180 pulsaciones por minuto, dependiendo de la edad y el estado físico. El ritmo cardíaco normal durante el descanso es entre 60 y 85 pulsaciones por minuto. Así, si se ha hecho un ECG y el médico le ha dicho que está bien, puede dar por seguro que no tiene una enfermedad cardíaca que produzca los ataques de pánico y que el pánico no lo llevará a una enfermedad cardíaca.

Desmayo

El miedo al desmayo es común en personas con trastorno de pánico, pero, realmente, el desmayo es muy extraño. El temor al desmayo se basa en la creencia errónea de que los síntomas como mareo significan que uno está por desmayo. De hecho, el estado de pánico es incompatible con el desmayo. La tensión física de los ataques de pánico (producida por activación del sistema nervioso simpático) es opuesta a lo que ocurre durante el desmayo; que es mucho más probable en personas con baja presión arterial o en quienes responden al estrés con una reducción de la presión arterial.

Otros mitos o creencias erróneas comunes acerca de los síntomas del pánico son que va a conducir a una aneurisma, un ataque de epilepsia o la muerte de un shock.

¿De dónde provienen las creencias erróneas? La información que le dan otras personas acerca de los peligros de los síntomas físicos puede constituirse en un agente muy poderoso de producción de creencias erróneas. Por ejemplo, una definición de diccionario de pánico (tomada de una guía médica de buena reputación) lo presenta como un estado que puede conducir a depresión psicótica.

Esa es información errónea, dado que no existe evidencia alguna que indique que el pánico pueda conducir a la psicosis. Sin embargo, para quienes no están en el ámbito de la investigación en psicología, esa información podría fácilmente dar la base para el temor de volverse psicótico durante los ataques de pánico. Si alguien cree que el pánico puede conducir a la psicosis, entonces es entendible que la experiencia de pánico le resulte aterradora, produciendo ansiedad acerca del próximo ataque de pánico.

Observar que otros temen a los síntomas físicos es otra manera a partir de la cual uno desarrolla creencias erróneas. Por ejemplo los chicos que observan a alguno de sus padres mostrar preocupación excesiva acerca de problemas de salud, presentan mayores probabilidades de desarrollar creencias erróneas acerca de sus síntomas físicos.

Finalmente, los eventos traumáticos que haya vivido pueden contribuir a

creencias erróneas acerca de que los síntomas físicos son peligrosos. Por ejemplo cirugías (especialmente las que no transcurren suavemente en la fase de recuperación), severas reacciones alérgicas a drogas o enfermedades físicas serias contribuyen a observar con cautela las sensaciones físicas.

Tarea



Continúe registrando su ansiedad y pánico por una semana usando el registro de ataque de pánico, y el de estado de ánimo.



Lea el capítulo 11, sección 1, en el transcurso de la semana.



Cuando haya completado al menos una semana de registro de ataques de pánico y de ánimo, y leído los capítulos de 2 a 4 y capítulo 11, sección 1, siga con el capítulo 5.

Autoevaluación

Responda Verdadero o Falso.

- 1- Un ataque de pánico es un problema médico sobre el que usted no tiene control V F
- 2- Los síntomas experimentados durante el pánico, como aceleración del ritmo cardíaco y sudoración indican una enfermedad médica V F
- 3- El pánico incluye una activación de la respuesta de ataque-huida que busca protegerlo del daño V F
- 4- Los ataques de pánico que parecen provenir de la nada con frecuencia se relacionan con cambios físicos sutiles como los causados por cambios en la respiración o excitación por otros eventos V F
- 5- La reacción del pánico puede continuar en forma ilimitada V F
- 6- La gente no se vuelve loca por el pánico V F

Capítulo 5 *Como establecer la jerarquía de situaciones de agorafobia*

Objetivos

- ❖ Revisar la información registrada de ataques de pánico y estados de ánimo.
- ❖ Desarrollar una jerarquía de situaciones de agorafobia.
- ❖ Desarrollar listas de objetos supersticiosos, señales de seguridad, distracciones y comportamientos relativos a la seguridad.

Revisión de Registro de ataques de pánico y estados de ánimo

¿Realizo un registro completo de estados de ánimo y ataques de pánico todos los días a medida que ocurrían durante la semana pasada? Si no lo hizo, piense en diferentes maneras de mejorar su capacidad de registrarlos. El registro permanente de pánico y ansiedad es esencial para este programa. Recuerde aprender a interrumpir el pánico y la ansiedad depende de una descripción precisa y completa. Es imposible cambiar sin saber exactamente qué es lo que hay que cambiar. Además, el registro preciso y exacto se vuelve cada vez más importante a medida que se realizan progresos a través de los próximos capítulos. Entonces, el desarrollo del hábito de registrar ahora lo ayudara a completar el resto del programa.

Como recordatorio para completar los registros, coloque el Registro de estados de ánimo diario en un lugar visible, como por ejemplo la heladera, el espejo del baño o cerca de su cama. También, puede llevar con Ud. El Registro de ataques de pánico a cualquier lugar donde vaya.

Si no ha realizado ningún registro, le recomendamos que registre durante el curso de la semana próxima, los ataques de pánico y ansiedad antes de continuar con el programa.

Si ha llevado registros durante la última semana, complete los datos de la primera semana en el Registro de Progreso: la cantidad de ataques de pánico durante la semana, el promedio diario de ansiedad semanal y cualquier otra cosa que decida registrar. También, observe los patrones sobresalientes de la semana de los registros de ataque de pánico. Pon ejemplo, los ataque de pánico normalmente

¿Ocurren cuando se encuentra solo o cuando se encuentra con alguien más?
¿Ocurren en un momento particular del día, por la tarde, por ejemplo? ¿Ocurren más a menudo durante momentos de alto estrés del día como por ejemplo cuando prepara los niños para ir a la escuela? ¿Los síntomas son iguales o varían en función del lugar donde ocurren? ¿Además, busque relaciones entre el Registro de ataques de pánico y el Registro de Estado de Animo. Por ejemplo, ¿El pánico ocurre más a menudo cuando se siente más ansioso o deprimido? Su preocupación ansiosa por el pánico aumenta ¿Después de un ataque de pánico o antes?

Buscar patrones lo acerca a comprender que el pánico es una reacción ante algo. A pesar de lo que sienta, el pánico no es una respuesta automática que surge “porque sí”.

Recordatorio del Rol de Evadir

Es natural evadir o evitar las cosas que causan ansiedad. La ansiedad nos prepara para evitar todo aquello que nos provoca peligro o daño. Sin embargo, demasiada ansiedad inevitablemente lleva a demasiada evasión. Aunque la evasión proporciona una sensación de alivio de la ansiedad a corto plazo, también ocasiona el sentimiento de ansiedad a largo plazo. Cuanto más se evite las situaciones que nos preocupan o nos producen temor, más preocupantes se vuelve.

Ansiedad —————> Evitar —————> Ansiedad

La evasión evita el aprendizaje correctivo (por ejemplo aprender algo nuevo). La conducta evasiva se conecta por lo general, con pensamientos negativos. Por ejemplo, si piensa que se desvanecerá si maneja en una carretera, tiene sentido que evite manejar en carreteras. Sin embargo, esa evasión evita que Ud. se dé cuenta de que sus pensamientos negativos sobre el desvanecimiento son erróneos. Acercarse, más que evitar las situaciones o experiencias es crítico para sobreponerse al temor y a la ansiedad. Pero primero, identificaremos las situaciones específicas que Ud. evita y desarrollaremos habilidades para ayudarlo a enfrentar estas situaciones.

Establecer una Jerarquía de Situaciones de Agorafobia

Mirar la lista de situaciones de agorafobia en la pág. 72. Tildar cada una de las situaciones que habitualmente evita o le producen ansiedad. Puede haber situaciones que, por lo general, evita y que no se encuentran en la lista. Anótelas al final bajo el nombre de “otros”. Ingrese en esta lista tantos “otros” como sea necesario. Ahora utilice las situaciones que ha marcado para crear su propia jerarquía de, por lo menos, 10 ítems. Esta lista debe incluir situaciones que provoquen ansiedad leve (en una escala del 0 al 10, 3), así como las que provoquen mucha ansiedad (9 o 10). Puede tener 1 o 2 situaciones o más de 10 situaciones que le causen ansiedad.

Condiciones

A continuación se encuentran algunas de las condiciones que pueden influir el nivel de ansiedad que poseen en cada situación de agorafobia. Es muy importante que se incluyan aquellas condiciones que lo hacen sentir más ansioso. Por ejemplo, si siempre se siente más ansioso cuando está solo, es esencial que incluya los ítems de su jerarquía en la cual enfrenta situaciones de soledad.

Lejos de casa

Por ejemplo manejar en la carretera puede dividirse en una cantidad de tareas diferentes, dependientes de la distancia en que se encuentre de su hogar (10 minutos vs 1 hora). Podrían ser diferentes ítems en su jerarquía, y es muy importante incluir distancias más alejadas de su hogar, si por lo general se siente más ansioso cuanto más lejos se encuentra.

Proximidad a una salida o fácil escape

Por ejemplo la tarea de ir al cine puede ser más o menos provocadora de ansiedad, dependiendo de la distancia en que se encuentre la fila en la que está sentado. Si está en la mitad, puede ser una situación provocadora de mayor ansiedad, que si se sienta en la punta, si es que para Ud. es importante poder salir con facilidad de donde se encuentre. De manera similar, el manejar en una carretera puede ser más o menos difícil dependiendo de las distancias entre las entradas y salidas de la autopista. Si este es el caso, asegúrese de que finalmente puedan enfrentar situaciones donde las salidas o los escapes sean muy difíciles aun cuando pueda comenzar con situaciones en las cuales hay una salida fácil.

Situaciones de agorafobia típica

Revise aquellas que pueden aplicarse

Elija las que aplican

Situaciones que evite o sobre las que se sienta ansioso

Manejo

Viaje en subte, micro o taxi

Volar

Esperar en filas

Multitudes

Negocios

Restaurants

Teatros

Distancias alejadas de su hogar

Áreas no conocidas

Peluquerías

Largas caminatas

Espacios abiertos

Espacios cerrados (sótanos)

Botes

Estar solo en su hogar

Auditorios

Ascensores

Escaleras mecánicas

Otros

Hora del día

Por ejemplo, la compra de verduras puede ser más fácil o más difícil dependiendo de si la compra se realiza por la mañana, por la tarde o por la noche. Por ejemplo, algunas veces la gente está más ansiosa por la tarde o por la noche porque se siente más cansada o menos capaz de lidiar con el pánico.

Cantidad de gente

Si la situación involucra multitudes o no puede influir su nivel de ansiedad. De manera que las compras o el manejar durante las horas pico pueden ser muy distintas de las condiciones en las que las situaciones son menos multitudinarias. Si esto es importante para Ud. inclúyalo en su jerarquía.

Solo o acompañado

Por supuesto que la presencia de amigos o familia hace una gran diferencia. La confianza en otra gente es una forma de apoyarse en una señal de seguridad (tal como se describe en el capítulo 1). Si se siente menos ansioso cuando está acompañado de cierta gente puede comenzar a enfrentar su miedo a las situaciones de agorafobia con su ayuda. Pero será importante para Ud. que finalmente, enfrente esas mismas situaciones sin esa gente. Entonces, su jerarquía deberá incluir el enfrentar situaciones sin la ayuda de los demás, si el estar solo le provoca mayor ansiedad.

Resumen

Finalmente, practicara el enfrentar las situaciones listadas en su jerarquía de manera repetida, sin largos intervalos entre cada practica y de forma tal que obtenga información que demuestre que sus preocupaciones son erróneas. Por lo tanto, las condiciones deben ser las correctas.

Por ejemplo, si lo preocupa el desvanecerse solamente cuando va de compras solo y no cuando lo hace con un amigo o un familiar, entonces lo mejor será que practique las compras deliberadamente solo. El objetivo es proporcionar una experiencia directa que demuestre que sus preocupaciones no son realistas.

De manera que ahora liste situaciones particulares que incluyan condiciones que lo hacen sentir más ansioso. Luego, califique cada situación de 0 a 10, donde 0 es igual a no ansiedad/situación no evasiva, y 10 es el miedo extremo/siempre evasiva. Lo ideal sería que las puntuaciones de ansiedad / evasión fueran del 3 – 10. Las puntuaciones de ansiedad / evasión podrían realizarse en términos de cómo se siente en este momento si se le pidiera que enfrentara esta situación en particular.

Si concluyen con varios ítems que están por debajo de 3 o por arriba de 8 utilice la lista de condiciones anterior para generar una distribución de situaciones más amplia se muestra aquí un ejemplo de una jerarquía completa, así como también un listado en blanco.

Formas de bloqueo para enfrentar la situación

Ahora es el momento de identificar de que formas dificulta u obstruye el enfrentar aquellas situaciones que le permitirían lidiar con la ansiedad. Finalmente será importante eliminarlas porque no son de ayuda a largo plazo.

Jerarquía de agorafobia

Situación	ansiedad y / o evasión (0 – 10)
Caminar solo al negocio (10 cuadras)	3
Espera en una larga fila en el correo	4
Compras en horas pico	5
Manejar a lo de la hermana con un familiar	6
Manejar a lo de la hermana solo	7
Asistir al teatro	8
Pasar la noche en otra ciudad	9
Volar largas distancias	10

Figura 5.1 (ejemplo de una jerarquía completa de agorafobia)

Jerarquía de agorafobia

Situación	Ansiedad y / o evasión (0 – 10)
-----------	---------------------------------

Objetos supersticiosos y señales de seguridad

Tal como se ha visto los objetos supersticiosos y las señales de seguridad son objetos o personas de las que se depende como si fueran necesarios para su supervivencia. Ellos proporcionan “un sentido de seguridad”. Aunque parece que hicieran la vida más fácil finalmente las señales de seguridad fortalecen el miedo y la evasión porque refuerzan la equivocada idea de que los ataques de pánico son dañinos. Cuando comprende que no hay un peligro real, entonces la necesidad de señales de seguridad ya no es tal. En otras palabras, las señales de seguridad no evitan el peligro realmente, porque no existe tal peligro. Sin embargo esta darse cuenta vendrá con la experiencia. Mientras tanto, es necesario que conozcan sus señales de seguridad.

Ya hemos hablado sobre los roles que juegan las otras personas. Los objetos supersticiosos y las señales de seguridad adicionales incluyen teléfonos, anteojos de sol, billeteras, dinero (para pedir ayuda), bolsas de papel (en las que se puede respirar), número de teléfono del terapeuta, cintas de relajación, elementos de la

suerte, envases de medicamentos vacíos o llenos, antiácidos, alimentos y marcas que resultan familiares al viajar. Para ayudarlo a identificar sus propias señales de seguridad, pregúntese cuál es el elemento sin el cual nunca sale de su casa. O, poniéndolo de otra manera, piense en aquellas cosas que lo hacen sentir más ansioso si no están con Ud. Lístelos en el espacio provisto en la página siguiente.

Esta lista de objetos supersticiosos y señales de seguridad, se incorporara a su jerarquía en una de dos formas. Una es enfrentar cada ítem de su jerarquía de agorafobia primero con y luego sin sus señales de seguridad. Por ejemplo, podría manejar hacia 2 salidas en la carretera primero con un teléfono portátil y luego manejar la misma distancia sin el teléfono. La segunda forma es la que elimina las señales de seguridad desde el comienzo, enfrentando los ítems de la jerarquía y haciéndolo sin esas señales de seguridad. La elección entre estos dos enfoques esta en Ud. De hecho, para algunos ítems de la jerarquía puede hacerlo primero de la primera manera y, para otros, puede hacerlo de la segunda. Lo que es más importante es que, al final, enfrente las situaciones de agorafobia sin las señales de seguridad.

Comportamientos de seguridad y distracciones

Algunos estilos de comportamiento pueden reducir la ansiedad a corto plazo pero no son de gran ayuda a largo plazo, porque interfieren con el aprendizaje. En particular nos referimos a los ejemplos de “sostenerse para la vida”, como si la situación que se está enfrentando fuera realmente peligrosa. Los ejemplos incluyen el mantenerse cerca de las estructuras (como edificios y otros) para proporcionar un sentido de apoyo o soporte físico. Es particularmente verdad para las personas que temen caer. El permanecer cerca de las estructuras, sin embargo, fortalece la creencia equivocada de que colapsar es más probable cuando “uno está afuera, en el espacio abierto”.

Otro ejemplo es mantener bien sujeto el volante por miedo a perder el control. En la actualidad sería bastante más seguro soltar su volante hasta un nivel más relajado. Otros ejemplos de comportamiento de seguridad incluyen el colocar el freno de mano en el semáforo para alejarlo de perder el control de auto y avanzar durante la luz roja; manejar muy despacio en la carretera o manejar solamente en la mano derecha, que es carril más lento, y cerca de las rampas de salida.

Tal como señalamos antes la distracción es otro método de ayuda que contribuye a la ansiedad a largo plazo. Finalmente debe enfrentar las situaciones de agorafobia sin la ayuda de la distracción. La distracción puede ser obvia o sutil, pero en todos los casos es una forma de evitar o eludir la situación. Una técnica muy común de distracción es quitarle la mirada al objeto del temor. Por ejemplo, mientras se enfrenta las alturas al ascender al décimo piso de un edificio puede estar evitándolas al mismo tiempo si se rehúsa a mirar por la ventana o por sobre el balcón. De manera similar puede enfrentar el miedo a los elevadores utilizándolos pero al mismo tiempo mantiene sus ojos cerrados durante todo el recorrido.

Los métodos más sutiles de distracción incluyen el utilizar la imaginación para pretender que uno está en otra parte o jugar a juegos de números o de palabras hasta que salga del túnel o hasta que se halla cruzado el puente, etc. Otros métodos de distracción más peligrosos y raros incluyen infringirse dolor o manejar autos a altas velocidades bajo la suposición de que el temor o el dolor se superaran y el pánico desaparecerá. Por supuesto, al final, estos últimos métodos de distracción son mucho más peligrosos que un ataque de pánico.

Los mejores resultados provienen de un enfoque objetivo en las propias reacciones a una situación dada y en la situación en sí misma. El auto enfoque objetivo se ejemplifica a través del siguiente tipo de auto declaración: "Estoy en el elevador, puedo sentirlo moverse, puedo ver las puertas el techo y el piso, siento el latido de mi corazón y mi ansiedad es moderada". El auto enfoque objetivo difiere del darse cuenta subjetivo por la siguiente declaración: "Me siento terrible, me voy a caer, no lo puedo hacer, tengo que irme de acá". El enfoque subjetivo es probablemente el estilo que naturalmente Ud. utiliza ya que es parte del sentirse ansioso y temeroso. Más a menudo los intentos de mantenerse distraído se alternan con momentos breves pero negativos, de auto enfoque subjetivo. Por ejemplo, el uso de juegos de conteo o imágenes que pueden mantenerlo distraído probablemente sean interferidos con monitores de cuerpo transitorios o el cuestionarse lo mal que se siente, en un momento dado. Esta combinación de distracción y auto enfoque subjetivo probablemente contribuya a una ansiedad continuada. Su objetivo es reemplazar ese estilo con un enfoque objetivo que le permita darse cuenta de todo lo que está pasando.

Un objetivo de este programa es ayudarlo a eliminar todos los comportamientos de seguridad y distracciones.

Liste sus comportamientos típicos de seguridad y distracciones en el espacio proporcionado a tal efecto.

Comportamientos de seguridad y distracciones

El reconocimiento de sus objetos supersticiosos, señales de seguridad, comportamientos de seguridad y distracciones no necesariamente es una tarea sencilla. En realidad, todos poseemos el hábito de hacer cosas de determinada manera sin darnos cuenta por completo de lo que hacemos. Una solución es preguntarle a alguien que lo conozca muy bien qué clase de cosas ha observado que Ud. hace. Por ejemplo, su marido, su esposa, hermano, padre, amigo pueden conocer sutilezas de su comportamiento que Ud. desconoce o no ha tomado en cuenta.

Tarea



Continúe con las anotaciones en el Registro de ataque de pánico y en el Registro Diario de estado de ánimo.



Leer el capítulo 6, sección 1.

Autoevaluación

Responda cada una de las siguientes oraciones, escriba V (verdadero) o F (falso). Las respuestas se encuentran en el apéndice.

1. La evasión aumenta la ansiedad a corto plazo, pero la disminuye en el largo plazo. V F
2. Una jerarquía se compone de situaciones que en la actualidad lo hacen sentir ansioso y / o que Ud. evita, junto a situaciones que abarcan de mediana a alta ansiedad / evasión. V F
3. Los objetos supersticiosos o las señales de seguridad son formas efectivas de tratar la ansiedad. V F
4. La distracción de la ansiedad es una señal de que ya no se siente ansioso. V F

Objetivos

- ❖ Comprender como los patrones respiratorios contribuyen al pánico y a la ansiedad.
- ❖ Aprender a respirar con el diafragma (respiración diafragmática).
- ❖ Aplicar las técnicas de respiración como un tratamiento.

Recomendamos completar la información de este capítulo en un periodo de tres semanas. Utilice la tabla de la introducción para saber cuándo realizar cada sección de este capítulo en relación con los capítulos que siguen a continuación.

Educación y Respiración Diafragmática**¿Respiro demasiado o no lo suficiente?**

Mucha gente respira demasiado cuando tienen un ataque de pánico, en otras palabras, respiran demasiado rápido. De hecho, el 50-60% de la gente que tiene ataque de pánico, muestran signos de respiración agitada. Esta respiración se denomina hiperventilación. Técnicamente, hiperventilar significa aspirar más oxígeno de lo que el cuerpo necesita. La hiperventilación está involucrada en los ataques de pánico de dos maneras, la primera puede producir una sensación física inicial que lo atemoriza y lo lleva a tener un ataque de pánico. En la segunda, el miedo y el pánico pueden ocasionar la hiperventilación. Los síntomas de hiperventilación son: mareos, falta de aliento, aturdimiento, visión borrosa, sudor frío, sofocones y escalofríos, sensación de desvanecimiento, aceleración del ritmo cardíaco, tensión o dolor en el pecho, dificultad al hablar. Si bien los síntomas de hiperventilación pueden ser muy intensos, no son peligrosos.

Consideremos si la hiperventilación es una parte importante de sus ataques de pánico. Para ello, deberá responder las siguientes preguntas:

1. En general, ¿se siente sin aliento, como si no tuviera suficiente aire?
2. ¿Tiene sensaciones de sofocación?
3. ¿Experimenta dolores o presión en el pecho, con sensaciones de hormigueo, picazón y aturdimiento?
4. ¿Bosteza o suspira en demasía o aspira grandes bocanadas de aire?
5. Cuando siente miedo, ¿contiene la respiración o respira de manera rápida y superficial?

Si su respuesta fue Si a cualquiera de las preguntas, entonces, la hiperventilación puede tener un rol importante en sus ataques de pánico y ansiedad. Puede sucederle como a mucha gente, que no se dé cuenta de sus patrones respiratorios. Otra forma de saber si la hiperventilación es importante en sus ataques de pánico y ansiedad, es realizar el siguiente ejercicio de respiración. (Precaución: No realice este ejercicio si tiene diagnóstico de epilepsia, convulsiones o alguna enfermedad cardiopulmonar)

Siéntese en una silla cómoda, y respire muy rápido y profundo, como si estuviera inflando un globo. Es importante tomar el aire de manera bien profunda hacia los pulmones y exhalarlo de forma forzada. Continúe respirando de esta forma todo el tiempo que pueda por hasta dos minutos. Cuando haya concluido el ejercicio, cierre los ojos y respire despacio, realizando una pausa al final de cada exhalación. Continúe con la respiración lenta durante unos pocos minutos hasta que los síntomas físicos hayan pasado.

Ahora piense en lo que acaba de experimentar. Revise los síntomas que se encuentran en el Registro de Ataques de Pánico. ¿Experimento síntomas similares a los de alguno de sus ataques de pánico? Puede no haber sentido el miedo típico debido a que tuvo una explicación obvia de los síntomas (es decir, de forma deliberada tuvo las mismas sensaciones por la hiperventilación). No obstante, ¿los síntomas físicos fueron similares a los que experimenta durante los ataques de pánico que ocurren espontáneamente?

Si su respuesta es afirmativa, entonces la hiperventilación probablemente contribuya a los ataques de pánico. Si no lo es, entonces es posible que no contribuya. Sin embargo, de cualquier forma, el aprendizaje de maneras de regular la respiración puede ser una herramienta útil para ayudarlo a lidiar directamente con los síntomas físicos y aquellas situaciones que Ud. teme y evita.

Educación Sobre Respiración

Respiración normal

Una breve explicación de la mecánica respiratoria y de los síntomas de la hiperventilación, lo ayudara a corregir la creencia errónea de que los síntomas de hiperventilación son dañinos.

El cuerpo requiere oxígeno para poder subsistir. Cada vez que una persona inhala, el oxígeno es llevado a los pulmones donde es tomado por la hemoglobina (el adhesivo químico de oxígeno en la sangre). La hemoglobina transporta el oxígeno a todo el cuerpo, donde es liberado para ser utilizado por las células, que a su vez utilizan el oxígeno en sus reacciones de energía.

Luego de utilizarlo, se libera el dióxido de carbono a la sangre, donde se transporta a los pulmones y finalmente es exhalado.

El equilibrio entre el oxígeno y el dióxido de carbono es importante y básicamente se mantiene a través de un adecuado ritmo y profundidad de respiración. Obviamente, respirar “demasiado” tendrá como consecuencia niveles incrementados de oxígeno (solamente en la sangre) y reducidos niveles de dióxido de carbono, mientras que respirar “poco” ocasionara reducidos niveles de oxígeno y crecientes niveles de dióxido de carbono. El ritmo adecuado de respiración, en el descanso, es alrededor de 10-14 respiraciones por minuto.

La hiperventilación es definida como el ritmo y la profundidad demasiado acelerados para las necesidades y requerimientos del cuerpo en un momento particular. Naturalmente, si la necesidad de oxígeno y la producción de dióxido de carbono aumentan (como durante el ejercicio anterior), la respiración deberá incrementarse de manera proporcional. De otra forma, si la necesidad de oxígeno y la producción de carbono se reducen (como durante el momento de relajación), la respiración deberá decrecer proporcionalmente.

Ansiedad e hiperventilación

La ansiedad y el miedo producen un incremento en nuestra respiración debido a que los músculos requieren más oxígeno para luchar o huir del peligro. Si la cantidad extra de oxígeno no se utiliza totalmente al ritmo al que es inhalado

(como sería en el caso de no estar huyendo o peleando), resultaría entonces el estado de hiperventilación.

El efecto más importante de la hiperventilación es producir una caída proporcionada del dióxido de carbono (es decir que la cantidad de dióxido de carbono es baja en relación a la cantidad de oxígeno). Nuestros sistemas químico y nervioso son mucho más sensibles a los niveles de dióxido de carbono que a los niveles de oxígeno en sangre. Una caída proporcional en el dióxido de carbono a su vez, produce una caída del contenido ácido de la sangre, lo que lleva a lo que se conoce como sangre alcalina. Son estos dos efectos, la reducción proporcionada en el nivel de sangre del dióxido de carbono y el aumento en la alcalinidad sanguínea, los responsables de la mayoría de los cambios físicos que ocurren durante la hiperventilación.

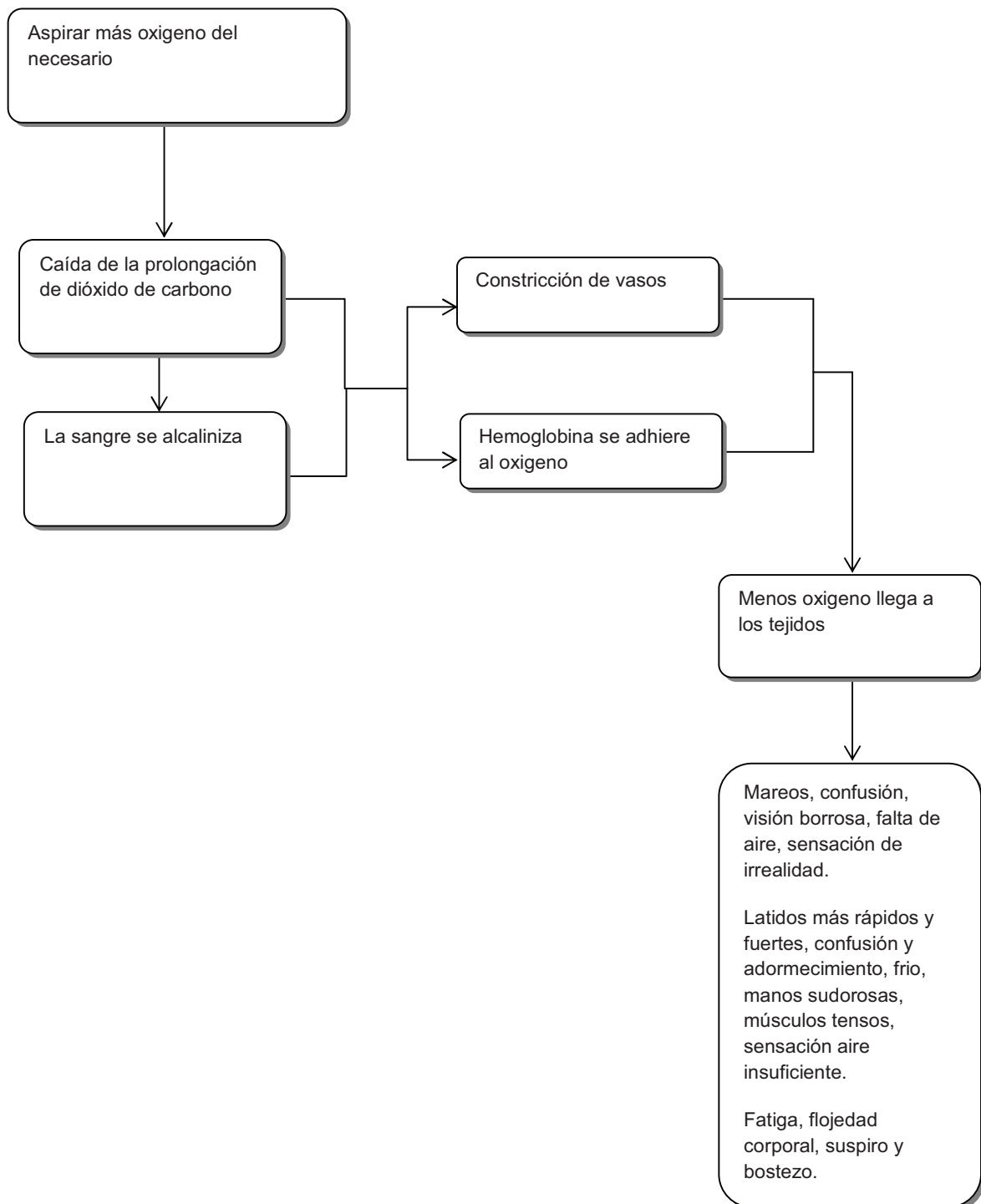
Uno de los cambios más importantes producido por la hiperventilación es una constricción o angostamiento de ciertos vasos sanguíneos en el cuerpo. Particularmente, la sangre que va al cerebro se reduce levemente. Junto con este estrechamiento de los vasos sanguíneos, la hemoglobina aumenta su adherencia al oxígeno. No solamente llega menos sangre a ciertas áreas del cuerpo, sino que además el oxígeno transportado por esta sangre tiene menos probabilidad de ser liberado a los tejidos. Aunque la hiperventilación significa que aspiramos más oxígeno del necesario, en realidad es menor la cantidad de oxígeno que llega a ciertas áreas del cerebro y del resto del cuerpo.

Este proceso ocasiona dos grupos de síntomas. Los primeros son aquellos producidos por la leve reducción de oxígeno en ciertas partes del cerebro, que incluyen mareos, aturdimiento, confusión, falta de respiración, visión borrosa y sensaciones de irrealidad. Los segundos son síntomas producidos por la leve reducción de oxígeno en determinadas partes del cuerpo, que incluyen palpitaciones (para bombear más sangre), aturdimiento y adormecimiento de las extremidades, frío, manos sudorosas y en ocasiones, entumecimiento de los músculos. Es importante recordar que las reducciones de oxígeno son leves y totalmente inofensivas. También, la hiperventilación puede producir una sensación de falta de aliento o aire que se extiende a sensaciones de asfixia o ahogo, de manera que en realidad se siente como si no hubiera suficiente aire.

La hiperventilación produce además otros efectos. El acto de “respirar demasiado” es un trabajo físico arduo. Puede ocasionar calor, enrojecimiento, sudor y luego de periodos prolongados a menudo ocasiona cansancio y agotamiento. Aquellos que “respiran demasiado” lo hacen desde el pecho en vez de hacerlo desde el diafragma (el músculo que se encuentra detrás de las costillas). Cuando se utilizan de manera predominante los músculos pectorales, se cansan en exceso de uso, lo

que puede ocasionar tensión o aun severos dolores de pecho. Finalmente, mucha gente con hiperventilación o que respira demasiado, tienen el hábito de suspirar o bostezar. Lamentablemente, este hábito contribuyen al problema, ya que el bostezo y el suspiro hacen que grandes cantidades de dióxido de carbono inundan el sistema de manera muy rápida, disminuyendo la cantidad necesaria de dióxido de carbono en la sangre.

Fig. 6.1 cambios físicos como consecuencia de la hiperventilación.



No siempre la hiperventilación es obvia, especialmente con “demasiadas respiraciones” leves durante un largo periodo de tiempo. En este caso, puede haber una caída de gran proporción en el dióxido de carbono. Debido a la compensación en el cuerpo, el nivel de acidez de la sangre vuelve a la normalidad. De esta forma, los síntomas no están presentes todo el tiempo. Sin embargo, debido a que los niveles de dióxido de carbono permanecen bajos, el cuerpo pierde capacidad de lidiar con los cambios en la respiración. Aun un leve cambio en la respiración (por ejemplo, a través de un bostezo o el subir escalones) puede ser suficiente para que los síntomas aparezcan de manera repentina. Esto puede explicar la naturaleza repentina de muchos ataques de pánico, un pequeño cambio en la respiración de alguien que tiene una tendencia general a “respirar demasiado”, aun si solamente lo hiciera de manera leve, ocasionaría una hiperventilación aguda.

Probablemente, el punto más importante a tener en cuenta sobre la hiperventilación es que no es peligrosa.

Habilidades de Respiración: Respiración Diafragmática

A continuación sigue un ejercicio específico que explicara la técnica de la respiración diafragmática. El propósito de este ejercicio es aprender un método de regulación respiratoria que lo ayudara a tratar directamente con los síntomas físicos y aquellas situaciones que le producen ansiedad habitualmente. Esta técnica respiratoria no controla ni evita las sensaciones de temor o ansiedad, simplemente está pensada para ayudarlo a enfrentar las sensaciones de temor y ansiedad y aquellas situaciones en las que estas pudieran surgir.

El ejercicio incluye un componente de respiración, en el cual aprende a lentificar la respiración y a respirar utilizando el musculo diafragmático más que los músculos pectorales en conjunción con un componente de meditación. Meditar significa enfocar su atención en el ejercicio de respiración. Como cualquier técnica, aprender a meditar necesita práctica.

El siguiente ejercicio se practicara por lo menos dos veces al día, durante un periodo de 10 minutos cada vez. Al principio, el ejercicio puede parecer duro, pero se ira facilitando más a medida que lo realice.

PASO 1

El primer paso es concentrarse en aspirar y llevar el aire hacia el estómago (o, más precisamente, hacia sus músculos diafragmáticos).

- ❖ Deberá notar que la zona abdominal se expande cada vez que inhala. El estómago luego se contrae cada vez que exhala.
- ❖ Si tiene dificultad en llevar el aire al estómago, coloque la mano sobre su pecho y la otra sobre el estómago de manera tal que esta última posicione el dedo meñique uno 2,5cm por sobre el ombligo. A medida que inhala y exhala, solamente deberá moverse la mano que se encuentra sobre el estómago. Si el ejercicio se realiza correctamente, la mano que se encuentra sobre el pecho no deberá moverse. Si normalmente respira con los pectorales, podría sentirlo artificial y causarle sensación de falta de aire. Es una respuesta natural, recuerde que está tomando oxígeno suficiente y que la sensación de falta de aire disminuirá a medida que practique.

PASO 2

El segundo paso es inhalar cantidades normales de aire. No deberá tomar demasiado aire ni respirar profundamente.

- ❖ En esta etapa, respire a su ritmo normal, no trate de lentificar su respiración. Trabajaremos más tarde en la lenificación de su respiración.
- ❖ Mantenga además, la suavidad de su respiración. No tome demasiado aire de repente para exhalarlo de golpe. Cuando exhale, piense que el aire sale de a poco de su nariz o boca y no lo sople. No tiene importancia si respira a través de su nariz o su boca, mientras que lo haga suavemente.

PASO 3

El tercer paso tiene que ver con la meditación. Contará cada vez que inhala y pensará en la palabra “relax” cada vez que exhala.

- ❖ Es decir, cuando inhala, piense en “uno”, y mientras exhala, piense en la palabra “relax”. Piense en “dos” en su siguiente inhalación, y en “relax” al exhalar. Continúe realizándolo hasta que llegue a “10” y luego vuelva a comenzar con “uno”.
- ❖ Concéntrese solamente en su respiración y en las palabras. Puede resultarle difícil y tal vez nunca pueda hacerlo a la perfección. Puede ocurrir

que no pase del primer número sin que lo azoten otros pensamientos. Es natural. Cuando esto sucede, no se enoje ni se dé por vencido. Simplemente deje que los pensamientos vayan pasando por su mente y luego trate de concentrarse nuevamente en la respiración, los números y las palabras.

Practique este ejercicio dos veces al día (o más si así lo desea), alrededor de 10 minutos cada vez, en entornos relajantes, como en un lugar tranquilo de la casa donde nadie lo moleste.

Esta nueva forma de respirar puede parecerle extraña al principio, y ocasionarle una sensación de falta de aire. Es natural. Recuerde que está tomando el aire suficiente y que ira resultando cada vez más fácil a medida que lo practique.

Por ahora, no utilice esta nueva técnica de respiración en momentos de ansiedad, ya que el tratar de utilizar una estrategia que solo se ha desarrollado parcialmente, puede resultar más frustrante y provocar más ansiedad. Sería algo así como enseñar a los buceadores una técnica para aplicar en emergencias debajo del agua y luego esperar que la utilicen exitosamente en una emergencia real debajo del agua. De manera que, por ahora, los ejercicios de respiración deben realizarse en un entorno calmo y cómodo. Una vez que haya incorporado la técnica del ejercicio básico de respiración tranquila, luego se podrá aplicar como técnica de tratamiento para la ansiedad.

Luego de cada práctica, registre sus niveles de concentración en la respiración y conteo y el éxito alcanzado con la utilización del musculo diafragmático en el Registro de Técnicas de respiración. Puede fotocopiar este formulario del libro o descargar copias del sitio TreatmentsThatWork (<http://www.oup.com/us/ttw>). Cada formulario deberá ser utilizado durante una semana. Le proporcionara una retroalimentación para Ud. y para su médico o terapeuta.

Recuerde que aunque no pueda aprender completamente esta técnica de respiración, Ud. no está en peligro. Sirve a los efectos de regular la respiración pero no es imprescindible.

	2		
	1		
	2		
	1		
	2		

Practique el ejercicio de respiración diafragmática dos veces al día, durante 10 minutos cada vez, durante siete días. Lleve un registro de sus prácticas en el Registro de Técnicas de Respiración.

Continúe con la sección 2 de este capítulo después de haber completado una semana de práctica de respiración diafragmática.

Autoevaluación

Responda las siguientes aseveraciones con V (verdadero) o F (falso). Las respuestas pueden verse en el Apéndice.

1. Respirar demasiado (hiperventilación) significa respirar mucho y muy profundamente para cubrir requerimientos del cuerpo en un momento Particular. V F
2. La hiperventilación continua es potencialmente peligrosa. V F
3. Cuando se realizan ejercicios de respiración, uno debe concentrarse en elementos completamente ajenos. V F
4. Si tiene una sensación de mareo o incomodidad durante el ejercicio de respiración diafragmática, es un indicador de que debe dejarlos. V F
5. El objetivo de las técnicas de respiración es eliminar el temor y la ansiedad. V F
6. El objetivo de las técnicas de respiración es el de ayudarlo a tratar directamente con los síntomas físicos y aquellas situaciones que le provocan ansiedad. V F

Revisión de las Técnicas de respiración

¿Sintió que utilizaba solamente su musculo diafragmático a medida que inhalaba el aire y lo llevaba hacia su abdomen? ¿Tiene síntomas de ansiedad mientras practica? Si es así, probablemente se deba a que respira un poco rápido o la respiración le provoca ansiedad si le presta atención. Siga practicando, y la ansiedad disminuirá. ¿tiene dificultades durante la concentración mientras cuenta? La práctica lo ayudara a concentrarse. Simplemente dirija su atención a la respiración y a las palabras (es decir, los números y la palabra “relax”) cada vez que note que se desconcentra.

Técnicas de Respiración: Respiración Lenta

Este ejercicio fue preparado para lentificar su ritmo respiratorio haciendo que coincida su respiración con su conteo. Practíquelo dos veces al día, durante 10 minutos, durante siete días, en un lugar como y tranquilo.

- ❖ Cuente y luego inhale, piense en la palabra “relax” y luego exhale. Dicho de otra forma, realice una pausa cada vez que inhale y cada vez que exhale.
- ❖ Respire a un ritmo de alrededor de 10 respiración por minuto. Esto significa que cuente (un segundo), inhale (dos segundos), piense en la palabra “relax” (un segundo) y exhale (dos segundos). Cada respiración tomara un total de seis segundos desde el momento del conteo hasta el final de la exhalación, lo que significa 10 respiraciones por minuto. No tiene que ser absolutamente así, pero trate de acercarse a las 10 respiraciones por minuto.
- ❖ Puede continuar con la práctica de una mano en su estoma y la otra sobre el pecho para estimular la profundidad de la respiración de diafragma.

- ❖ Los objetivos principales son lentificar la respiración mientras mantiene un fluido suave de aire y que utilice el diafragma más que el pecho.
- ❖ Recuerde que debe pensar en el aire como saliendo de su nariz o de su boca en vez de soplar. Y recuerde además que debe inhalar normalmente en lugar de una gran inhalación.

Tarea



Continúe con el registro de sus ataques de pánico y de los estados ánimo diarios utilizando el Registro de Ataques de Pánico y el Registro de Estado de Ánimo Diario. Al final de cada semana, sume la cantidad de ataques de pánico y el promedio diario de ansiedad para su Registro de Progresos.



Practique el ejercicio de respiración lenta dos veces al día, 10 minutos cada vez, durante siete días. Lleve un registro de sus prácticas en el Registro de Técnicas de respiración.



Continúe con la Sección 3 de este capítulo después de haber completado una semana de práctica de respiración lenta.

AUTOEVALUACION

Responda las siguientes preguntas con V (verdadero) o F (falso). Las respuestas podrán encontrarse en el Apéndice.

- 1- Saltear las prácticas de respiración de vez en cuando está bien. V F
- 2- Lentificar mi respiración significa contar hasta 10 a medida que inhalo y hasta 10 a medida que exhalo. V F
- 3- Si ahora no me resulta fácil, entonces las técnicas de respiración nunca van a funcionar. V F
- 4- Las técnicas de respiración no han sido diseñadas para eliminar los síntomas físicos de la ansiedad o del pánico. V F

Técnicas de respiración

Ahora que puede respirar a un ritmo más lento, es el momento de practicar en diferentes lugares, no solamente en espacios relajados. Realice el ejercicio de respiración cuando este en el lugar de trabajo, mirando televisión o en una salida social. Realice tantas prácticas como pueda durante el primer día. Es decir, en vez de una práctica completa de 10 minutos, practique durante un minuto o dos donde quiera que este, en el auto frente al semáforo, cuando habla por teléfono, o mientras esta en la ducha.

También, ahora es el momento de aplicar las técnicas de respiración como una técnica para ayudarlo a enfrentar la ansiedad y las situaciones que lo molestan. En otras palabras, a medida que siente que los síntomas de ansiedad aumentan, comience a concentrarse en la respiración diafragmática suave. Cunte sus inhalaciones, y piense en la palabra "relax" en las exhalaciones. Continúe contando 1-10 y luego de 10 hacia 1, disminuyendo el ritmo de respiración hasta aproximadamente tres segundos en la inhalación y tres segundos en la exhalación. Recuerde que el objetivo no es eliminar la ansiedad, sino regular su respiración, interrumpir el ciclo de pánico y ayudarlo a seguir adelante y enfrentar las cosas y situaciones que le provocan ansiedad. Las técnicas de respiración están pensadas para ayudarlo a avanzar, de manera que pueda enfrentar y sobreponerse a sus temores en vez de esconderse de ellos. Utilice las técnicas de respiración para ayudarlo a "respirar a través" del temor y la ansiedad.

Recuerde también, que aunque no controlo los síntomas de falta de aire, no se encuentra en peligro. Es sumamente importante. Creer que debe lentificar su respiración para evitar perder el control, o tener un ataque cardiaco, o experimentar alguna otra catástrofe, suma una ansiedad innecesaria al ejercicio de respiración. Recuerde que la hiperventilación no es peligrosa.

Puede ir dejando ya las prácticas diarias de 10 minutos de las técnicas de respiración, especialmente si ya puede respirar lentamente con su musculo diafragmático. Sin embargo, no haría ningún daño si continuara con las dos

prácticas diarias junto con las mini prácticas frecuentes, especialmente si encuentra dificultad en lograr respirar lentamente con el diafragma.

Tarea



Continúe registrando sus ataques de pánico y estados de ánimo diario utilizando el Registro de Ataques de Pánico y el Registro de Estados de Ánimo. Al final de la semana, sume la cantidad de ataques de pánico y el promedio diario de ansiedad para su Registro de Progreso.



Practique las técnicas de respiración en entornos diversos y de distracción cada vez que sea posible.



Aplique las técnicas de respiración para ayudarlo a continuar con la actividad o situación que le provoca ansiedad.



Después de haber completado una semana de práctica de técnicas de respiración en diferentes entornos y en momentos de ansiedad, continúe con la sección 4 d.

AUTOEVALUACION

Responda lo siguiente con V (verdadero) o F (falso). Las respuestas se encuentran en el apéndice.

1. Practicar técnicas de respiración en diversos entornos es útil para evitar la ansiedad o el pánico. V F
2. Cuando estoy ansioso, es importante dejar la situación que estoy enfrentando y practicar respiración lenta, de manera de poder calmarme y luego volver a casa. V F
3. Las técnicas de respiración intentan ayudarme a enfrentar situaciones y cosas que me provocan ansiedad. V F

Revisión de la Respiración durante el Pánico y la Ansiedad

¿Ha utilizado las técnicas de respiración cuando se sintió ansioso, como una manera de ayudarse a continuar lo que estaba haciendo? ¿Cuál fue el resultado? ¿Pudo distinguir señales tempranas de incomodidad física, o no fue hasta que finalmente se encontró sin aire que trató de realizar el ejercicio de respiración? Si este fue el caso, debe advertir con más anticipación los signos tempranos que pueden llevarlo a comenzar con la técnica respiratoria. ¿Trató el ejercicio de respiración con una sensación de desesperación, para escapar o evitar a cualquier costo los síntomas de ansiedad? Si fue así, recuerde que el propósito de las técnicas de respiración no es evitar el temor y la ansiedad sino permitirle hacer lo que tenga que hacer, y que continúe en movimiento, aun cuando puede sentirse ansioso o en pánico. Si utiliza el control de la respiración con desesperación (por ejemplo: “Si no respiro más lento, me muero”), solamente agregara combustible al fuego y por lo tanto, el pánico y la ansiedad aumentarán. Recuerde, aun si nunca puedo aprender a lentificar la respiración o a respirar desde el diafragma, igualmente sobreviviré. El objetivo es utilizar las técnicas de respiración para ayudarlo a enfrentar aquello que le provoca ansiedad, finalmente la ansiedad disminuirá.

Tarea



Continúe con los registros de los ataques de pánico y los estados de ánimo utilizando el Registro de Ataque de Pánico y el Registro de Estados de Ánimo. Al final de la semana, sume la cantidad de ataques de pánico y el promedio diario de ansiedad para su Registro de Progreso.



Continúe con la práctica de las técnicas de respiración en diferentes entornos, cada vez que sea posible. Continúe aplicando las técnicas de respiración para ayudarse a continuar con la actividad o situación que le provoque ansiedad.

Objetivos

- ❖ Para entender como los pensamientos influyen en las emociones.
- ❖ Para describir sus pensamientos negativos.
- ❖ Para entender los errores de sacar conclusiones apresuradas y ver las cosas fuera de perspectiva.
- ❖ Para aprender como descubrir expectativas realistas.
- ❖ Para aprender cómo poner las cosas en perspectiva.

Recomendamos que la información en este capítulo sea completada en un período de tres semanas. Use la tabla de la introducción para saber para saber cuándo hacer cada sección de este capítulo en relación con el capítulo que sigue.

En capítulos anteriores, discutimos la importancia de los pensamientos y en particular como los pensamientos negativos pueden contribuir a los ciclos de ansiedad y pánico. En este capítulo, usted va a construir habilidades para cambiar sus creencias erróneas y pensamientos negativos.

Sección 1 *Los pensamientos influyen a las emociones*

Tabla 7.1. Ejemplos de la influencia de los pensamientos sobre los síntomas físicos en las emociones

Evento	+	Pensamientos sobre el evento	+	Emoción
Dolor en el pecho		señal de ataque cardíaco		Pánico/miedo
Dolor en el pecho		señal de indigestión		sin miedo/ pánico
Dolor en el pecho		señal de contractura		sin miedo/ pánico

Dolor en el pecho	señal de cáncer	Pánico/miedo
Dolor en el pecho	señal de tensión y estrés	sin miedo/ pánico

Imagine a un amigo que camina hacia usted. En lugar de sonreírle y decirle “hola”, esta persona pasa por al lado suyo sin siquiera reconocerle. ¿Qué pensaría sobre esto? Si pensara que la persona está preocupada por otra cosa y ni siquiera lo vio, usted probablemente se sentirá levemente afligido o incluso hasta sentiría compasión por él. Esto es relevante para el trastorno de pánico, en donde la forma en que piensa sobre los síntomas físicos influenciará como se siente respecto a los síntomas. A continuación hay un ejemplo con las diferentes formas de pensar el síntoma físico de dolor en el pecho y el efecto emocional, que es similar al ciclo de pánico que se describía en el capítulo 3 y 4.

Lo mismo es aplicable para las distintas formas de pensar las situaciones que provocan agorafobia, como se muestra abajo.

Tabla 7.2. Ejemplos de la influencia de los pensamientos en situaciones de agorafobia

Evento	+	Pensamientos sobre el evento	+	Emoción
Ascensor viejo, lento.		El ascensor se va a quedar trabado. Voy a quedar atrapado, voy a tener Una crisis de pánico, sentirme un tonto.		Pánico/ansiedad
Ascensor viejo y lento.		No creo que el ascensor se vaya a quedar trabado; y aunque así sea, Voy a ser capaz de manejarlo		No hay pánico/ ansiedad

Ruidos en la panza durante Una reunión	Vergüenza a irme del lugar; no voy a llegar al baño a tiempo	Pánico/ansiedad
Ruidos en la panza durante una reunión	No será un gran problema irme; siempre logro llegar a un baño	No hay pánico/ ansiedad

Las emociones influyen sobre los pensamientos

Además, las emociones negativas causan más pensamientos negativos: sentirse con miedo incrementa la posibilidad de tener pensamientos negativos. Esto sucede porque el efecto principal del sistema de respuesta de lucha-huida es alertar sobre la posibilidad de existencia de peligro. Sin embargo, a veces la amenaza no se encuentra a simple vista. Es muy difícil para uno aceptar no tener una explicación para los sentimientos de pánico. (abordamos este tema en el cap. 3 y 4) Cuando la gente no encuentra una explicación para sus sentimientos, comienzan a buscar en sí mismos. En otras palabras, *“Si nada en el afuera me está haciendo sentir temor, entonces debe haber algo mal conmigo”*. En este caso, la mente crea una explicación, del tipo *“Debo estar muriéndome, perdiendo el control, o volviéndome loco”*. Como usted pudo ver en la información trabajada en el capítulo 3 y 4, nada es más lejano a la verdad que eso. El objetivo del sistema de respuesta de lucha-huida es proteger al organismo, no dañarlo – es nuestro mecanismo de supervivencia.

El efecto de estar ansioso según la forma en que pensamos está expuesto abajo.

El hecho de que la ansiedad produzca más pensamientos negativos ayuda a explicar porque, cuando el sentimiento se calma, muchas personas reconocen que su ataque de pánico nos les causará daño; pero cuando se encuentran en plena crisis, esa misma gente se siente convencida de que el ataque de pánico es dañino.

Tabla 7. 3. Ejemplos de la influencia de las emociones en los pensamientos

Emoción	+	Evento	+	Pensamientos sobre el evento
----------------	----------	---------------	----------	-------------------------------------

Ansiedad por tener que salir de casa	dolor en el pecho	es más probable que piense que tendré un ataque cardíaco, no voy a poder llegar a casa
---	-------------------	---

Relajado ante que el hecho de tener que salir de casa	dolor en el pecho	es más probable que piense tengo una indigestión o una contractura muscular
---	-------------------	---

Espiral o Círculo interactivo entre las emociones y los pensamientos

Entonces, el pánico y la ansiedad producen pensamientos negativos, y los pensamientos negativos producen pánico y ansiedad. Se termina generando un espiral de pensamientos negativos y ansiedad. Por todas estas razones, es muy importante aprender a cambiar los pensamientos que contribuyen a la ansiedad y el pánico.

Descubriendo sus propios pensamientos negativos

Hasta aquí puede ser que esté pensando “No me digo nada a mí mismo cuando entro en la crisis de pánico, solo aparecen de la nada”. Hay parte de registro de nuestro pensamiento. Esto significa, a veces estamos completamente concientes de nuestros pensamientos, y otras veces, nuestros pensamientos son tan automáticos que ni siquiera sabemos *que* estamos pensando. Como un ejemplo de esto último, piense en el hecho de manejar un auto. Hay una gran cantidad de pensamientos que van surgiendo mientras sale del estacionamiento (ej: poner mi pie en el acelerador, doblar la rueda hacia un lado, mirar sobre mi hombro, salir despacio, etc.). Sin embargo usted probablemente no sea conciente de estos pensamientos, los pensamientos tienden a volverse más automáticos mientras más a menudo los pensamos. Entonces por ejemplo, si usted ha creído por un largo tiempo que el ataque de pánico genera

problemas cardíacos, entonces ese pensamiento puede aparecer sin que usted lo registre- el pensamiento se volverá automático. Sin embargo, si se hace una auto observación más detallada, usualmente descubrimos pensamientos automáticos.

Vaya a cada ítem de la jerarquía de situaciones que generadoras de agorafobia y a cada ataque de pánico que haya tenido la semana pasada. Para cada situación generadora de agorafobia, pregúntese a usted mismo, “¿Qué pasaría si me forzaran a permanecer en dicha situación?”. Para cada ataque de pánico pregúntese “¿Qué pensé que me podría haber pasado?”.

Ahora es momento de ser lo más detallista que pueda. Sería más que simplemente decir “Creí que podía tener un ataque de pánico”, haga una lista con las diferentes posibilidades negativas que vienen a su cabeza, aunque sea por un segundo, como “si tengo una crisis de pánico puedo morir de un ataque cardíaco”. Si las descripciones de sus pensamientos son generales como por ejemplo “me sentí horrible” o “me voy a sentir ansioso”, pregúntese: “¿porque era tan terrible eso?, ¿Qué pensé que podía pasar?”. O si su pensamiento era más de tipo “pensé que iba a perder el control”, pregúntese que podría haber pasado si hubiera perdido el control. En otras palabras, sea más específico que simplemente plantear que tiene miedo de tener un ataque de pánico o de ponerse ansioso en determinada situación. El pánico y la ansiedad son estados emocionales del mismo modo que lo son la ira, la excitación y la tristeza. No son inherentemente peligrosos. Cuando usted dice que tiene temor de tener un ataque de pánico implicaría pensar que algo malo le está pasando, como un daño físico (infarto, derrame, desmayo), volverse loco, perder el control, morir o ser rechazado y avergonzado. Estos son los pensamientos negativos- catastróficos- que contribuyen al círculo vicioso de las crisis de pánico.

Del mismo modo, si su pensamiento inicial es que tiene miedo de quedarse atrapado o que sería muy difícil salir de una situación, piense más en las razones por las cuales eso le preocupa. Recuerde, la necesidad de escapar de una situación es solo relevante por el hecho de que usted cree que algo malo sucederá si esta forzado a permanecer en la situación. Puede ayudar el hecho de pensarse a usted mismo literalmente atrapado en su situación temida (ej: imagínese a usted mismo trabado en un ascensor o en un viaje muy largo en avión), y pregúntese a usted mismo que lo motiva a quererse ir. Por ejemplo, el miedo a sentirse atrapado puede estar basado en miedos a los gritos, y daño que la gente se pudiera hacer al querer salir.

Aquí hay un ejemplo de una conversación entre un terapeuta y un paciente con trastorno de pánico. El terapeuta está ayudando al paciente a identificar los pensamientos negativos con el mayor nivel de detalle posible.

T: ¿A qué se refiere cuando dice que sentir su corazón acelerado es horrible? ¿Qué es lo horrible de eso?

P: Bueno, me hace sentir muy asustado

T: ¿Asustado de qué?

P: Me hace preocuparme acerca de que algo malo va a pasar, algo físico

T: ¿Que cree que podría pasar?

P: Tal vez mi corazón empiece a ir cada vez más rápido y de pronto se detenga

T: ¿Y luego que pasaría?

P: Bueno, me moriría

T: ¿Y sobre su miedo a perder el control? ¿A qué se refiere cuando dice eso?

P: Eso es más difícil de describir. Supongo que no sé qué significa realmente. Solo siento que estoy fuera de control.

T: ¿Que cree que hubiese pasado si se hubiera descontrolado?

P: Que no podría detener el modo en que me estaba sintiendo

T: ¿Y qué hubiese pasado si no hubiese podido frenar esa sensación?

P: Bueno, el sentimiento se hubiese vuelto tan intenso que me hubiese paralizado, me hubiese derribado

T: ¿Y luego que hubiese pasado?

P: Hubiese sido el fin de mi vida, y hubiese dejado pasar el resto de mi vida sin hacer nada

Use este tipo de enfoque para descubrir sus pensamientos para cada ataque de pánico que haya tenido en la semana y para cada ítem de su jerarquía de situaciones generadoras de agorafobia. Anote los detalles en la planilla de Pensamientos Negativos en la planilla que está a continuación. Recuerde, el método es preguntarse a Ud. mismo “¿A que le tengo miedo?” y poner en práctica preguntas como por ejemplo “¿y si eso sucediera, entonces qué? O “¿si eso pasara que significaría?”. Con este nivel de detalle, es más fácil disipar creencias erróneas. Entonces, continúe preguntándose a Ud. mismo hasta que encuentre específicamente la predicción negativa que está haciendo.

Una vez que usted haya identificado los detalles de sus pensamientos de cada situación generadora de agorafobia y de cada ataque de pánico, continúe con la sección 2.

Pensamientos negativos

1 _____

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Sección 2

Llegando a conclusiones y probabilidades realistas

Errores al pensar de modo ansioso

Años de estudios han demostrado que cuando nos ponemos ansiosos o tenemos pánico, cometemos dos errores en nuestro pensar. Los errores son: 1- Sacar conclusiones apresuradas acerca de los eventos negativos, 2- Sobredimensionar. Estos errores nos hacen creer que las situaciones son más peligrosas de lo que realmente son y nos ponen más ansiosos. Es importante aprender a corregir estos errores.

Sacar conclusiones apresuradas acerca de los eventos negativos

Sacar conclusiones significa creer que un evento está mucho más cercano a suceder de lo que realmente está. ¿Puede pensar en las veces en que se encontró a sí mismo sacando una conclusión negativa solo para darse cuenta luego de que estaba equivocado? Ej: Tal vez estaba seguro de que no conseguiría entradas para ir al teatro porque estaba al final de la fila, y sin embargo las consiguió. O tal vez Ud. estaba convencido de que alguien iba a estar enojado con Ud. y luego descubrió que no lo estaba. Esto significa que Ud. estaba exagerando el aspecto negativo de un evento. Ahora piense acerca de su pánico y ansiedad. ¿Cuántas veces pensó que algo terriblemente malo sucedería, y cuantas veces esto efectivamente pasó? La mayoría de las veces, Ud. encontrará que teme a situaciones que nunca pasan o suceden raramente. Por ejemplo, ¿cuantas veces pensó que se iba a desmayar, y cuantas veces efectivamente se desmayó? O ¿cuántas veces pensó que perdería el control y empezaría a gritar y efectivamente esto sucedió? El hecho de que estas cosas no sucedan muestra que está sacando conclusiones apresuradas.

Usted podrá decir “Si, sé que esas cosas probablemente no vayan a pasar, pero igualmente me da miedo la posibilidad de que suceda”. ¿Por qué estas creencias erróneas persisten? Hay varias razones por las cuales usted puede creer que los eventos negativos van a seguir pasando ante futuros ataques de pánico.

Tal vez Ud. ha evadido constante a lo que teme realmente, por eso no tiene evidencia en contra. Por ejemplo, tal vez ha evadido manejar en autopistas por la creencia errónea de que tal vez pierda el control del auto. Sin embargo, al evitar conducir no se ha dado la oportunidad de aprender que esas cosas (perder el control del auto) no pasan muy a menudo. Esta es una de las razones por las cuales es tan importante enfrentar sus miedos.

Tal vez crea que lo que le sucedió en los ataques de pánico anteriores no es buena evidencia para lo que podría pasar en futuros ataques de pánico. Sin embargo, para la mayoría, la experiencia pasada es un buen predictor de la experiencia futura. Por ejemplo, si nunca se ha desmayado hasta ahora, entonces la probabilidad es que no se desmaye en el futuro. Esto se debe a que las probabilidades de desmayarse (o lo que

sea a lo que usted le tema) son en general las mismas cada vez que tiene un ataque de pánico.

O tal vez usted piense que la única razón por la cual ha sobrevivido a los ataques de pánico es por suerte o por algo que usted o el resto hayan hecho. Este tipo de razonamiento nos lleva a la creencia de que los hechos catastróficos pueden suceder en el futuro. Por ejemplo, alguna gente piensa que el único motivo por el cual no se han desmayado fue porque han logrado sentarse a tiempo o han sido ayudados a tiempo. Pero en verdad no se hubiesen desmayado aún si hubiesen permanecido parados o nadie los hubiera ayudado. Otros ejemplos son: “Yo solo logré manejarlo porque llegué el hospital a tiempo”; “Si mi esposa no hubiese llegado para ayudarme, podría haber muerto”; “Hubiese tenido un infarto de no haberme podido acostar y descansar”. Tomando el último ejemplo: en realidad, el infarto no ocurrió porque las verdaderas chances de sufrir un infarto al momento del ataque de pánico son muy, muy pocas, a pesar de cuan intensos sean los síntomas; de si está en una emergencia hospitalaria o en su casa; si esta solo o acompañado; o si esta acostado o en actividad.

A veces, la gente cree que los hechos catastróficos les han sucedido cuando en verdad no ha sido así. Por ejemplo, a veces el sentimiento de pánico y la urgencia de escapar son vistos como evidencia de pérdida de control (discutimos esto previamente, cuando describimos los mitos más comunes sobre los síntomas de pánico). En realidad, las acciones están guiadas por cualquier cosa que sea considerada lo más seguro para hacer en el momento, según a lo que se tema. Por ejemplo si usted cree que esta por dejar de respirar, entonces tiene sentido ir a tomar aire fresco. Si Ud. cree que esta por tener un infarto, tiene sentido que vaya a un hospital. Si cree que está perdiendo el contacto con la realidad tiene sentido que se pellizque a Ud. mismo o a un tercero para recuperar el sentimiento de realidad. El error es creer que este tipo de comportamiento demuestra que ud. esta fuera de control, en realidad lo que demuestran son las creencias erróneas sobre sus crisis de pánico.

Otra razón es la creencia errónea de que mientras más fuerte es la ansiedad o los síntomas corporales, más probable es que algo catastrófico suceda. Por ejemplo “sé que no he perdido el contacto con la realidad todavía, pero ¿qué pasaría si los sentimientos se vuelven peores que nunca? Entonces si enloquecería.” O “si mi corazón va más rápido, entonces voy a explotar.” En realidad la intensidad de los síntomas físicos no es evidencia de que ellos sean más dañinos. Una creencia similar es que las chances de salir lastimado aumentan por la repetición de ataques de pánico. Por ejemplo, alguna gente piensa que su corazón sufre daño con cada ataque de pánico. Como se describió en la sesión anterior, no hay evidencia de que el cuerpo o el sistema nervioso se desgasten de este modo. El estrés y la preocupación pueden eventualmente tener un efecto sobre su cuerpo, pero los ataques de pánico en sí no tienen este tipo de efectos negativos.

Un último motivo por el cual la creencia en el pensamiento catastrófico persiste es por algo que mencionamos anteriormente –que los pensamientos negativos se vuelven automáticos, como un hábito. Esto es, los pensamientos negativos van a aparecer en su mente cuando este ansioso a través del hábito a pesar del hecho de que usted piense más lógicamente en otros momentos.

Algunos de estos tipos de razonamiento son expuestos a continuación en la interacción entre Jane y su terapeuta:

Jane: Pensé que realmente me iba a enloquecer esta vez y nunca volver a la realidad. De hecho esto nunca pasó, pero podría pasar.

T: ¿Que significa que pienses que podría llegar a pasar?

Jane: Una parte mía siente que siempre logré escaparme justo a tiempo, yéndome de la situación, u obteniendo ayuda de mi marido, o esperando a que se me pase. Pero, ¿si la vez que viene no puedo esperar?

T: ¿Alguna vez has enloquecido o perdido el contacto con la realidad?

Jane: Supongo que estás diciendo que en realidad siempre puedo esperar o que siempre puedo escapar a tiempo.

T: En realidad no, estas sacando la conclusión de que si no lograras esperar o escaparte de la situación, enloquecerías y nunca volverías a la realidad

Jane: Pero se siente como si me fuera a pasar

T: La confusión entre lo que crees que va a pasar y lo que efectivamente pasa es el problema al cual nos estamos enfocando en esta parte del tratamiento

Examinar la evidencia y descubrir las probabilidades realistas

Tratar a los pensamientos como suposiciones

Como hemos desarrollado previamente, el miedo y la ansiedad nos llevan a creencias erróneas, y de uno por uno, esas creencias erróneas contribuyen al miedo y la ansiedad. En otras palabras, sacar conclusiones sobre situaciones negativas y sacar las cosas nos hacen sentir ansiosos y temerosos. El primer paso para cambiar esto es tratar a cada pensamiento como una suposición en lugar de como un hecho. Una vez que las reconozca como suposiciones, entonces estará en posición de reconocer que sus pensamientos podían ser errados y que debían ser testeados evaluando la evidencia. ¿Sus creencias están basadas en la evidencia o no? El objetivo es desarrollar formas más realistas de pensar. Esto no es lo mismo que desarrollar pensamiento

positivo del estilo “no te preocupes, se feliz”, en donde se pretende que todo está bien, eso no ayuda demasiado. Pero si ayuda decir, “espera un minuto, tal vez estoy pensando esto del modo equivocado, tal vez las chances de que me muera en el próximo ataque de pánico son ínfimas”. O: “aunque el resto se haya dado cuenta que me veo ansioso, tal vez no sea tan malo como pienso”.

Pensamiento basado en la evidencia

Las creencias más realistas pueden ser desarrolladas a través de considerar toda la evidencia- y obteniendo información adicional, de ser necesario- como la información tratada previamente en este libro de trabajo. Para tener en cuenta la evidencia, pregúntese a Ud. mismo, “¿Cuáles son las verdaderas posibilidades de que esto pase, esto sucedió antes alguna vez, cual es la evidencia de que sucederá o no?” esto significa que debe observar todas las variables antes de juzgar como algo realmente es. Esto nos ayuda a ver que, de lo que inicialmente pensamos, es menos probable que los eventos negativos sucedan.

Por ejemplo, puede asumir que fallará en un examen, pero mientras tanto, Ud. ha ignorado el hecho de que ha estudiado cuidadosamente. O un amigo puede estar actuando de manera fría, y usted puede creer que está enojado con Ud. sin tener en cuenta que puede estar enojado con otra persona o que tiene un mal día. Respecto al ataque de pánico, puede pensar que el adormecimiento del brazo izquierdo es una señal de posible infarto. O usted puede preocuparse por tener una crisis de pánico en una reunión, cuando ha habido muchas veces en que esto no ha sucedido. De manera similar, Ud. puede pensar que va a desmayarse, sin tener en cuenta que nunca se ha desmayado y que la gente rara vez se desmaya en un ataque de pánico. O puede creer que va a perder el control y gritar ignorando el hecho de que Ud. nunca ha hecho eso. También, puede pensar que la crisis de pánico va a seguir aumentando a un nivel tan intenso que nunca va a terminar o le causará un daño permanente ignorando el hecho de que eso nunca antes ha sucedido e ignorando el factor de nuestros mecanismos innatos, que restauran el balance (ej.: sistema nervioso parasimpático) por lo cual el pánico no continuará por siempre. O podría pensar que la sensación de desorientación que está experimentando significa que se volverá loco, como escuchó que le había sucedido a un conocido, pero está dejando de lado que hay muchas, muchas diferencias entre Ud. y esa persona.

Ahora, luego de considerar la evidencia, puntúe las probabilidades actuales del evento por el cual está preocupado. Puntúe las mismas en una escala del 0 al 100, donde 0 es “nunca sucederá” y 100 es “definitivamente sucederá”. Esta puntuación estará basada en la evidencia y no en cómo se siente. Entonces observe los datos y la evidencia. Las probabilidades son muy útiles para desarrollar formas más realistas de pensar, son más objetivas que decir “creo que podría suceder”.

Luego de que haya anotado las probabilidades realistas, genere pensamientos alternativos que estén basados en datos y evidencia para reemplazar al pensamiento negativo. Los pensamientos negativos pueden ser vistos como porciones de una torta. El ejemplo provisto más abajo muestra diferentes formas de pensamiento sobre un aumento en la velocidad del latir del corazón. El pensamiento negativo esta sombreado en el gráfico. La gran cantidad de pensamientos alternativos en comparación con su único pensamiento negativo indica la baja posibilidad de este suceda.

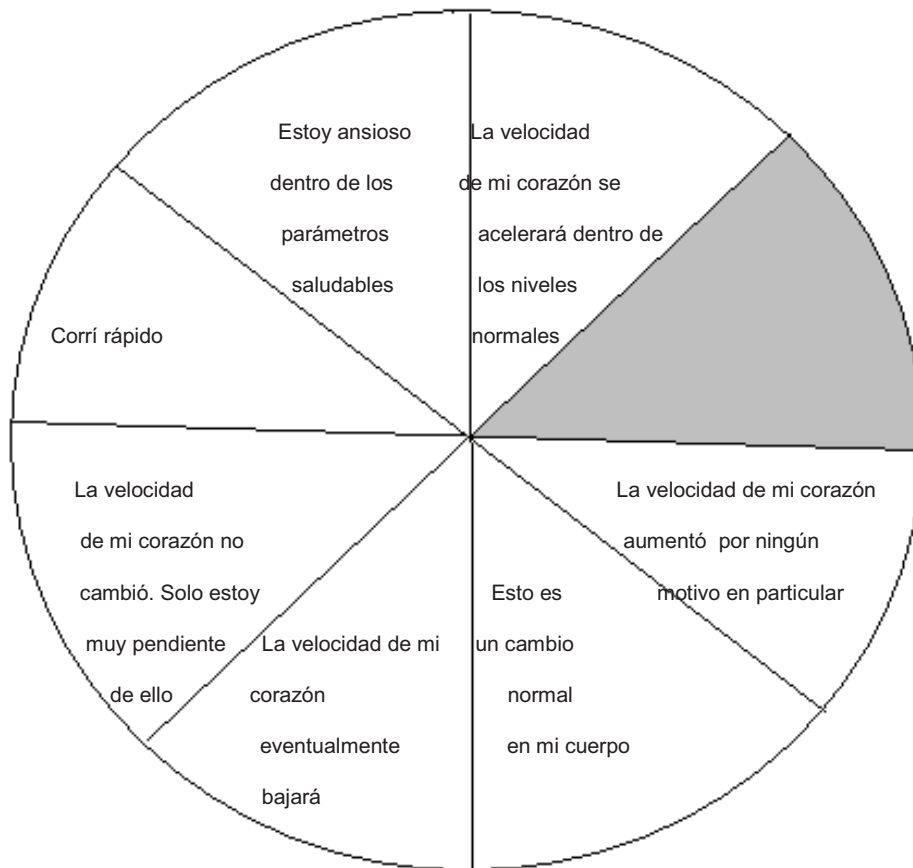


Figura 7.1. Ejemplo de un gráfico de torta completo sobre probabilidades realistas

La importancia de buscar la evidencia para los eventos negativos se muestra en el siguiente intercambio entre Jane y su terapeuta:

T: Uno de tus pensamientos negativos es que vas a enloquecer y nunca más volver a la realidad. (*evento negativo*) ¿Que te hace pensar que eso va a suceder?

Jane: Bueno, supongo que se siente así

T: Se más específica si puedes ¿Qué sentís?

Jane: Me siento como irreal, como que las cosas que me rodean están diferentes y no estoy conectada (razonamiento para el evento negativo)

T: ¿Y porque pensás que esas sensaciones significan que perdiste el contacto con la realidad?

Jane: No sé, se siente como si lo hubiera

T: Comprendo, vamos a ver alguna evidencia. ¿respondes si alguien te hace una pregunta en ese momento?

Jane: Bueno, te he respondido a vos aunque a veces aquí me sentí así

T: De acuerdo, ¿podes escribir o manejar cuando te sentís así?

Jane: Si, pero se siente diferente

T: Entonces suena como a que logras sostener estas funciones a pesar de las sensaciones. ¿Qué te dice esto?

Jane: Bueno, tal vez no perdí completamente el contacto con la realidad. ¿Pero que pasa si lo pierdo?

T: ¿Cuántas veces te sentiste distante?

Jane: Cientos de veces

T: Y ¿Cuántas veces perdiste el contacto con la realidad de manera permanente?

Jane: Nunca, pero ¿Qué pasaría si la sensación no se va? Tal vez ahí si lo perdería

T: Entonces ¿qué te da la pauta de que esto es una posibilidad?

Jane: ¿Qué hay de mi primo? El perdió el contacto con la realidad cuando tenía 25 años, y ahora es un desastre. Puede a penas hacer algo por sí mismo, y está constantemente saliendo y entrando de las guardias psiquiátricas. Nunca voy a olvidar cuando lo ví totalmente fuera de si, se hablaba a sí mismo

T: Entonces vos pensás que vas a estar como tu primo. ¿Hay cosas que te diferencian de él? Suena como que él tenía esquizofrenia.

Jane: Si, eso me dijeron

T: Entonces, vamos a considerar toda la evidencia y algunas alternativas. Vos te sentiste irreal cientos de veces, y nunca perdiste el contacto con la realidad porque seguiste funcionando aun en medio de esas sensaciones, y nunca duraron por siempre. Tenés miedo de volverte loca como tu primo, pero el sufre de esquizofrenia y tus ataques de pánico son completamente diferentes a la esquizofrenia. También tenes en mente nuestra discusión previa acerca de donde provienen las sensaciones de irrealidad (del exceso de tensión y de la hiperventilación). Entonces, ¿cuáles son las probabilidades realistas de que pierdas el contacto con la realidad definitivamente? Usá la escala del 0 al 100, donde 0 es “no hay chances en lo absoluto”, y 100 es “definitivamente sucederá”

Jane: Bueno, tal vez son más bajas de lo que pensé, tal vez un 20%

T: Entonces, ¿eso significaría que has perdido el contacto con la realidad cada 5 veces que sentiste sensaciones de irrealidad?

Jane: Bueno, viéndolo de esa manera, supongo que no. Tal vez la probabilidad sea muy baja.

T: Si, entonces ¿Cuál sería una manera distinta de pensar acerca de las sensaciones de irrealidad?

Jane: Tal vez el sentirme ansiosa y la hiperventilación causa esto, y no significa que esté perdiendo el contacto con la realidad o que soy igual que mi primo.

Cambiando sus propias expectativas

Mire su lista de pensamientos negativos, e identifique ejemplos en los que ud. estaba sacando conclusiones (se refiere a un evento negativo por el que usualmente de preocupa de más pero nunca ha sucedido o ha ocurrido rara vez). Luego, examine la evidencia para cada ejemplo, siguiendo los siguientes pasos usando la planilla de “Cambiando sus expectativas” a medida que avanza.

I. ¿Qué cosas de lo que me preocupa han sucedido alguna vez?

II. ¿Cuáles son las razones equivocadas por las cuáles me sigo preocupando?

-¿Evité las situaciones que me ayudarían a obtener una comprensión más realista de la situación?

-¿Estoy pensando erradamente que la evidencia de los ataques de pánico anteriores no es aplicable a futuros posibles ataques?

-¿Estoy pensando erradamente que tuve suerte o que las cosas que hice durante el ataque de pánico me salvaron de que cosas malas sucedieran?

-¿Estoy pensando erradamente que las cosas negativas por las que me preocupo se han vuelto realidad, cuando en verdad no es así?

-¿Estoy pensando erradamente que el riesgo de que las cosas negativas sucedan se incrementa con la intensidad del pánico y ansiedad?

III. ¿Cuál es la evidencia?

-Pregúntese a sí mismo lo siguiente:

a. ¿Cuál es la evidencia que me sugiere que algo va a suceder?

b. ¿Cuál es la evidencia que me sugiere que algo no va a suceder?

-Recuerde no confundir sus comportamientos con la evidencia respecto a lo que a ud. más le preocupa. Por ejemplo, si cree que está a punto de dejar de respirar, entonces cobra sentido salir a tomar aire fresco. Sin embargo, es incorrecto ver estos comportamientos como signos de pérdida de control, son acciones lógicas, dados los pensamientos ansiógenos.

-Considere cuando esté confundiendo bajas probabilidades con altas probabilidades o actuando y sintiendo como si el resultado negativo es garantía de que ocurra, o en oposición, solo una posibilidad.

IV. ¿Cuáles son las probabilidades actuales?

-Puntúe las probabilidades actuales de aquello por lo que más se preocupa después de haber considerado toda la evidencia.

-Puntúe las probabilidades en una escala del 0 al 100, donde 0 es “no hay chances en lo absoluto”, y 100 es “definitivamente sucederá”

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

Nunca bajas chances alta Definitivamente

Sucedirá chances moderadas probabilidad sucederá

V. ¿Cuáles son diferentes formas de pensar que están mejor basadas en la evidencia?

-Use un gráfico de torta para hacer una lista de las diferentes formas de pensamiento

-Alrededor de los pensamientos negativos ubicados en la parte sombreada, genere la mayor cantidad de pensamientos realistas posibles.

Tarea



Continúe registrando sus ataques de pánico y su ánimo diario usando el Registro de ataques de pánico y el Registro de ánimo diario. Al final de la semana, sume el número de sus ataques de pánico y el promedio diario de ansiedad a su Registro progresivo.



Practique cambiando sus expectativas para cada ejemplo de las conclusiones que saque de la lista de pensamientos negativos, así como para cualquier ataque de pánico que ocurra la semana próxima.



Luego de una semana, continúe en la sección 3 de este capítulo

Cambiando sus expectativas

Pensamiento

Negativo: _____

¿Cuántas veces ha sucedido? _____

Razones por las cuales me sigo preocupando por eso:

1-Conducta evitativa: _____

2-Creencia errónea que a la luz de la evidencia es descartada: _____

3- Creencia errónea acerca de que la suerte o mis precauciones “extra” han prevenido que suceda lo que temo:

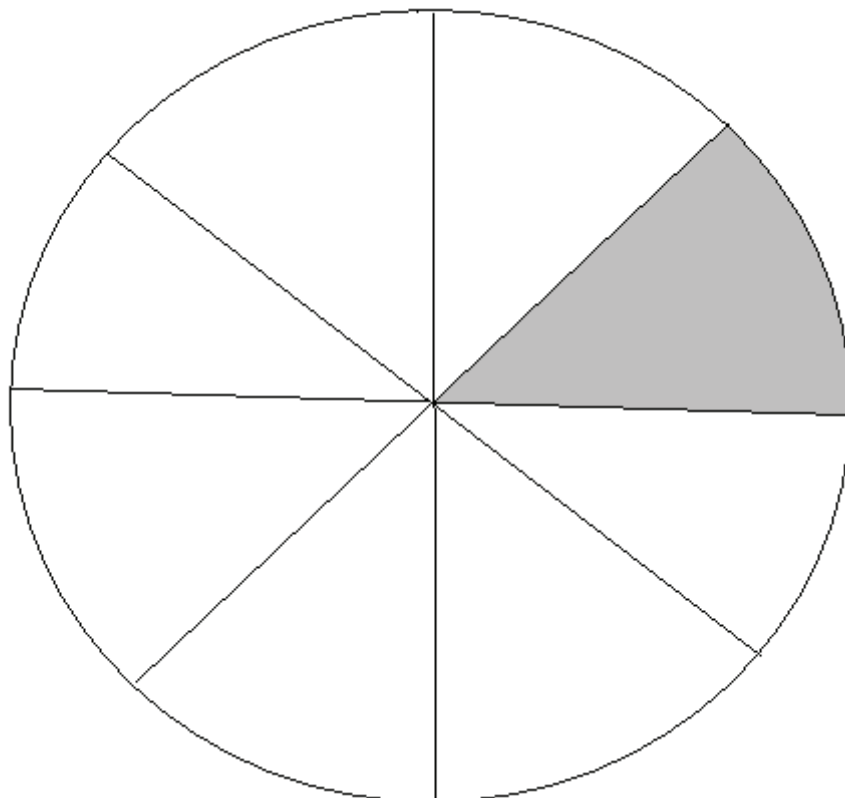
4- Creencia errónea acerca de que lo que más me preocupa se ha vuelto realidad: _____

5- Creencia errónea acerca de que el peligro aumenta con la intensidad de la ansiedad o los síntomas físicos _____

¿Cual es la evidencia? _____

¿Cuáles son las probabilidades realistas? (0-100) _____

¿Qué son los diferentes pensamientos? (complete el gráfico de torta, incluyendo sus pensamientos ansiógenos en la porción sombreada del gráfico):



Autoevaluación

Conteste lo siguiente con V (verdadero) o F (falso). Las respuestas están en el apéndice:

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Los pensamientos no tienen impacto sobre las emociones | V | F |
| 2. Para cambiar los pensamientos negativos, debe primero descubrir exactamente que está prediciendo que puede llegar a pasar, con el mayor detalle posible | V | F |
| 3. Sacar conclusiones significa creer que los eventos positivos nunca sucederán | V | F |
| 4. Juzgar una probabilidad de modo realista se logra luego de considerar toda la información y evidencia y no se basa en cómo se siente | V | F |
| 5. Es mejor no pensar en los pensamientos negativos y en lugar de eso esperar que se vayan solos. | V | F |
| 6. Los pensamientos negativos pueden surgir tan rápido y automáticamente que puede que no seamos conscientes de ellos. | V | F |

Sección 3 *Enfrentando lo peor y poniendo las cosas en perspectiva*

Viendo las cosas desde otra perspectiva

En la última sección hablamos de sacar conclusiones. Un segundo error que sucede en nuestro pensamiento cuando estamos ansiosos es sobredimensionar o pensar a las situaciones como “catastróficas”, cuando realmente no lo son. Ejemplos típicos son “si otra gente se dio cuenta de que me estaba sintiendo muy ansioso o teniendo una crisis de pánico sería terrible y no los podría ver otra vez”; “sería desastroso si me desmayara”, etc. Si usted se detiene a examinar la situación de modo realista, usualmente no es tan desagradable como parecía al principio. Por ejemplo, desmayarse aunque sea desagradable, no es un evento tan terrible. Desmayarse es en verdad un mecanismo adaptativo designado para reestablecer el balance de las funciones

corporales. De manera similar, si otra persona se da cuenta que está ansioso, lo peor que podría pasar sería que se sienta torpe, sin saber que responder, o que sientan simpatía por usted. O, si alguien si pensó que estaba raro, lo peor que podría pasar es que no piensen de usted lo que a Ud. le gustaría.

Otro pensamiento catastrófico típico es “algo sucederá en mi próximo ataque de pánico. No se que será pero será algo malo”. Nuevamente, este tipo de pensamientos generan ansiedad. Pero si examina la evidencia y considera que es lo peor que podría pasar, esto no será tan malo como su primer pensamiento sobre la situación.

Enfrentando lo peor y poniendo las cosas en perspectiva

Enfrentar lo peor y poner las cosas en perspectiva significa enfrentar cualquier cosa que lo esté asustando y darse cuenta que no es tan malo como pensaba en un inicio. Esto se lleva a cabo cambiando el enfoque de “que malo sería si...” a considerar “formas de lidiar con ello”. Cuando se llega a esto, todo es manejable en algún punto. No importa cuán intenso sea su miedo, Ud. sobrevivirá. No importa cuán embarazoso sea el momento esto pasará, y siempre hay una manera de atravesarlo.

Por ejemplo, ¿qué sucede si efectivamente se desmaya?, ¿Qué sucede si otros comentan el hecho de que usted estaba nervioso?, ¿Qué pasaría si gritara y llamara la atención sobre Ud. mismo?, o ¿si se fuera de la habitación porque se siente atrapado? Su primer reacción ante estas preguntas podría ser algo del tipo “sería horrible o terrible” o “no podría soportarlo”. Esto es sobredimensionar. Cuando las piense detenidamente, verá que las ha asumido como algo peor de lo que realmente son.

Hacer una tormenta de ideas sobre formas de tratar los eventos negativos es mucho más útil que pensar solo en lo horrible que sería. Por ejemplo, vamos a suponer que usted se desmaya frente a un grupo de personas. Piense en maneras de sobrellevarlo. ¿Qué haría? Imagine ¿qué pasaría cuando se despierte, que haría, que diría, que sucedería luego? Tal vez la gente lo ayudaría, o usted podría pedir agua, o decir que no se ha sentido bien últimamente, o que le ha bajado el azúcar en sangre o incluso que esta estresado- ud puede decir lo que quiera! Luego ¿qué haría? Tal vez iría a casa para descansar el resto del día. ¿Y qué le diría a la gente el próximo día si preguntaran como se siente? Y así.

El punto principal es que podemos esperar que cualquier infortunio nos suceda. Es solo creer que no podemos permanecer en eso y generar ansiedad. Podemos soportar literalmente todo lo que nos ocurra hasta el día que muramos. Afrontar lo peor y poner las cosas en perspectiva puede resumirse en una frase: “¿entonces qué?” (Esta estrategia sin embargo no es aplicable para situaciones como muertes, la pérdida de alguien querido, o comportamientos que vayan en contra de valores o la religión).

Aquí hay dos ejemplos de “poner las cosas en perspectiva”:

Ejemplo 1

P: Paciente T: Terapeuta

P: No me gusta estar en medio de una multitud porque si tengo un ataque de pánico, tal vez me desmaye y no se que me pasaría entonces

T: ¿Alguna vez te desmayaste antes?

P: No

T: Entonces, ¿qué tan probable es que te vayas a desmayar?

P: Ok, tal vez no muy probable, pero si me tuviera que ir del lugar esto sería vergonzoso

T: ¿alguna vez te sentiste avergonzado?

P: Ah, sí

T: Bueno, estas acá así que asumo que sobreviviste a la situación avergonzante. ¿Cuánto tiempo duró la situación embarazosa?

P: Bueno, me sentí mal por unos minutos, luego esto fue disminuyendo. No se. Tal vez duró un par de horas en total

T: Bueno, entonces no es muy probable que vayas a desmayarte, pero podrías irte del lugar y eso sería vergonzante, pero esta situación no durará mucho.

Ejemplo 2

P: Paciente T: Terapeuta

P: Estoy Preocupado de perder el control y volverme loco, gritar

T: Dejando de lado la bajísima probabilidad de que eso suceda (como discutimos antes), vamos a confrontar lo peor y preguntarnos que sería tan malo de eso ¿Qué sería lo horrible si gritaras?

P: Nunca podría superarlo

T: Bueno, vamos a pensarlo, ¿Cuáles serían maneras de afrontar esto?

P: Supongo que en algún momento dejaría de gritar

T: Eso es cierto, luego de un tiempo te cansarías. ¿Qué más?

P: Bueno, tal vez le explicaría a la gente que estaba teniendo un muy mal día, pero que estaré bien.

T: Bien, ¿Qué más?

P: Tal vez me iría, buscaría algún lugar calmo y me diría a mí mismo que lo peor pasó

T: Muy bien, y tal vez hay otras cosas que podrías hacer también.

Su ansiedad puede crecer si usted sigue focalizando en ciertas imágenes y pensamientos. Sin embargo, los pensamientos se vuelven menos ansiógenos mientras más los enfrenta. Solo afrontándolos directamente puede aprender que lo peor no es tan malo como se había imaginado en un principio. Recuerde que todo pasa con el tiempo, y siempre hay maneras de manejar aun las peores situaciones.

Resumiendo, ocuparse de cuando saca cosas fuera de proporción a través de:

1. afrontar lo peor que podría pasar; 2. darse cuenta que aun las peores situaciones pasan con el tiempo y pueden ser manejadas; 3. pensar maneras de sobrellevar la situación y sus sentimientos al respecto.

Cambiando su propia perspectiva

Vuelva a la lista de pensamientos negativos de la sección 2 e identifique ejemplos de cuando usted estaba sacando las cosas fuera de proporción. Luego piense que es lo peor que podría sucederle y piense formas de sobrellevar cada ejemplo siguiendo los pasos dados y completando cada sección de la planilla "Cambiando su perspectiva" mientras avanza.

- I. Enfrente cualquier cosa que más le preocupe que suceda.
- II. Reconozca que cualquier cosa que lo preocupe no durará para siempre y se puede sobrevivir a ello (esto no es aplicable para situaciones como muertes, la pérdida de alguien querido, o comportamientos que vayan en contra de valores o la religión).
 - ✓ Desarrolle distintas formas de pensamiento, y regístrelo en la sección titulada "¿Esto sucederá y sobreviviré?"
 - ✓ Recuerde: el objetivo de hacer esto no es pensar de forma positiva sino realista.
 - ✓ Por ejemplo, si usted cree que emocionalmente nunca se recuperará luego de haber atravesado un momento embarazoso o del temor, piense en el hecho de que estos sentimientos son temporarios, y dese cuenta de que Ud. en realidad se recuperará.

- ✓ En general el objetivo es darse cuenta que usted será capaz de sobrevivir a cualquier cosa que le suceda y cualquier cosa que le preocupe no durará para siempre.

III. Desarrollar estrategias de afrontamiento

- ✓ Cambie el foco de “que malo sería si una situación difícil sucediera” a considerar “formas de lidiar con diferentes situaciones”. Haga una lista con los pasos de las estrategias de afrontamiento

Cambiando su perspectiva

Pensamiento

Negativo: _____

¿Esto sucederá? ¿ sobreviviré a esto? _____

Estrategias de
afrentamiento: _____

Pensando habilidades en general

A veces sus pensamientos negativos estarán basados en un único error –sacar conclusiones apresuradas o sobredimensionar - Otras veces ambos errores estarán presentes, en cuyo caso, deberá examinar la evidencia para generar probabilidades realistas y alternativas, pensamientos basados en evidencia para no sacar conclusiones, así como enfrentar lo peor que podría suceder, darse cuenta de que incluso las situaciones malas pasan con el tiempo y son manejables, y pensar estrategias de afrontamiento de la situación y sus sentimientos para poner las cosas en perspectiva nuevamente.

No se desanime si este abordaje de las habilidades de pensamiento parece artificial al principio. Como con otras habilidades en el programa, aprender a cambiar sus pensamientos negativos requiere práctica. Con la repetición se volverá más fácil, y las nuevas formas de pensamiento le serán más naturales. Incluso, se volverá tan natural que Ud. no tendrá que pensar en el proceso completo, sino que automáticamente pensará menos alternativas negativas.

También, recuerde que el principal objetivo de las habilidades de pensamiento no es eliminar la ansiedad, sino que intentan corregir los errores en su pensamiento así puede seguir adelante y enfrentar las situaciones y cosas que lo ponen ansioso, eventualmente su ansiedad puede bajar.

Resumen de las habilidades de pensamiento

El primer paso es conocer los detalles de aquello que usted más teme que suceda en una situación específica.

Para preocupaciones que impliquen sacar conclusiones apresuradas (preocupaciones repetidas acerca de un evento negativo que raramente o nunca sucedió), los pasos incluyen lo siguiente:

1. Preguntarse “¿aquello a lo que le temo se ha vuelto realidad alguna vez?” (si hablamos de un trauma, sin embargo, la pregunta se refiere al intervalo de tiempo desde que sucedió el trauma).
2. Considere las razones erróneas por las cuáles la preocupación continúa
3. Revea toda la evidencia
4. Considere las probabilidades realistas
5. Haga una lista con distintas maneras de pensar que estén más basadas en la evidencia.

Para preocupaciones que impliquen sacar las cosas fuera de proporción, los pasos para poner las cosas en perspectiva incluyen lo siguiente.

1. Enfrente lo peor como si estuviera pasando efectivamente, y dese cuenta que aunque sea la peor situación, se puede sobrevivir a ella.
2. Cambie de “pensar en cuán malo sería” a pasos para afrontar el evento negativo en caso de que suceda.

Tarea



Continúe registrando sus ataques de pánico de manera diaria. Al final de la semana, sume el número de ataques de pánico y promedie la ansiedad diaria a su Registro progresivo.



Practique Cambiar su perspectiva para cada ejemplo de sacar las cosas fuera de proporción de la Lista de pensamientos negativos.



Practique cambiar sus probabilidades y/o cambiar su perspectiva para cualquier ataque de pánico que haya ocurrido en la semana.



Luego de una semana, continúe con la sección 4.

Autoevaluación

Conteste lo siguiente con V (verdadero) o F (falso). Las respuestas están en el apéndice:

1. El hecho de que tenga pensamientos sobre ser colapsado o abrumado significa que estas cosas van a pasar efectivamente T F
2. Nadie más que yo tiene esta clase de pensamientos. Debo estar realmente loco. T F
3. Forzarme a mí mismo a pensar lo peor me hará sentir ansioso al principio, pero mientras mas lo piense y ponga esto e perspectiva, menos ansioso me voy a sentir T F
4. Encontrar y cambiar pensamientos negativos es fácil, y este proceso no debería tomar mucha práctica T F
5. Un ataque de pánico no durará para siempre. Tiene una duración determinada y manejable. Aunque yo no haga nada, se me pasará T F

Repaso de práctica sobre habilidades de pensamiento

¿Alguna vez a logrado identificar sus pensamientos negativos de manera detallada cuando se pone ansioso o tiene un ataque de pánico? ¿Alguna vez etiquetó o rotuló el pensamiento negativo como “sacar conclusiones apresuradas” o “ver las cosas fuera de perspectiva”? ¿Fue capaz de examinar la evidencia y poner las cosas en perspectiva observando las probabilidades realistas y afrontando lo peor, dándose cuenta de que las situaciones difíciles no duran por siempre y que siempre hay posibilidades de resolverlo? ¿Ha sido capaz de decir “¿y qué?” Puede sentirse artificial al principio siempre examinar y cambiar sus pensamientos. Sin embargo, mientras práctica, esta forma de pensar se volverá más natural. Es lo mismo que cuando aprendemos un nuevo idioma: al principio toma un montón de esfuerzo y parece poco natural, pero con la práctica, se vuelve más natural.

Tenga en cuenta también, que el objetivo de trabajar con sus pensamientos negativos no es eliminar los síntomas físicos inmediatamente. En lugar de eso, el objetivo es corregir el pensamiento erróneo –sacar conclusiones y cosas fuera de proporción- lo cual contribuye al círculo o espiral entre ansiedad y miedo. Por ejemplo vamos a suponer que usted se empieza a sentir mareado y asustado. Identifica el pensamiento negativo como “este mareo me hace sentir que me voy a desmayar”. Usted usa sus habilidades de pensamiento y se da cuenta de que se ha mareado muchas veces antes, y nunca me desmayé, entonces es poco probable que vaya a sucederme. El mareo es un síntoma desagradable, señal de que debe hacer un cambio en su respiración o su nivel de ansiedad. Luego usted se da cuenta de que se sigue sintiendo mareado. La persistencia del síntoma físico no significa que sus habilidades de pensamiento han fallado. Su nuevo análisis de que su mareo no es dañino es cierto. El mareo puede tomar algún tiempo en disminuir. Relacionado con esto, recuerde que algunos síntomas físicos suceden mas allá de lo ansioso o temeroso que esté. Todos tenemos momentos donde nos sentimos desbalanceados; con dificultades para respirar; temblorosos o con el corazón acelerado. En otras palabras, aunque use sus habilidades de pensamiento puede haber ocasiones en las que sienta síntomas físicos que le recuerden al ataque de pánico.

También, tenga cuidado del síndrome “no se preocupe, sea feliz”. Por ejemplo, compare alguien que dice “voy a estar bien, todo está controlado, nada malo va a suceder” con alguien que dice “¿A que le tengo miedo? tengo miedo de desmayarme. ¿Qué tan probable es que vaya a desmayarme? Sé que me veo tentado de sacar conclusiones acerca del riesgo del desmayarme. Las sensaciones pasarán”. La primera persona está tratando de dar una solución rápida, que no funciona realmente a largo plazo. La segunda persona está examinando sus pensamientos y buscando una nueva manera de pensar basada en la evidencia, lo cual si funciona a largo plazo.

Finalmente, recuerde que usted está aprendiendo una nueva habilidad. Toma tiempo a los nuevos modos de pensar volverse más poderosos que las antiguas formas de pensamiento. No es inusual que los pensamientos negativos reaparezcan. Trátelos como lo hizo la primera vez; para cada uno que venga a la mente, aunque sea el mismo una y otra vez, repita la estrategia de buscar la evidencia, pensar que sería lo peor que podría pasar, y poniendo las cosas otra vez en perspectiva. La repetición hace a la nueva forma de pensar más fuerte de manera natural.

Lidiando con los recuerdos aterradores

Cuando se le da mucha importancia a un evento del pasado, es más fácil recordarlo. Además, mientras más frecuentemente un evento es recordado, mayor probabilidad de que se lo recuerde nuevamente. Los recuerdos aterradores nos hacen pensar que el futuro lo será también. Si piensa que un ataque de pánico es una de las peores cosas, una experiencia terrorífica, algo que no llega a comprender por completo, entonces ese recuerdo contribuirá su ansiedad sobre futuros ataques de pánico.

Muchos de los pacientes se vuelven menos ansiosos sobre futuros ataques de pánico luego de entender sus pasados ataques de pánico en lugar de sentir temor por ello.

Para hacer esto primero recuerde el peor ataque de pánico y, tan claramente como pueda, recuerde el contexto. Esto incluye la gente, los sonidos, los colores, los objetos que lo rodeaban. Imagínelo tan claramente como pueda ubicándose usted mismo en la escena. Recuerde como se sentía. Puede sentirse algo ansioso o temeroso.

Piense acerca del peor ataque de pánico otra vez, especialmente el modo en que se sintió. Identifique la tríada del pánico: ¿fue un síntoma físico, un pensamiento negativo o un período de estrés? ¿Cómo reaccionó? ¿Que fue la primer cosa que sucedió? ¿tuvo pensamientos negativos los cuáles produjeron más síntomas físicos? Use el análisis paso a paso: ¿sacó conclusiones apresuradas? (ej.: ¿pensó que iba a morir?) ¿Sacó las cosas fuera de proporción? (ej.: pensar que todos se darían cuenta y pensarían que está loco) ¿Que sucedió luego? ¿Sintió más miedo? ¿Qué hizo ante esto? ¿Fue a un hospital o trató de escapar, pedir ayuda o recostarse? ¿Cómo repercutió esto en el círculo vicioso de la ansiedad? ¿Cuál fue el resultado final? En otras palabras, sobrevivió y no perdió el control o se volvió loco. Su objetivo es transformar su pensamiento en hechos para que se vuelva más entendible.

Continúe repitiendo este ejercicio de repensar al peor ataque de pánico hasta que no le genere ansiedad; hasta que comprenda lo sucedido y que ha sobrevivido. Llamamos a esto *procesar el evento pasado*, el objetivo es tener menos recuerdos perturbadores, y tener menos ansiedad ante posibles situaciones futuras.

Tarea



Continúe registrando sus ataques de pánico de manera diaria. Al final de la semana, sume el número de ataques de pánico y promedie la ansiedad diaria a su Registro progresivo.



Practique cambiar sus probabilidades y/o cambiar su perspectiva para cualquier ataque de pánico que haya ocurrido en la semana.



Practique haciendo un análisis paso a paso de su peor ataque de pánico.

Autoevaluación

Conteste lo siguiente con V (verdadero) o F (falso). Las respuestas están en el apéndice:

1. Puntuar las expectativas de que un evento negativo suceda significa que los eventos negativos siempre son probables V F
2. Para casos en los cuales se sacan conclusiones apresuradas, se debería pensar en formas de afrontamiento para “lo peor que podría suceder” V F
3. Las habilidades de pensamiento no intentan olvidar la ansiedad sino ayudar a lidiar con las cosas que lo ponen ansioso V F
4. Volver atrás en el recuerdo del peor ataque de pánico y tomar noción de la secuencia de eventos debería ser evitado a toda costa. V F

Objetivos

- ❖ Entender el valor del enfrentamiento de situaciones de agorafobia.
- ❖ Aprender la manera óptima de enfrentar situaciones de agorafobia.
- ❖ Revisar qué se ha aprendido del enfrentamiento de situaciones de agorafobia.
- ❖ Mantener el enfrentamiento de situaciones de agorafobia.

Completar este capítulo tomará varias semanas (aprox. 6 semanas), no obstante, la cantidad concreta de tiempo, dependerá del número de situaciones identificadas en su Jerarquía de Situaciones de Agorafobia y del ritmo con el que progrese con las mismas.

Planificación y Práctica del Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia**El Valor del Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia**

Hasta ahora, nuestro foco estuvo puesto en el afrontamiento de la ansiedad. Ahora, es momento de centrarnos en el aprendizaje de la experiencia directa. En muchos aspectos, la experiencia directa es la manera más poderosa de aprender. Es esencial que -tarde o temprano- enfrentes y manejes de manera repetida todas las situaciones identificadas en tu Jerarquía. Evitando estas situaciones, queda impedida la posibilidad de nuevos aprendizajes; reforzándose el miedo y la ansiedad. Cuanto más evite algo, más ansiedad sentirá respecto a dicha algo. Quizá elija incluir a un otro significativo en esta fase del tratamiento, en la cual tendrá que enfrentar de manera directa las situaciones de agorafobia que le generan ansiedad. Si es así, por favor remítase al capítulo 9.

Razones por las cuales sus intentos anteriores quizá hayan fallado

Muchas personas piensan que ya han intentado enfrentarse con las situaciones de agorafobia, y sin ningún éxito. Concluyendo, de manera errónea, que este tipo de tratamiento no funciona. Sin embargo, es muy probable que estos intentos anteriores, no hayan estado estructurados de la mejor manera. Hemos revisado las posibles razones por las cuales esto no haya funcionado en el pasado, pautando el método correcto para realizar ejercicios de exposición.

Posiblemente, piense que ya ha probado enfrentar situaciones de agorafobia, cuando, en realidad, no haya sido el caso. Por ejemplo, ser forzado a estar en algún escenario de este tipo, no es lo mismo que planificar una tarea específica para repetir una y otra vez. Manejar una sola vez por la autopista, por una emergencia con un pariente enfermo, no es lo mismo que manejar por la autopista tres o cuatro veces por semana en pos de superar una fobia a conducir. Por lo tanto, es muy importante diferenciar un intento aislado fallido o llevado a cabo con mucha dificultad, con verdaderamente enfrentar sus miedos y situaciones de agorafobia.

Los intentos de enfrentamiento quizá no hayan sido realizados con la suficiente frecuencia, con un intervalo de tiempo demasiado prolongado entre una exposición y la siguiente. Por ejemplo, pasear por un centro comercial una vez al mes, es de mucha menos ayuda que caminar por el mismo centro una vez a la semana.

Emparentado con esto último, quizá sus intentos anteriores no hayan sido realizados durante un período suficiente de tiempo. Por ejemplo, practicar quedarse solo durante 90 minutos diarios, es mucho más útil que solo 5 minutos al día. Y esto es así, porque el aprendizaje de nuevos hábitos implica una inversión de tiempo prolongada. Enfrentar sus miedos por cortos períodos de tiempo, disminuye las chances de aprender nuevos comportamientos.

El factor más importante a tener en cuenta, es que quizás sus intentos anteriores no hayan sido realizados en las condiciones óptimas. Enfrentar de manera repetida situaciones de agorafobia, solo funciona si logra desarrollar un *aprendizaje correctivo*, es decir, aprender lo que realmente necesita para enfrentar y vencer dichas situaciones. Por ejemplo, si su miedo a los centros comerciales se basa en la idea que se volverá loco/a si pasa más de 15 minutos dentro, la meta será poder comprar dentro del centro comercial superando los 15 minutos, y así poder concluir que no se volverá loco/a. Enfrentarse de manera repetida por menos de 15 minutos, no le proveería el aprendizaje que realmente necesita.

Por último, es probable que se haya refugiado en amuletos, señales reaseguro, conductas de reaseguro, o distracciones durante sus intentos de enfrentamiento. Recuerde siempre, estas son vías de afrontamiento inútiles, porque interfieren con el aprendizaje correctivo, y contribuyen a la perpetuación de la ansiedad.

En síntesis, la práctica constante, prolongada, y sistematizada, desarrollada en las condiciones necesarias para el aprendizaje correctivo, sin señales o conductas de reaseguro, amuletos, o distracciones, será mucho más exitosa.

La práctica con situaciones de agorafobia apunta a tres objetivos:

1. Recopilar nueva información de utilidad, que le permitirá terminar de comprender que aquello que tanto temía que pase, era imposible o muy poco probable que sucediera, y que incluso enfrentar el peor escenario, no era tan cruento como pensaba. Y que aún en las situaciones más difíciles, siempre hay maneras de afrontar.

2. Permitirle aprender que puede manejar y sobrellevar los sentimientos de ansiedad y miedo.
3. Demostrarle que puede cumplir con aquello que estaba evitando.

Uso de Medicación

El uso de medicación debe ser tenido en cuenta, particularmente aquella que bloquea todas sus emociones, o bien aquella que le reduce la vivencia de miedo in situ (incluyendo los de acción rápida como el Xanax o el Klonopin).

Si la medicación es tan fuerte que bloquea todas sus emociones, lo más probable es que interfiera en aquellos beneficios que podría recibir al enfrentar su temor a situaciones de agorafobia. Cierta cuota de ansiedad es de mucha ayuda, aprendemos más cuando estamos un poco ansiosos que cuando estamos completamente relajados. Por lo tanto, si su ansiedad y su pánico están bloqueados del todo por la medicación, sería importante que hable con su médico psiquiatra en orden a bajar la dosis.

El segundo punto refiere al uso de medicación de acción rápida. Inicialmente, en sus primeros intentos de enfrentarse con situaciones de agorafobia, es esperable que sienta la imperiosa necesidad de tomar Xanax de acción rápida, justamente porque estos han sido sus herramientas de afrontamiento de uso frecuente. Esta necesidad es aceptable, siempre y cuando apunte a ir enfrentando estas situaciones sin medicación (ahondaremos respecto a cómo ir bajando la medicación en el Capítulo 11).

Práctica en Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia

Planificación de la Práctica

Ha llegado el momento de planificar su práctica con situaciones de agorafobia. Elija el primer ítem de su Jerarquía, y siga los pasos a continuación.

1. Identifique aquello que más teme que pueda llegar a pasar en esta situación. Esto llevará el nombre *Pensamiento Negativo*. Puede ser un resultado concreto, como el temor a desmayarse, a volverse loco, o a tener un infarto; o puede hacer referencia al miedo a no poder manejar la ansiedad asociada a dicha situación.
2. Piense en las condiciones ideales para practicar, aquellas que realmente le posibiliten aprender que sus pensamientos negativos son irreales. Estas serán denominadas "*Metas Finales*".

Por ejemplo, si tiene la convicción que puede caminar desde una punta a la otra del centro comercial sin desmayarse, pero que si lo hace ida y vuelta se desmayará; obviamente las condiciones ideales serán que camine ida y vuelta. De manera análoga, si está convencido que puede entrar y estar por 10 minutos dentro del centro comercial, pero que si entra más de tres veces seguidas seguro se

desmaya, las condiciones ideales para practicar serán entrar tres veces o más.

Por lo tanto, debe tener en cuenta la cantidad de tiempo que debe permanecer en la situación, o la frecuencia con la que debe enfrentarse, en pos de aprender que sea cual sea su miedo, o bien no se da, o bien puede afrontarlo.

Al mismo tiempo, aprender que sus pensamientos negativos son irreales implicará que abandone todos sus amuletos, sus señales y conductas de reaseguro, o sus tácticas de distracción. Así pues, vuelva a las listas de Señales Supersticiosas o de Reaseguro, y de Conductas y Distracciones de Reaseguro del Capítulo 5, y planifique la eventual práctica con cada situación de agorafobia sin ninguno de los ítems de dichas listas. Hay una única posible excepción, su teléfono celular. En el mundo moderno, el uso de celulares puede ser de gran ayuda en emergencias reales. Recomendamos viajar sin su celular, justamente para que pueda aprender que no morirá de un infarto, se desmayará, ni tendrá algún otro tipo de discapacidad si no tiene a la mano su aparato. Pero de todas maneras, reconocemos que si su auto, por ejemplo, tiene un desperfecto mecánico, el teléfono es una herramienta muy práctica.

3. Elija trabajar de manera gradual hacia sus “Metas Finales”, o bien arrancar de lleno con las mismas.

Por ejemplo, si la meta final es caminar por el centro comercial, durante una hora, solo/a (ya que a esa altura piensa que se desmayará si está solo/a), puede comenzar por hacer 20 minutos con un amigo y 20 minutos solo/a; 40 minutos con un amigo y 40 solo/a; y 60 minutos con un amigo y 60 minutos solo/a. O puede proponerse directamente estar 60 minutos completamente solo/a. De esta manera, las “Metas de Hoy”, serán aquellas que contemplen las condiciones en las que irá practicando acercándose, cada vez más, a las “Metas Finales”.

Ver ejemplo a continuación.

4. Use sus habilidades de pensamiento

Durante la preparación de la práctica, pregúntese lo siguiente:

¿Ha sucedido alguna vez aquello que tanto temo? (Si nunca ha sucedido, o muy rara vez se ha dado, ¿no estoy sacando conclusiones apresuradas?).

Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia

Situación: Manejar por la calle.

Pensamientos Negativos (Ej.: lo que más le preocupa que podría llegar a pasar): Voy a perder el control del automóvil y me voy a meter de contramano.

Meta Final: Manejar sola durante 1 hora.

Meta de Hoy: Manejar durante 20 minutos acompañada de mi marido.

Figura 8.1.

Ejemplo de cómo completar la Planilla de Situaciones de Agorafobia

Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia

Pensamientos Negativos: Voy a perder el control del automóvil y me voy a meter de contramano.

¿Cuántas veces ha pasado esto? Nunca.

¿Qué evidencia tiene? Aunque me siento entumecida y débil, todavía puedo mover mis brazos y mis piernas, y aún puedo pensar, por lo tanto es probable que pueda controlar el auto.

¿Qué probabilidad real hay que suceda? Ninguna.

Maneras de Afrontamiento: Voy a respirar calmadamente y voy a decirme que estoy en control.

Figura 8.2.

Ejemplo de cómo llenar la Planilla de Situaciones de Agorafobia, utilizando Habilidades de Pensamiento.

- ¿Qué es lo peor que podría llegar a pasar, y cómo lo podría enfrentar? (Si siente que lo peor sería insostenible y que no podría afrontarlo, entonces está sobredimensionando las cosas.)
- Entonces:
 - a. observe toda la evidencia;
 - b. tenga en cuenta las probabilidades reales;
 - c. dese cuenta que lo peor probablemente no sea tan malo como pensó en un principio; y
 - d. piense en maneras de afrontamiento.

A continuación, un ejemplo del uso de estas habilidades de pensamiento.

Esta situación deberá ser practicada al menos tres veces durante la próxima semana (ya sea que se proponga sus metas finales directamente, o que vaya practicando de manera progresiva hasta alcanzarlas). Si su situación es muy acotada (por ejemplo, subir 4 pisos por ascensor), practique una y otra vez durante un día en particular hasta pasar 1 hora entera haciéndolo.

Seguirá practicando la situación la cantidad necesaria de días para que nivel máximo de ansiedad se reduzca a 2 puntos o menos. Que su nivel de ansiedad decrezca o no durante la práctica no es importante; más importante que eso es que luego de cada día de práctica, su nivel de ansiedad finalmente vaya bajando.

Ahora, abordaremos distintas maneras de realizar las prácticas lo más efectivamente posible.

Momento de Miedo

Si se pone nervioso o atemorizado durante la práctica, utilice sus ejercicios de respiración y de pensamiento, ayudándose a continuar y terminarla. En primer lugar, use la respiración de la siguiente manera:

- Focalice su atención en la respiración y en el conteo.
- Cuente 1 (un segundo), inhale por dos segundos, piense en la palabra “relax” durante un segundo, y exhale por dos segundos.
- Infle su abdomen cuando inhale, y desínflelo cuando exhale, manteniendo su pecho lo más quieto que pueda, y sin respirar muy hondo.
- Cuente hasta 10 y luego hasta 1, una vez.

Luego, pregúntese las siguientes *preguntas clave*, las cuales facilitarán el uso de sus habilidades de pensamiento.

- ¿Qué es lo que más temo que pase?
- ¿Cuáles son las chances reales de que esto suceda?
- ¿Qué haré para afrontar y manejar dicha situación?

Escape

Si durante la práctica, comienza a sentir que es necesario abandonarla porque su miedo y su ansiedad son muy intensas, la mejor estrategia es dejar la situación de *temporariamente* y, luego de usar sus habilidades, retome nuevamente la situación. A continuación algunos ejemplos.

- ❖ Si está manejando en una autopista, busque un lugar para detenerse y salga de allí. Practique sus ejercicios de respiración, y hágase las mismas preguntas clave enunciadas arriba, favoreciendo el uso de sus habilidades de

pensamiento. Luego, vuelva a la autopista.

- ❖ Si está en un centro comercial, busque un lugar para sentarse cerca de la salida o incluso apenas saliendo de allí y, luego de usar sus habilidades de respiración y de pensamiento, entre nuevamente.

La regla número uno, es que si se escapa y no regresa, terminará exactamente donde comenzó, sin ningún progreso. Siempre trate de volver a la situación.

Al terminar la Práctica

Luego de terminar la práctica:

- ❖ evalúe si aquello que más temía ocurrió o no (sí o no);
- ❖ evalúe su máximo nivel de ansiedad durante la práctica, en una escala de 1 a 10 puntos, donde 0 = sin ansiedad y 10 = ansiedad extrema.

Reflexione sobre lo que sucedió, sobre sus logros, y respecto a aquello que podría hacer de diferente la próxima vez. Protéjase de autocríticas destructivas. Recuerde, si sintió ansiedad mientras enfrentó la situación, no hay problema. De hecho, es esperable, y es bueno que haya sucedido. Sentir ansiedad ayuda al aprendizaje, especialmente si lo central a aprender es que la ansiedad no es dañina, y que además tiene la capacidad para manejarla. También recuerde que su nivel de ansiedad decrezca o no durante la práctica no es importante; más importante que eso es que luego varias repeticiones con el correr de los días de práctica, su nivel de ansiedad finalmente vaya bajando. Finalmente, tenga presente lo que ha logrado. Por ejemplo, es mucho más útil reconocer sus méritos y darse un premio por haber manejado dos kilómetros en la autopista, que criticarse por no haber manejado hasta más lejos. Lo más importante son los logros en sí mismos, sin importar cuán pequeños le parezcan.

Tarea



Continúe registrando sus ataques de pánico y estado de ánimo diario, utilizando el Registro de Ataques de Pánico y el Registro de Estado de Ánimo Diario. Al final de la semana, agregue el número de ataques y el promedio diario de ansiedad a su Registro de Progresos.



Lea para la semana entrante el capítulo 9, para aprender a incluir a familiares o amigos.



Practique Cambiando sus Probabilidades y/o Cambiando su Perspectiva ante cualquier ataque de pánico que puede suceder durante esta semana.



Practique enfrentamientos a situaciones de agorafobia al menos tres veces en la semana. Aborde más de una situación de su jerarquía.



Luego de haber practicado enfrentamientos a situaciones de agorafobia al menos tres veces en la semana, pase a la sección 2.

Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia

Fecha:

Situación:

Metas Finales (excluyendo amuletos, señales y conductas de reaseguro, o tácticas de distracción):

Pensamiento Negativo (Ej.: aquello más teme que pueda llegar a pasar):

¿Cuántas veces ha ocurrido eso?

¿Qué evidencia tiene?

¿Cuáles son las probabilidades reales? (0 a 100)

Modos de Afrontamiento:

¿Sucedió aquello que más temía? (Sí/NO):

Ansiedad máxima (0 a 10):

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Nada

Poca

Moderada

Fuerte

Extrema

Autoevaluación

Responda verdadero (V) o falso (F), según corresponda. Podrá encontrar las respuestas en el apéndice.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Es indispensable que no piense respecto a sus sentimientos durante el enfrentamiento de situaciones de agorafobia. | V | F |
| 2. Practicar el enfrentamiento una vez cada tanto, es aceptable. | V | F |
| 3. Hay que practicar cada situación de agorafobia sólo una vez. | V | F |
| 4. Sentir miedo o ansiedad durante la situación de agorafobia significa que ha fallado en la tarea. | V | F |
| 5. Es indispensable para la práctica de enfrentamientos, realizarla muchas veces, durante un período prolongado de tiempo, y dispensando cualquier amuleto, señales o conductas de reaseguro, o distracciones, de modo tal que pueda aprender algo nuevo. | V | F |
| 6. El objetivo de enfrentar situaciones de agorafobia, es aprender que aquello que tanto teme, sea lo que sea, rara vez o nunca sucede; que hay una forma de afrontar la peor situación; que puede manejar el miedo y la ansiedad, y que puede lograr aquello que tanto evitaba. | V | F |

Sección 2 Revisión, Planificación Sostenida, y Práctica de Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia

Revisión del Enfrentamiento de Situaciones de Agorafobia

¿Qué aprendió?

¿La práctica le ayudó a darse cuenta que estaba sacando conclusiones apresuradas de manera equivocada, y/o que estaba exagerando? ¿La práctica le ayudó a darse cuenta que puede manejar el miedo y la ansiedad? ¿Le ayudó a darse cuenta que puede lograr aquello que tanto evitaba? Por supuesto, estos tres objetivos serán mucho más palpables en función de la práctica repetida y sostenida en el tiempo.

Sobrellevando las huidas

Algunas veces, la ansiedad puede ser abrumadora, y puede que decida huir de la situación sin regresar el mismo día. Viva esto como una experiencia de aprendizaje, y tómese un rato para pensar por qué le pasó.

- ¿Qué síntomas padeció?
- ¿Qué pensamientos negativos pasaron por su mente?
- ¿Qué pensamientos anticipatorios tuvo respecto a continuar con la actividad?

Seguramente, sacó conclusiones apresuradas de manera equivocada, y/o exageró las cosas. En tal caso, debe volver a revisar sus habilidades de pensamiento, buscando evidencia, ampliando su punto de vista.

Además, tenga presente que la idea no es que sienta cero ansiedad o cero miedo. Lo lógico sería que al principio se sienta ansioso/a, de lo contrario no sería algo que necesite practicar. De hecho, sentir un poco de ansiedad es indispensable, ya que lo ayudará a entender que dichos sentimientos (ansiedad y miedo) no son algo peligroso y que tiene la capacidad de manejarlos. Y en el mismo sentido, muchas veces la ansiedad sube antes de comenzar a bajar, justamente porque se está enfrentando a situaciones que venía evitando. Sin embargo, mediante la repetición sostenida de la práctica, tarde o temprano la ansiedad comenzará a disminuir.

Si su nivel de ansiedad se mantiene alto luego de muchas prácticas con la misma situación, es probable que esté demasiado pendiente de no ponerse ansioso, en vez de aceptar la ansiedad como parte de la actividad, y concentrarse en sus habilidades de pensamiento y de respiración, para ayudarse a enfrentar dicha situación.

Sosteniendo la Planificación y la Práctica de Situaciones de Agorafobia

Elija el siguiente ítem de su Jerarquía de Situaciones de Agorafobia, y aplique los mismos principios descritos en la Sección 1. Continúe haciéndolo hasta terminar de practicar con cada uno de ellos.

Tarea



Continúe registrando sus ataques de pánico y estado de ánimo diario, utilizando el Registro de Ataques de Pánico y el Registro de Estado de Ánimo Diario. Al final de la semana, complete su Registro de Progresos.



Practique Cambiando sus Probabilidades y/o Cambiando su Perspectiva ante cualquier ataque de pánico que puede suceder durante esta semana.



Practique enfrentamientos a situaciones de agorafobia al menos tres veces en la semana, hasta abordar cada situación de su jerarquía. Puede practicar más de una situación a la vez.



Evalúe distintas maneras de enfrentarse a estas situaciones dentro del contexto en el que ocurrió su primer ataque de pánico.



Pase a la sección 3 una vez que haya practicado por lo menos la mitad de las situaciones de su Jerarquía, o cuando haya llegado a la Semana 10 del Programa de Tratamiento.

Sección 3 Enfrentamiento de Síntomas Físicos en Situaciones de Agorafobia

Enfrentando Síntomas Físicos de Situaciones de Agorafobia

Puede ser (aunque rara vez sucede) que haya enfrentado todas las situaciones de agorafobia sin experimentar ninguno de los síntomas físicos que usualmente tanto lo angustian. Por ejemplo, una mujer a quien le cuesta mucho conducir su auto, sobre todo cuando siente que sus brazos están cansados, concluyendo erróneamente que está por perder el control del auto. ¿Qué pasaría si cada día que hace la práctica de manejar en autopistas, nunca aparece dicha sensación de cansancio? El problema estaría solucionado siempre y cuando nunca más sienta cansancio en sus brazos. Pero este escenario es improbable, por lo tanto lo mejor estar preparado ante la aparición de los síntomas físicos en las situaciones de agorafobia.

Por supuesto, sería mucho más fácil enfrentar estas situaciones si se tuviera garantía que los síntomas físicos no aparecerán. Pero, como ya se dijo, esto es muy poco realista, sobretodo sintiéndose ansioso respecto a dichas situaciones: la vivencia de ansiedad provoca síntomas físicos. Y no solo eso, algunos síntomas aparecerán más allá de esta vivencia de ansiedad, por ejemplo, un aumento en su temperatura corporal, que puede sucederle estando en un Centro Comercial con mucha gente; o cansancio en la vista mientras está conduciendo; o la sensación de “estar lleno” luego de una comida en un restaurante. Es preferible saber enfrentar todo, tanto los síntomas como las situaciones, más que desear que los síntomas no aparezcan.

Para esta altura del programa, ya tendría que haber completado la mayor parte del capítulo 10, en el cual se aprende a enfrentar los síntomas físicos que lo ponen ansioso. Ahora, es tiempo de incluir lo aprendido en dicho capítulo, aceptando, e incluso exagerando los síntomas físicos durante sus prácticas con situaciones de agorafobia.

Entrar en una situación con la *intención* de vivenciar síntomas físicos, es indicio de que ya no teme a los síntomas. Y por la contraria, entrar con la esperanza que no aparezcan, es evidencia de que sigue teniéndoles miedo. Hay múltiples maneras de generar -intencionalmente- los síntomas físicos, al tiempo que enfrenta las diferentes situaciones:

- ❖ conducir su auto con la calefacción y las ventanas cerradas (calor)
- ❖ usar ropa de lana, camperas, y cuellos de tortuga (calor)
- ❖ mirar rápido para atrás mientras camina (mareo, pérdida de equilibrio)
- ❖ beber café (excitación)
- ❖ comer pastas o comida “pesada” (sentirse “lleno”)
- ❖ subir escaleras (aumento frecuencia cardíaca)
- ❖ no usar lentes de sol en un día soleado (vista cansada)
- ❖ usar corbata o bufanda (presión en la garganta)

Por todo esto, siga los siguientes pasos para el diseño de su próxima práctica, usando los formularios “Enfrentando los Síntomas” y “Situaciones de Agorafobia”

1. Identifique de su jerarquía, la situación a practicar. Preferentemente una que no haya practicado antes; o, si ya las ha practicado todas, elija aquella en la que haya registrado el mayor nivel de ansiedad.
2. Determine el síntoma a intensificar, y decida cómo y cuándo reproducirá el mismo mientras se enfrenta con la situación elegida. Esto se denomina *exageración del*

síntoma.

3. Tenga en cuenta las mejores condiciones para practicar, de modo tal que realmente pueda aprender que sus pensamientos negativos son improbables. Estos escenarios se denominan *Metas Finales*. Recuerde excluir amuletos, señales y conductas de reaseguro, o distracciones.
4. Comience de manera gradual hasta llegar a las metas finales, o bien apunte directamente a éstas. Si elige un acercamiento paulatino, su meta del día obviamente debe ser diferente a sus metas finales.
5. Identifique aquello que más teme que pueda llegar a pasar durante la situación, mientras esté experimentando los síntomas. Esto se denomina *Pensamiento Negativo*.
6. Luego aplique sus habilidades de pensamiento con el pensamiento negativo. (¿Cuántas veces ha sucedido esto que tanto temo? ¿Qué evidencia tengo? ¿Cuáles son las probabilidades reales de que esto suceda? ¿Tengo formas de afrontarlo si llega a pasar?)
7. Luego de practicar, registre cualquier cosa que haya ocurrido de lo que tanto temía, y registre su máximo nivel de ansiedad.

Enfrentamiento de Síntomas y Situaciones de Agorafobia

Fecha:

Situación:

Finales (excluyendo amuletos, señales y conductas de reaseguro, o tácticas de distracción):

Pensamiento Negativo (Ej.: aquello más teme que pueda llegar a pasar):

¿Cuántas veces ha ocurrido eso?

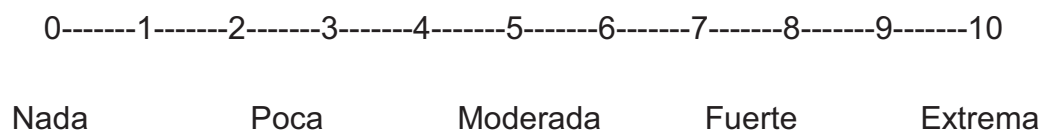
¿Qué evidencia tiene?

¿Cuáles son las probabilidades reales? (0 a 100)

Modos de Afrontamiento:

¿Sucedio aquello que más temía? (Sí/NO):

Ansiedad máxima (0 a 10):



Tarea



Continúe registrando sus ataques de pánico y estado de ánimo diario, utilizando el Registro de Ataques de Pánico y el Registro de Estado de Ánimo Diario. Al final de la semana, agregue el número de ataques y el promedio diario de ansiedad a su Registro de Progreso. Al final de la semana, agregue el número de ataques y el promedio diario de ansiedad a su Registro de Progresos.



Practique Cambiando sus Probabilidades y/o Cambiando su Perspectiva ante cualquier ataque de pánico que puede suceder durante esta semana.



Practique enfrentamientos a síntomas y situaciones de agorafobia al menos tres veces en la semana. Puede practicar más de una situación a la vez. Hágalo con cada situación de su Jerarquía, junto con los síntomas que lo ponen ansioso, tantas veces como sea necesario hasta que su nivel máximo de ansiedad no sea mayor a 2 puntos.



Una vez que haya terminado con toda la práctica y el material provisto en el capítulo 10, pase a la etapa final del tratamiento, leyendo el capítulo 11, sección 2, y el capítulo 12

Capítulo 9 Incluyendo a Otros

Objetivos

- ❖ Entender la importancia de incluir a otras personas.
- ❖ Planificar formas efectivas de incluir a otras personas.

Durante este capítulo, presentamos diversas formas de incluir a personas que lo ayuden: esposos/as, familiares, o amigos, con el objetivo de ayudarlo a enfrentar sus miedos a situaciones de agorafobia. Usted puede saltar este apartado en el caso de no contar con personas que puedan ayudarlo o si prefiere valerse solo.

¿Por qué buscar la ayuda de Otro?

Las investigaciones han demostrado que la inclusión de otros significativos durante el proceso terapéutico facilita el desarrollo de un patrón sostenido de mejoría, sobre todo al término del proceso formal de terapia. Por esta razón, recomendamos la búsqueda de algún familiar o amigo/a que esté dispuesto a apoyarlo.

Tiene sentido si lo piensa.

En principio, el comportamiento agorafóbico puede tener un impacto en la vida de los otros. Al evitar situaciones, tareas o deberes que le correspondían a usted, han tenido que ser asumidas por otros. Aunque la otra persona pueda estar haciéndolo para ayudarlo, al suplantarle en sus actividades cotidianas, sin darse cuenta le refuerza su miedo y conductas evitativas. Por ejemplo, supongamos que con el objetivo de ayudarlo con su miedo a manejar en autopistas o de hacer la fila del supermercado, su marido antes de llegar a casa para y hace las compras. Como resultado, como ya no maneja en autopistas ni hace la fila del supermercado, no tiene oportunidad de aprender a dejar de tenerle miedo a dichas situaciones. Y más aún, es muy posible que desarrolle una gran dependencia para con su esposo, necesítándolo más y más para que se ocupe de sus cosas y haga aquello que antes estaba a su cargo. Como puede imaginarse, tal dependencia conlleva a otra serie de problemas -muchas veces resentimientos y peleas- y todo debido a que inicialmente su esposo trataba de ayudarlo. Tomar conciencia de esto es el primer paso para iniciar el cambio.

Otra posibilidad es que su esposo/a, pareja, pariente o amigo/a, sin darse cuenta, le refuerce su miedo y evitación al prestarle mucha atención y cuidados cuando se encuentra asustado/a. Si la atención que usted recibe (y que a todos nos gusta tener) es más intensa cuando tiene miedo que cuando no, tiene sentido que su miedo comience a estar motivado por la atención que le brinda su pareja. Por supuesto, puede que no se de cuenta de esto, siendo algo del orden subconsciente. Todos los seres humanos tenemos la tendencia a responder ante la atención incrementando aquel comportamiento que generó dicha atención en primer lugar. De esta manera, supongamos que su novia lo abraza de manera especialmente prolongada, o muy afectuosamente, cuando está ansioso; o que una pelea se olvida inmediatamente apenas usted comienza a angustiarse; tiene sentido que, de alguna manera, usted aprende que poniéndose ansioso obtiene una gran cantidad de atención positiva. Nuevamente: de ninguna manera se quiere decir que sus angustias las provoque para tal fin, los costos de la ansiedad son siempre superiores a sus "beneficios". Pero de todas maneras, este tipo de reforzamiento es un factor a tener en cuenta, e incluso que debe ser modificado. Ya que inclusive pueda que esta dependencia sea, para su otro significativo, un reforzamiento para sí mismo, y por tal motivo él o ella apunte a asumir más y más responsabilidades que le eran propias a usted.

Otra posibilidad es que, debido a su falta de entendimiento respecto a la naturaleza de los ataques de pánico y la agorafobia, un otro significativo preocupado pueda exacerbar sus miedos reaccionando desmedidamente, o sobredimensionando sus síntomas de pánico. Por ejemplo, si usted le dice a la otra persona que siente que se está por desmayar, y ésta reacciona diciéndole "Oh Dios! Vayamos urgente a un hospital!", lo más probable es que su padecimiento se refuerce y se incremente. Nuevamente, comenzar a tener conciencia de todo esto, es el primer paso para el cambio.

En el lado opuesto, su otro significativo puede reaccionar ante sus dificultades con enojo, frustración, con poco tacto y entendimiento, y falta de apoyo. De alguna manera, esto es entendible, ya que él o ella sienten que deben asumir las responsabilidades y tareas que no quieren o que nunca planearon tomarlas como propias. Para alguien quien ya tiene una agenda apretada, tomar cosas extras puede ser vivido como una gran carga. Esta situación puede verse exacerbada cuando el otro significativo no comprende por completo la naturaleza del problema. Incluso puede que le digan que sus problemas no son reales, que están solo en su cabeza. Tener una pareja quejosa, gesta un contexto estresante,

enlenteciendo y dificultando su progreso en este tratamiento. Bajo estas condiciones, es muy útil brindarle al otro significativo una descripción acabada de la naturaleza del pánico y la agorafobia, y del tratamiento para ambas.

Como puede ver, es necesario un equilibrio entre una relación excesivamente dependiente, y una relación quejosa y despectiva. Una forma de lograr este balance, será involucrar a su otro significativo (desde ahora denominado el “*asistente*”) en la terapia, convirtiéndolo en un factor facilitador, trabajando los dos como un equipo de resolución del problema, aplicando todos los principios destacados en este manual.

Formas de entender para su Asistente

Su asistente puede aprender acerca del pánico y la agorafobia leyendo este manual, pidiendo asesoramiento a un profesional de la salud mental, o preguntándole a usted mismo. La última forma probablemente sea la más difícil, ya que seguramente se han consolidado un cúmulo de sentimientos entre ambos respecto al pánico y la agorafobia, así como el impacto de éstos en su relación interpersonal.

Por supuesto que el asistente deberá tener cierto grado de motivación o predisposición para entender y ayudarlo. Desafortunadamente, algunas personas no tienen dicha predisposición a aprender, aunque se muestren interesados y motivados a ayudarlo. En tal caso, podrá sugerirle que busque asesoramiento con un profesional de la salud mental o que lea este manual, de modo tal que puede arribar a una mejor comprensión de lo que usted está atravesando. Otro hecho que debe tratar de hacerle ver al asistente, es que el cambio le ayuda tanto a usted, como a él/ella. En otras palabras, que su relación comenzará a mejorar cuando el pánico y la agorafobia disminuyan.

El resto de este capítulo proseguirá haciendo de cuenta que su otro significativo ha acordado aprender más y convertirse en un factor facilitador en su recuperación. Es decir, consolidándose como una especie de asistente, ayudante o acompañante a la hora de enfrentar situaciones de agorafobia.

Preparación para trabajar juntos

La preparación para que ambos se conviertan en un equipo capaz de superar su pánico y agorafobia, implica varios pasos.

El asistente debe aprender acerca del pánico y la agorafobia. Recomendamos a su cónyuge, pareja, amigo o familiar la lectura de este manual. De modo tal que él o ella pueda entender que su pánico y agorafobia no son intencionalmente conscientes, que no son un problema que “está solo en su cabeza”, o que “todo va a salir bien con tan solo un empujón”.

Es muy importante que usted reconozca los cambios que se han dado en la vida de su asistente, acomodándose ambos a las imposiciones de la agorafobia. Esto significa sentarse a hablar, y tomar nota de las distintas áreas vitales que se han visto modificadas a partir de su problema. La meta del tratamiento es aliviar su pesar, al tiempo de aliviar el de su asistente. Un reconocimiento conjunto de las áreas afectadas a partir del problema, es una excelente manera de comenzar a cambiar como equipo.

Continuando la charla con su asistente, será de mucha ayuda que puedan identificar aquellos comportamientos de él/ella que refuercen -sin darse cuenta- su miedo y evitación. Hagan una “lluvia de ideas” buscando dichas conductas. Hagan hincapié en las situaciones en las que él/ella le presta toda su atención en los momentos en los que usted se siente más ansioso, en detrimento de sus estados de mayor calma o relax. Asimismo, hablen de las tareas o actividades que él/ella ha estado haciendo por usted. Y finalmente, identifiquen aquellas reacciones (exageradas) del asistente que fomentan el incremento de sus síntomas físicos. Relean juntos la primera sección de este capítulo, esto ayudará a su asistente a darse cuenta hasta qué punto -sin advertirlo- sus propias acciones mantienen su malestar.

El próximo paso, será que su asistente aprenda alternativas para sobrellevar el pánico y la agorafobia. En otras palabras, debe saber acerca de los ejercicios de respiración y de pensamiento, de modo tal que pueda ayudarlo a enfrentar situaciones de agorafobia. Mediante el uso de éstas, él/ella aprenderá a relativizar la situación, evitando sobredimensionar la situación, por ejemplo que no piense que realmente le está por dar un infarto cardíaco; y lo apuntalará a usted, en el uso de estas habilidades de pensamiento. Y lo que es más, le ayudarán a él/ella para contenerlo y ser paciente con usted (ya que el progreso rara vez es algo continuado, sino que presenta altibajos, y en gran medida depende del esfuerzo y la persistencia).

Su ayudante puede colaborar en la preparación para enfrentar cada situación de agorafobia. De esta manera, él/ella puede proveerle de una mirada objetiva de gran utilidad al momento de evaluar las evidencias y desarrollar alternativas.

Maneras de comunicarse

El paso siguiente en pos de planificar un enfrentamiento junto con su ayudante, es tener en cuenta cómo comunicarse cuando comienza a sentirse ansioso. Muchas veces, al sentirnos tensos o angustiados decimos cosas que no queremos o implicando algo que no era nuestra intención. Por esta razón, es útil ensayar la manera de comunicación más constructiva, antes de encarar juntos las situaciones de agorafobia.

Recomendamos el uso de una escala de 0 a 10, de modo tal que pueda comunicarle su nivel de ansiedad o angustia, evitando engorrosos diálogos respecto a cómo se siente, sobretodo en lugares públicos. Es mucho más útil decirle a su ayudante que tiene una ansiedad de nivel 6, que “No puedo más, me siento terrible”. Del mismo modo, es más útil para su asistente preguntarle por un número dentro de una escala, que “¿Cómo te sentís?”.

Como es esperable, usted preferiría no decir nada, callar cuán ansioso se está sintiendo, seguramente por vergüenza o como un intento de evitar lo que está sintiendo (temiendo que si habla de su ansiedad, ésta aumentará). Tenga siempre presente que, a largo plazo, los intentos de distracción o de evitación de su ansiedad serán inútiles. Siento mucho mejor, desarrollar una conciencia objetiva de sus reacciones. La vergüenza inicial, se irá reduciendo a medida que ambos se vayan acostumbrando a dialogar respecto a su manejo de la ansiedad.

El asistente debe intentar lograr un equilibrio, no ser ni insensible, ni insistente. Por ejemplo, es probable que él/ella suponga qué es lo que usted está sintiendo o pasando por su mente sin pedir su confirmación. Sintiéndose enojado o frustrado, si usted evita o se escapa de una situación. Lo mejor, será hablar de antemano respecto a cómo deberá reaccionar cuando usted se muestre dubitativo/a o retraído/a. Lo ideal será abordar el problema como un equipo, estableciendo de qué manera tiene que reaccionar cada quien cuando usted sienta mucho temor o exprese un deseo inminente de retirarse del lugar. Pueden usar “palabras clave” para comunicarse ideas significativas, sobretodo en público. El siguiente ejemplo, puede servirles como modelo de referencia para actuar.

Usted: Mi ansiedad es intensa, estoy en 6, me quiero ir.

Asistente: ¿Pensamientos?

U: Lo mismo de siempre. Tengo calor y estoy sudando, y pienso que me estoy por desmayar.

A: ¿Conclusiones apresuradas?

U: Sí, pero lo que siento es más intenso que lo usual.

A: ¿Cuántas veces?

U: Ya lo sé, nunca.

A: Sentarse

U: Sí, mejor me siento así pienso un poco lo que me está pasando.

Como puede observarse, el asistente está utilizando una serie de frases estereotipadas o “palabras clave”, pactadas de antemano, instándolo a que busque evidencia o desarrolle estrategias de afrontamiento (sentarse y buscar evidencia vs. escaparse).

A continuación, otro ejemplo.

Usted: Tengo miedo.

Asistente: ¿Número?

U: Estoy en un 7. Siento que no puedo respirar.

A: Es un sentimiento, ¿realmente no estás pudiendo respirar?

U: Ya lo sé, en realidad tengo aire suficiente, pero me cuesta mucho.

A: Respira despacio.

Otro ejemplo.

U: Hoy no tengo ganas de practicar. ¡Estoy muy cansado, es demasiado difícil, estoy agotado!

A: ¿Qué tenías planeado para hoy?

U: Volver a la fila del Banco. Al mismo al que fui el lunes. Pero hoy no tengo ganas.

A: Sé que es difícil, pero te ayuda. Ahora estás pudiendo ir a lugares que antes te eran imposibles.

U: Sí, pero hoy necesito un recreo.

A: ¿Estás teniendo una predicción negativa respecto a lo que va a suceder en el Banco en función de cómo te estás sintiendo hoy?

U: Probablemente. Pienso que hoy realmente me voy a desmayar de lo cansado que estoy.

A: De acuerdo, pero ¿qué evidencia tenés?

U: Ya sé... ninguna. Está bien, voy.

Otra cosa muy importante es recibir apoyo de parte de su asistente. Tener dicho apoyo, significa tener el reconocimiento del otro respecto a sus intentos para superar su miedo y evitación, al tiempo que refuerza dichos intentos. Algo muy distinto al típico patrón de refuerzo, en el cual el otro le presta más atención cuanto más angustiado se sienta. Es más, muchas veces el éxito logrado puede verse desestimado ante la inexistencia del reconocimiento por parte de sus otros significativos (sin que éstos tengan presente, lo difícil que ha sido para usted, encarar una situación que venía evitando desde hacía mucho). Supongamos por ejemplo, que ha estado postergando desde hace rato salir a comer a un restaurante junto a su pareja, algo que ambos disfrutaban mucho. Luego de mucho esfuerzo, usted se siente listo, y se lo propone a ella al llegar de su trabajo. Sin embargo, ella se siente cansada y se rehúsa a salir, pidiéndole dejarlo para otra noche. Si bien es entendible que su pareja sienta cansancio, y por ende sin predisposición para salir, es importante que ella entienda lo significativo de su iniciativa y acceda a ir al restaurante. Por otro lado, también es importante que usted entienda que el otro no siempre va a darle todo el apoyo que necesita, él/ella también tiene sus propios problemas y preocupaciones.

Su asistente como tutor

Con toda esta información en mente, podrá poner en práctica todo esto incluyendo a su asistente como tutor o “director técnico” a la hora de enfrentar situaciones de agorafobia. La tutela del asistente consistirá en varias tareas: debatir acerca de la tarea a encarar (antes y después de haberla realizado); instarlo a usar las habilidades de pensamiento y respiración; y ayudarlo a evaluar de manera objetiva sus logros. Asimismo, como tutor puede acompañarlo durante la tarea. Sin embargo, tenga muy presente que si su asistente siempre lo acompaña, él/ella se convertirá en una señal de reaseguro. Por lo tanto, es indispensable que tarde o temprano encare la situación a solas. A continuación, un ejemplo de cómo ir independizándose -de a poco- de su asistente.

- ❖ Conducir el auto 5 bajadas, con su asistente como conductor.
- ❖ Conducir el auto 5 bajadas, con su asistente como pasajero.
- ❖ Conducir el auto 5 bajadas, con su asistente manejando otro auto justo detrás de usted.
- ❖ Conducir el auto 5 bajadas, con su asistente manejando otro auto, a 2 autos de distancia.
- ❖ Conducir el auto 5 bajadas, con su asistente manejando otro auto, a 500 metros detrás suyo.
- ❖ Conducir el auto 5 bajadas, encontrándose con su asistente en el punto de destino.
- ❖ Conducir el auto 5 bajadas, sin ayuda de su asistente.

Tarea



Relea el capítulo 8, y retome la planificación y práctica de enfrentar situaciones de agorafobia, ya sea con o sin ayuda de su asistente.

Autoevaluación

Responda cada pregunta, eligiendo V (verdadero) o F (falso). Las respuestas se incluyen en el Apéndice.

1. Los familiares o amigos jamás deben estar involucrados en el tratamiento, ya que solo ponen presión. V F
2. Es posible que su agorafobia se vea reforzada al recibir mayor atención de sus familiares o amigos, o al delegar en ellos sus propias responsabilidades. V F
3. Si usted cuenta con un asistente a la hora de enfrentar situaciones de agorafobia, dicha persona debe leer este manual; pensar de qué manera ha influido en el desarrollo de su agorafobia y cómo la ha reforzado; y aprender habilidades de pensamiento y respiración. V F
4. Durante la vivencia de ansiedad, es mejor no decir nada a su asistente. V F
5. Asegúrese que su asistente esté siempre con usted, nunca debe quedarse a solo/a a la hora de enfrentar situaciones de agorafobia. V F

Objetivos

- ❖ Entender el valor de enfrentarse a los síntomas físicos
- ❖ Aprender de manera óptima a enfrentar los síntomas físicos
- ❖ Revisar lo que se aprende de enfrentar los síntomas físicos
- ❖ Continuar el hacer frente a los síntomas físicos y actividades

Completar este capítulo tomará un número de semanas (por ejemplo, seis semanas), aunque la cantidad real de tiempo dependerá de la cantidad de síntomas y actividades que lo ponen ansioso y del ritmo de su progreso con estos síntomas y actividades.

Enfrentando los Síntomas Físicos

Enfrentar los síntomas Físicos: ¿Por qué?

Como usted sabe hasta ahora, el miedo de los síntomas físicos es central en el trastorno de pánico. Usted ha ido aprendiendo a cambiar lo que piensa sobre los síntomas físicos. Ahora nos enfrentaremos a los síntomas físicos directamente, para que pueda saber que los síntomas no son peligrosos, que usted puede controlar los síntomas y la ansiedad, y que, eventualmente, la ansiedad sobre los síntomas físicos disminuirá. Hemos hablado de cómo el tener miedo de los síntomas físicos lleva a más síntomas físicos, ya que los síntomas son el resultado natural de la ansiedad y del miedo. Esto es parte del ciclo del pánico.

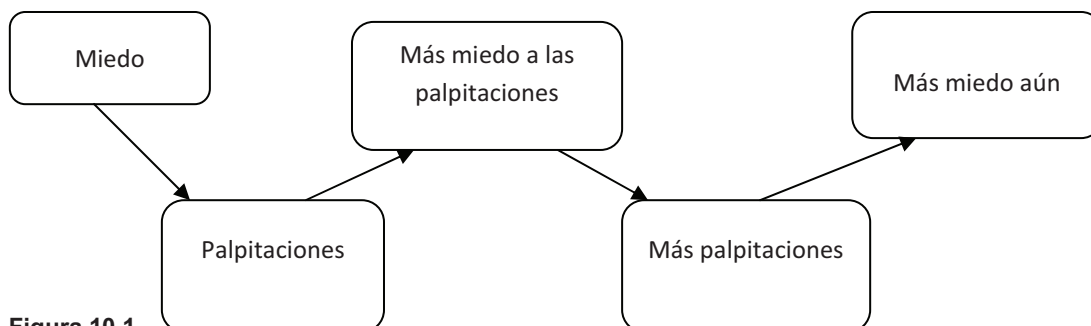


Figura 10.1
Ciclo del pánico

Como ya se mencionó, las razones por las que persisten los temores a los síntomas físicos incluyen:

- ❖ *comportamientos de evitación* (por ejemplo, hacer todo lo posible para deshacerse de los síntomas o evitar los lugares donde se espera que los síntomas surjan);
- ❖ *creencias erróneas* (por ejemplo, que los síntomas físicos significan que usted va a morir, perder el control o volverse loco);
- ❖ *condicionamiento interoceptivo*, donde su cuerpo se ha vuelto altamente sensible a las sensaciones físicas de los inicios de un ataque de pánico.

El objetivo de esta parte del tratamiento es ayudarlo directamente a enfrentar los síntomas físicos que lo ponen ansioso (es decir, disminuir la evitación), reemplazar sus creencias erróneas por pensamientos más realistas, e interrumpir el condicionamiento. Para ello, primero hay que identificar qué síntomas físicos lo ponen ansioso, usando una serie de ejercicios que provocan síntomas similares a los que son típicos de la ansiedad y del pánico. A continuación, repetirá los ejercicios que producen síntomas, una suficiente cantidad de veces y de una manera correcta, para que pueda aprender que los síntomas no son peligrosos, que puede manejarlos, y que puede romper el condicionamiento.

Lo que normalmente sucede en el día a día, es probablemente muy diferente, es probable que haga todo lo posible para deshacerse de los síntomas físicos, tales como descansar, distraerse haciendo otras actividades, dejar todo como esta, y así sucesivamente. Estas acciones son realmente evitaciones, y le impide saber que los síntomas no son perjudiciales. Por lo tanto, vamos a hacer lo contrario de lo que se hace normalmente.

Sin embargo, primero nos gustaría hacer una nota sobre los problemas médicos antes de continuar. La mayoría de los ejercicios de los síntomas son relativamente leves en intensidad. No se les pide correr una maratón. No obstante, pueden ser demasiado intensos para personas con ciertas condiciones médicas, por esta razón siempre se recomienda realizar una evaluación médica, si usted no ha tenido una en el último año. Si usted sufre de una condición médica (por ejemplo: epilepsia, hipertensión arterial), junto con el trastorno de pánico, se recomienda realizar estos ejercicios de inducción de síntomas bajo la supervisión de su médico. Por ejemplo, pídale a su médico que mire la lista de ejercicios de los síntomas y que le indique cuáles son aceptables para usted. Del mismo modo, los pacientes asmáticos deben obtener una autorización médica para estos ejercicios, como las mujeres que están embarazadas.

Evaluación de Síntomas

Esta es la lista de ejercicios

1. Correr en el lugar, levantando las rodillas tan alto como pueda, durante dos minutos, para producir taquicardia y respiración rápida.
2. Girar sobre su eje durante un minuto. Si tiene una silla que gira sobre un eje, como una silla de escritorio, esto es ideal. En caso contrario, ponerse de pie y darse la vuelta sobre sí mismo rápidamente (alrededor de una vez cada tres segundos) para marearse. Estar cerca de una silla o un sofá confortable para sentarse después del minuto. Esto producirá mareos y, quizás, náuseas.
3. Hiperventilar durante un minuto- es decir, respirar hondo y rápido, con mucha fuerza, como si estuviera inflando un globo. Siéntese mientras hace esto. Este ejercicio produce irrealidad, dificultad para respirar, hormigueo, sensación fría o caliente, mareos o dolor de cabeza y otros síntomas. De hecho, ya ha hecho este ejercicio como parte del capítulo 6 cuando se evaluó el papel de la hiperventilación en sus ataques de pánico. (No haga este ejercicio si usted tiene epilepsia, convulsiones o enfermedades cardiopulmonares.)
4. Respire a través de un sorbete durante 2 minutos. Esto producirá la sensación de no estar recibiendo suficiente cantidad de aire.
5. Mírese fijamente en un espejo durante dos minutos. Mire fijo tan fuerte como usted pueda para producir sentimientos de irrealidad.
6. Coloque la cabeza entre las piernas durante 30 segundos, y luego incorpórese con rapidez, con el fin de producir sensaciones de desvanecimiento o una sensación de sangre corriendo lejos de su cabeza.
7. Tense cada parte de su cuerpo, sin causar dolor, durante un minuto. Tense los brazos, piernas, estómago, espalda, hombros, cara, todo. Esto producirá la sensación de tensión muscular, debilidad y temblor.

Después de cada ejercicio, Usted hará lo siguiente

- ❖ Liste de todos los síntomas que sintió.
- ❖ Valorar la ansiedad sobre los síntomas en una escala de 0-10 (donde 0 = ninguna, 5 = moderada, y 10 = extrema).
- ❖ Valorar la similitud de los síntomas ejercitados a los que usted siente en un ataque de pánico natural en una escala de 0-10 (donde 0 = nada similar, y 10 = exactamente lo mismo).

Ahora, repita lo mismo con cada ejercicio, y complete el formulario de evaluación de síntomas de la página siguiente.

Aquí están las respuestas de Jill a cada uno de los ejercicios

1. Correr en el lugar: Jill se detuvo después de 45 segundos
"Siento que tengo que parar, mi corazón late rápido, y me siento sudorosa y sin aliento. Por lo general, trato de evitar hacer cualquier ejercicio." Jill puntuó este procedimiento como que produce síntomas muy intensos (8), muy similar a lo que sentía durante sus ataques de pánico (7), y, en un principio, que la hacían sentirse muy ansiosa (6).
2. Rotación: Jill se detuvo después de 30 segundos
"Me siento muy mareada. La habitación está girando, estoy girando. Y mi corazón se acelera, me siento sudorosa. Estoy calmándome ahora." Estos síntomas son muy intensos (9), similares a los que siente cuando entra en pánico (7), y causaron un poco de ansiedad (5).
3. Hiperventilación: Jill se detuvo después de 25 segundos
"Me siento muy acalorada y sudorosa, con hormigueo en la cara, mareos, y como que necesito respirar profundo." Una vez más, este procedimiento produce síntomas que Jill ha clasificado como muy intensos (9), similares a su pánico natural (7), y que la hicieron sentirse muy ansiosa (8).
4. Respirar a través de un sorbete: Jill se detuvo después de 35 segundos.
"Siento que no puedo seguir, tengo que respirar profundamente." Jill puntuó a los síntomas como fuerte (6), muy similares a sus síntomas de pánico (4), e hicieron que se sienta un poco ansiosa (5).
5. Mirarse fijamente en el espejo."Esto es extraño. Se siente un poco como las sensaciones de irrealidad que tengo cuando estoy saliendo de un ataque de pánico. No me gusta en absoluto." Jill puntuó a los síntomas como moderados (5), bastante similares a sus síntomas de pánico (4), y que causan cierta ansiedad (4).
6. Levantar la cabeza."Me siento un poco mareada y aturdida. Esto no fue mucho." Ella no reportó ningún temor (0) ni mucha similitud (2), y calificó la intensidad de la sintomatología como muy leve (2).
7. Tensar el cuerpo."Me siento un poco tambaleante, temblorosa y débil." Mientras que los síntomas eran muy intensos para Jill (6), no los consideró muy productivos de ansiedad (1), y calificó como baja a la similitud (1).

Evaluación de síntomas

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Ninguno Leve Moderado Fuerte Extremo

Ejercicio	Síntomas	Ansiedad 1-10	Similitud 1-10
Correr en el lugar	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Girar sobre un mismo eje	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hiperventilar	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Respirar a través de un sorbete	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Mirarse en el espejo	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Levantar la cabeza rápido	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Tensionar el cuerpo	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

Ahora, mire su propia puntuación en el formulario de evaluación de los síntomas. Marque con un asterisco (*) los ejercicios que producen síntomas puntuados con al menos 2 puntos en la escala de similitud de 0-10. A continuación, clasifique los ejercicios en orden al nivel de ansiedad (1 = nivel más bajo de miedo, 2 = segundo nivel más bajo de miedo, y así sucesivamente). Vamos a empezar a hacer repeticiones con los ejercicios que fueron calificados con la menor ansiedad (siga las instrucciones).

Si sus puntuaciones de ansiedad nunca fueron superiores a 2, considere las siguientes explicaciones y soluciones posibles.

Tal vez ninguno de los síntomas a los que tiene miedo fue producido por estos ejercicios. Si es así, sea creativo, y proponga otros ejercicios para producir los síntomas que sean más relevantes para usted. Por ejemplo, si usted está preocupado por los síntomas visuales, mire hacia una luz brillante durante 30 segundos, y luego mire una pared blanca para ver la imagen residual. O, si usted tiene miedo de los síntomas en la garganta, ponga presión a su cuello, o presione hacia abajo en la parte posterior de la lengua con una lapicera. Otro ejercicio consiste en sentarse en una habitación calurosa, y poco ventilada durante cinco minutos. Usted debe conocer cuáles son los síntomas que más lo molestan, así que sea creativo e invente algunas otras formas de producirlos. El objetivo es provocar deliberadamente los síntomas que le preocupan más, siempre y cuando sea seguro hacerlo. Añadir estos a la categoría "otros" en el formulario de evaluación de los síntomas, y probarlos.

Tal vez se detuvo muy pronto en los ejercicios para anticiparse a la aparición de fuertes síntomas. Por ejemplo, podría haber dejado de girar después de 10 segundos, ya que estaba comenzando a sentirse desequilibrado. Si es así, repita los ejercicios, y trate de hacerlos por más tiempo.

Tal vez usted realmente ha superado su ansiedad de los síntomas como resultado del trabajo que hemos hecho hasta ahora. Si es así, igualmente le recomendamos que continúe con los ejercicios descritos a continuación. La práctica es útil a largo plazo.

Tal vez usted se siente tan seguro en el entorno en el que ha realizado el ejercicio que los síntomas no lo asustan. Si es así, haga los ejercicios cuando esté solo o en un lugar donde se sienta menos seguro. Algunos de nuestros pacientes notan que si tuvieran que hacer los ejercicios de síntoma solos, sería más el miedo. Cuando están acompañados, se sienten seguros, porque tienen ayuda si algo sale mal. Tenga en cuenta que este temor se basa en la creencia errónea de que en realidad estaría en peligro si los síntomas se produjeran cuando está solo. De hecho, estos ejercicios no son más peligrosos cuando están solos que cuando están acompañados.

Tal vez el conocimiento de donde provenían los síntomas (es decir, el ejercicio) y el conocimiento de que los síntomas desaparecen cuando termina el ejercicio, disminuye la ansiedad. Tenga en cuenta que esto también se basa en la noción errónea de que los síntomas inexplicables son necesariamente perjudiciales. En este caso, continuar con las prácticas, ya que debe ayudarlo a controlar su miedo a los síntomas que surgen sin razón aparente.

Práctica con síntomas físicos

Los objetivos de la práctica son aprender algo nuevo, esto incluye:

- ❖ los síntomas físicos y la ansiedad en sí no son perjudiciales;

❖ usted puede controlar los síntomas y la ansiedad.

Como resultado de ello, eventualmente (sin embargo no necesariamente de inmediato), la ansiedad acerca de los síntomas disminuirá.

Usted va a practicar con los ejercicios que ha clasificado por tener al menos alguna similitud (al menos un 2 en la escala de similitud). De ellos, comience con el ejercicio que califico con la menor ansiedad en la escala de ansiedad de 0-10 puntos, siendo que la puntuación de la ansiedad es por lo menos 3. (No se moleste en la práctica de los que tienen un grado de ansiedad de 2 ó menos).

Si usted está usando benzodiazepinas (como Alprazolam o Clonazepam), según necesidad, la tentación puede ser la de tomar un comprimido justo antes de comenzar a enfrentar el miedo de los síntomas físicos. Esto es sin duda admisible, especialmente si la única forma de que usted esté dispuesto a hacer los ejercicios de síntomas es con la ayuda de la medicación. Sin embargo será esencial enfrentar, eventualmente, su miedo a los síntomas sin tomar alguna medicación (la cual se describe en el capítulo 11).

Recuerde, el objetivo de estos ejercicios no es sólo hacer frente a los síntomas sino también al miedo y a la ansiedad producida inicialmente por los síntomas, para que pueda aprender que puede manejar los síntomas, el miedo y la ansiedad. Los medicamentos, sobre todo las benzodiazepinas potentes de acción corta, en realidad pueden impedir que experimente mucho temor y ansiedad, y en ese sentido, se convierten en una forma de evasión.

Estas son las reglas para la práctica repetida de síntomas físicos

1. Decida qué es lo que más le preocupa que llegue a aparecer mientras practica los ejercicios de los síntomas, y registre lo junto al título Pensamientos Negativos en el formulario de Enfrentando Síntomas de la página 162. Esto puede tener un resultado concreto, tales como desmayos, o puede ser la idea de que no será capaz de manejar la ansiedad. Usted puede fotocopiar este formulario desde el libro o descargarlo desde el sitio web Treatments That Work™ (www.oup.com/us/ttw)
2. Comience el ejercicio, y continúe con el ejercicio durante al menos 30 segundos después del punto en que notó los síntomas por primera vez. Al seguir más allá del punto de la primera vez que notó los síntomas, usted se está proporcionando la oportunidad de aprender que los síntomas y la ansiedad no son dañinos—solo desagradables y que los puede manejar.
3. Produzca los síntomas tan fuertemente como sea posible. No evite los síntomas haciendo el ejercicio levemente o con vacilación. Por ejemplo, mientras que gira, el giro debe ser continuo, y cuando hiperventila, asegúrese de que se esfuerza a eliminar el aire con mucha presión y que la frecuencia de respiración es rápida.

4. Permanezca concentrado en lo que está haciendo y sintiendo, tal cuales. Usted usará sus habilidades de afrontamiento de la respiración y del pensamiento, después de que termine cada ejercicio – no durante el ejercicio-porque no hay tiempo suficiente, y es más importante centrarse directamente en los síntomas físicos.
5. Cuando sea cabe el tiempo, detener el ejercicio, y luego complete el formulario de Enfrentando síntomas para clasificar:
 - ❖ Si el resultado del que estaba más preocupado ocurrió;
 - ❖ Su nivel de ansiedad (0-10) bajo la sección titulada Primer Ejercicio
6. Ahora es tiempo de usar sus habilidades de afrontamiento. Así, cuando termine el ejercicio, realizar 10 respiraciones diafragmáticas lentas, y luego pasar a sus habilidades de pensamiento respondiendo a las siguientes preguntas:
 - ❖ ¿Qué es lo que más me preocupa que suceda?
 - ❖ ¿Cuáles son las posibilidades reales de que eso suceda?
 - ❖ ¿Qué voy a hacer para hacer frente a estos síntomas y a la ansiedad?

Sea consciente de los pensamientos negativos, tales como "tengo que dejar-no puedo manejar estos sentimientos." Esa es una predicción de lo que usted está haciendo que se basa en nada más que miedo. Puede, de hecho, manejarlos síntomas y continuar con los ejercicios. Si usted tiene pensamientos acerca de los síntomas cada vez más intenso o duradero, o sobre cómo podrían afectar el resto de su día, vuelva a mirar las posibilidades reales, frente a lo peor, y las formas de afrontamiento.

7. Espere hasta que los síntomas hayan disminuido, y luego repita los pasos 1 a 6 dos veces más.

Al final de cada repetición, complete la sección en el formulario Enfrentando Síntomas para el Segundo ejercicio y luego para el tercer ejercicio.

Recuerde que debe mantener en la mente el objetivo de estos ejercicios. Al enfrentar los síntomas y la ansiedad, está aprendiendo que los síntomas y la ansiedad son inofensivos y que puede manejarlos. Como resultado de ello, eventualmente su ansiedad por los síntomas disminuirá, y tal vez, los síntomas ocurrirán con menos frecuencia en su día a día. (Aunque siempre habrá algunos síntomas –recuerde, todo el mundo tiene síntomas en algún momento.)

Enfrentando Síntomas

Fecha: _____

Ejercicio del síntoma: _____

Pensamiento negativo (es decir, lo que sea que lo tiene preocupado de que suceda): _____

Primer ejercicio

¿Ocurrió lo que más me preocupaba? (Sí / No) _____

Máxima ansiedad (0-10): _____

Segundo Ejercicio

¿Ocurrió lo que más me preocupaba? (Sí / No) _____

Máxima ansiedad (0-10): _____

Tercer Ejercicio

¿Ocurrió lo que más me preocupaba? (Sí / No) _____

Máxima ansiedad (0-10): _____

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Ninguno

Leve

Moderado

Fuerte

Extremo

No espere ansiosamente por los síntomas a disminuir—esto sólo alimentará la ansiedad. Use sus habilidades de pensamiento para ayudarse a darse cuenta de que no importa cuánto tiempo los síntomas duran, porque no son perjudiciales, y son tolerables. Esperar ansiosamente que los síntomas desaparezcan significa que sigue teniendo preocupaciones sobre ellos. Use los ejercicios de síntomas para aprender que lo que más le preocupa en relación a los síntomas no sucede.

Practique el primer ejercicio de síntoma tres veces al día durante la siguiente semana. Siga las prácticas diarias del ejercicio hasta el día que el nivel de ansiedad no sea más que 2. Esto significa, que no están importante cuanto disminuye el nivel de ansiedad con cada repetición sino lo que disminuye su nivel de ansiedad día tras día de práctica.

Tarea



Continuar con el registro de sus ataques de pánico y su estado de ánimo diario usando el Registro de ataque de pánico y el Registro de estado de ánimo diario. Al final de la semana, sume el número de ataques de pánico y el promedio de ansiedad diaria a su Registro de progresos.



Practique Cambiando sus Ventajas y/o Cambiando su Perspectiva para cualquier ataque de pánico que ocurra durante la siguiente semana.



Practique el Ejercicio de Enfrentando síntomas para su primer síntoma tres veces cada día, continuando hasta que la ansiedad máxima en un día determinado no sea más que 2.



Continúe con la sección 2 después de una semana de practicar el enfrentamiento de los síntomas.

Autoevaluación

Responda a cada una de las frases siguientes colocando en un círculo V (verdadero) o F (falso). Las respuestas se dan en el apéndice.

1. Usted debe llevar a los síntomas al máximo para obtener el mayor beneficio de los ejercicios de los síntomas. V F
2. Detener el ejercicio del síntoma tan pronto como usted se sienta ansioso. V F
3. El punto de los ejercicios de los síntomas es saber que los síntomas no son dañinos y que los síntomas y la ansiedad pueden ser manejados. V F
4. Lo mejor es minimizar la ansiedad mediante la concentración en la respiración diafragmática lenta y habilidades de pensamiento a medida que va practicando cada ejercicio de síntoma. V F
5. El enfrentamiento de los síntomas solo le dará más miedo. V F

SECCIÓN 2

Revisión de la práctica y práctica continuada en el enfrentamiento de los síntomas

Revisión del Enfrentamiento síntomas

Su tarea de la semana pasada fue practicar enfrentarse al miedo por los síntomas cada día. Al generar los síntomas, ¿usted aprendió que lo que más lo preocupaba o no sucedió o fue algo a lo que pudo enfrentarse y que pude manejar los síntomas y la ansiedad?

Recuerde producirlos síntomas completamente. También, recuerde no distraerse mientras surgen los síntomas. Un ejemplo de distracción sería pensar en otras cosas, cómo manejar una situación difícil en casa o qué comer en la cena. Es mucho más útil mantener una actitud en la que esté totalmente centrado en lo que está haciendo y en los síntomas que se están produciendo.

La distracción es similar a la evitación y la evitación es lo que se quiere evitar. La mejor manera de aprender a tener menos miedo de los síntomas es enfrentarse a ellos directamente. Por lo general, la evitación ocurre por la continua creencia errónea de que los síntomas serán dañinos (por ejemplo, "No quiero hiperventilar porque temo que voy a desmayarme y que nadie va a estar ahí para ayudarme"). Recuerde que los síntomas no son dañinos.

Ejemplos de evitación indirecta incluyen mantener los síntomas con una intensidad moderada al hacer los ejercicios suavemente (por ejemplo, la respiración sólo ligeramente más rápido de lo normal durante la hiperventilación, o girando a un ritmo muy lento). O tal vez usted practica el ejercicio del síntoma sólo en presencia de alguien con quien se sienta seguro, en momentos en que se sintió relajado, o con la ayuda de las benzodiazepina. De cualquier manera, estas acciones representan la evitación. Al final, será esencial para usted el hacer frente a los síntomas y a la ansiedad directamente, incluso a niveles muy intensos, o cuando está solo, o en momentos en que previamente ya se sentía ansioso, o sin la influencia de las benzodiazepinas, porque estas son las condiciones en las que los síntomas ocurren en la vida normal del día a día, ahora o en el futuro.

Continúe con Enfrentar Síntomas

A partir de su Lista de Evaluación de Síntoma, continúe con el ejercicio que usted marco con el máximo nivel de ansiedad. Practique enfrentar ese síntoma, recordando las siguientes reglas.

1. Después de haber identificado qué es lo que más le preocupa con el síntoma en particular (sea esto algo concreto, como desmayos, o la idea de no ser capaz de manejar la ansiedad), comenzar el ejercicio.

2. Continúe el ejercicio durante al menos 30 segundos después que noto por primera vez los síntomas. Al seguir más allá del punto de la primera vez que notó los síntomas, usted se está proporcionando la oportunidad de aprender que los síntomas no son dañinos – solo desagradables.
3. Producir los síntomas tanto como sea posible. No evite los síntomas al hacer el ejercicio levemente o con vacilación.
4. Permanezca concentrado en lo que está haciendo y sintiendo de manera realista. Usted usará sus habilidades de afrontamiento de la respiración y del pensamiento luego de que cada ejercicio termine –no durante el ejercicio.
5. Cuando se acabe el tiempo, detener el ejercicio, y luego clasificar:
 - ❖ Si ocurrió el resultado por el que estaba más preocupado
 - ❖ Su nivel de ansiedad (0-10) bajo la sección titulada Primer Ejercicio
6. Ahora es tiempo de usar sus habilidades de afrontamiento. Así, cuando termine el ejercicio, realizar 10 respiraciones diafragmáticas lentas, y luego pasara a sus habilidades de pensamiento, respondiendo a las siguientes preguntas.
 - ❖ ¿Qué es lo que más me preocupa que suceda?
 - ❖ ¿Cuáles son las posibilidades reales de que eso suceda?
 - ❖ ¿Qué voy a hacer para hacer frente a estos síntomas?
7. Espere hasta que los síntomas hayan disminuido, y luego repita los pasos del 1 – 6 dos veces más.

Al final de cada repetición, complete la sección en el formulario Enfrentando síntomas para el segundo ejercicio y luego para el tercer ejercicio.

Continúe de esta manera hasta que haya practicado cada síntoma marcado (*) tres veces al día y la cantidad necesaria de días para que el máximo nivel de ansiedad en un día determinado no sea superior a 2.

Tarea



Continuar con el registro de sus ataques de pánico y su estado de ánimo diario usando el Registro de ataque de pánico y el Registro de estado de ánimo diario. Al final de la semana, sume el número de ataques de pánico y los promedios diarios de ansiedad a su Registro de progreso.



Practique Cambiando sus Ventajas y/o Cambiando su perspectiva para cualquier ataque de pánico que ocurra durante la siguiente semana.



Practique enfrentar los síntomas marcados tres veces al día durante la cantidad de días necesarios para que su nivel de ansiedad en un día determinado no sea más de 2. Continúe de esta manera hasta que haya practicado suficientemente cada síntoma marcado.



Pasar a la sección 3, cuando haya completado al menos la mitad de sus síntomas marcados.

Autoevaluación

Responder a cada una de las frases siguientes colocando en un círculo V (verdadero) o F (falso). Las respuestas se dan en el apéndice.

1. Mientras enfrenta a los síntomas físicos, mantiene su mente preocupada por otras cosas. V F
2. Detener el ejercicio cuando la ansiedad máxima no es mayor de 5. V F
3. El propósito de hacer frente a los síntomas es llegar a ser menos ansiosos frente a los síntomas, pero no es eliminar los síntomas. V F

Enfrentar el Miedo en el día a día: Actividades

Hasta ahora, sus esfuerzos se han dirigido a ejercicios artificiales, tales como la hiperventilación y rotación actividades que no son comunes en el día a día. Ahora, es momento de pasar a actividades más comunes que ha temido o evitado debido a los síntomas físicos que provocan. Algunos ejemplos son: el consumo de café (debido al efecto estimulante), comer chocolate (debido al efecto estimulante), la actividad aeróbica (por el efecto cardiovascular), elevar de objetos pesados (a causa de la presión arterial elevada y los efectos de mareo), y así sucesivamente. Una lista más completa se proporciona más abajo en la jerarquía de actividades. Al mirar los elementos en esta lista, usted puede darse cuenta que ha estado evitando este tipo de actividades, y sólo ahora es claro el porqué, ya que estas actividades provocan síntomas corporales que le recuerdan los ataques de pánico.

Clasifique cada actividad de 0 a 10, donde 0 = no le genera ansiedad y 10 = ansiedad extrema. Cualquier actividad que haya calificado con 3 ó más será ahora parte de su jerarquía de Actividades, y como en el síntoma ejercicios, el objetivo es repetir cada actividad tantas veces como sea necesario para saber que los síntomas no son peligrosos (es decir, lo que más lo preocupa nunca o rara vez sucede y que puede hacer frente a lo que pueda suceder) y que los síntomas y la ansiedad pueden ser manejados. Notará esto cuando la próxima vez que ponga en práctica una determinada actividad, el nivel de ansiedad máxima sea de 2 ó menos.

Esto lleva mucho trabajo, ya que estas actividades suelen tomar más tiempo que los ejercicios de síntomas. Sin embargo, cuanto más trabajo se ponga en ello, más se va a mejorar.

Además, hay una diferencia entre los ejercicios de síntomas y algunas de las actividades que usted está recién empezando. Con los ejercicios de síntomas, los síntomas generalmente se acumulan rápidamente después de comenzar el ejercicio y desaparecen rápidamente después de dejar el ejercicio. Esto no siempre es así con las actividades. Por ejemplo, los síntomas no pueden aparecer inmediatamente después de tomar café, ya que se necesita tiempo para que la cafeína tenga su efecto máximo (45 minutos). Del mismo modo, los síntomas no desaparecen inmediatamente después de beber café. El punto importante a tener en cuenta es que, aunque no sabemos exactamente cuando los síntomas van y vienen, los síntomas no son perjudiciales.

Jerarquía de Actividades

Actividades

Ansiedad (0-10)

Subir escalera	_____
Caminar a fuera en el calor intenso	_____
Asistir a reuniones en salas calurosas y, poca ventiladas	_____
Conducir coches con calor y poca ventilación	_____
Compras en las tiendas calurosas y, poco ventiladas	_____
Caminar por la calle cuando hace mucho frío	_____
Participar en ejercicios aeróbicos	_____
Levantar objetos pesados	_____
Bailar	_____
Tener relaciones sexuales	_____
Ver películas de terror	_____
Comer comidas pesadas	_____
Ver películas excitantes o eventos deportivos	_____
Participar en debates “tensos”	_____
Ducharse con las puertas y ventanas cerradas	_____
Ir aun sauna	_____
Excursiones	_____
Practicar deportes	_____
Consumir café u otras bebidas con cafeína	_____
Comer chocolate	_____
Pararse rápidamente de una posición sentada	_____
Enojarse	_____
Subirse a los juegos en un parque de diversiones	_____
Hacer snorkel	_____
Tomar antihistamínicos u otros medicamentos de venta libre	_____
Mirar hacia el cielo y las nubes	_____
Beber bebidas de dieta y otros refrescos	_____
Leer, mientras viaja en un coche	_____

Para personas con pánico durante el sueño:

Relajación profunda y meditación	_____
Cansancio por mantenerse despierto hasta tarde varias noches	_____
Alcohol o antihistamínicos	_____
Abrupto despertar de su sueño por una alarma que se dispara en medio de la noche	_____
Condiciones de sueño calurosas debido a la calefacción central, ventanas cerradas, o en las noches cálidas: estar sin aire acondicionado o ventiladores, o usar ropa de cama calurosa.	_____

Enfrentando sus propias actividades

Elija la actividad que califiquo con 3 puntos en términos de ansiedad, y luego siga los siguientes pasos.

1. Identificar qué es lo que más le preocupa que suceda en esta actividad. Esto se llama *Pensamiento Negativo*. Al igual que en el Enfrentamiento de los ejercicios de síntoma, esto podría ser un resultado concreto, como la muerte o desmayos, o podría ser la idea de que usted no puede manejar la ansiedad asociada con la actividad.
2. Piense en las mejores condiciones para practicar, de modo que usted pueda realmente aprender que sus pensamientos negativos no son realistas (estos son llamados *Objetivos Finales*). Por ejemplo, digamos que su tarea es darse una ducha con las ventanas y puertas cerradas, de modo que la habitación se llena de vapor. En el pasado, puede haber evitado hacer esto porque el vapor lo llevó a sentir una sensación de asfixia. Así, el plan podría consistir en cerrarlas puertas y ventanas antes de encender el agua, dejar correr el agua caliente durante unos minutos antes de entrar en la ducha, y luego quedarse en la ducha durante un período de terminado de tiempo, como 10 minutos, aunque se sienta una sensación de asfixia. (Recuerde, que una sensación de asfixia no quiere decir que realmente se esté asfixiando). A continuación, salir de la ducha y secarse en el lugar de vapor durante un par de minutos antes de abrir la puerta. Otro ejemplo es la decisión de superar el miedo de a las áreas calurosas y, poco ventiladas. En el pasado, posiblemente ha evitado usar ropa pesada, sobre todo en lugares muy concurridos como los centros comerciales. Por lo tanto, su objetivo es usar un abrigo o un suéter grueso en un centro comercial que este caluroso.

Enfrentando las Actividades (1)

Fecha:

Actividad: *gimnasia*. _____

Objetivos Finales: (excluyendo objetos supersticiosos, señales de seguridad, comportamientos de seguridad, y distracciones): *Haga gimnasia 20 minutos solo.* _____

Objetivos de hoy: *gimnasia cinco minutos corriendo en grupo.* _____

Pensamiento Negativo (es decir, lo que le preocupa que suceda):
_____ *Voy a quedarme sin aliento y respirar con dificultad* _____

Figura 10.2.

Ejemplo de parte del formulario de Enfrentando las Actividades (1)

Al igual que en el enfrentamiento de las situación es de agorafobia, al saber que sus pensamientos negativos no son realistas va a requerir que deje de lado todos los objetos supersticiosos, señales de seguridad, comportamientos de seguridad, o distracciones. Por lo tanto, vuelva a sus listas de Supersticiones / Señales de Seguridad y Comportamientos de Seguridad / Distracciones del capítulo 4, y planea para una eventual práctica de cada actividad, sin nada de esta listas.

3. Elija entre trabajar gradualmente los Objetivos Finales de la actividad o hacerlo directamente. Por ejemplo, digamos que suplan es beber una taza de café, y decide trabajar logra dualmente en lugar de un enfoque directo. Por lo tanto, el primer paso es tomar una taza llena de café descafeinado, ya que por lo general usted evita incluso la pequeña cantidad de cafeína en infusión es descafeinadas. El siguiente paso es tomar una mezcla de café descafeinado y café normal. Por último, usted beberá una taza llena de café con cafeína. O, si usted decide manejarlo de manera directa, puede ir directamente a beber una taza llena de café con cafeína. Los objetivos del día son las condiciones en las cuales va a practicar para lograr los objetivos finales.

En preparación para la práctica, hágase las siguientes preguntas

- ❖ ¿Tiene lo que más le preocupa que pase? (Si no ha sucedido, o rara vez, entonces usted está llegando a conclusiones.)
- ❖ ¿Qué es lo peor que puede suceder, y cómo lidiar con eso? (Si lo peor se siente insoportable y se siente como si no pudiera hacerle frente, entonces usted lo está magnificando.)

Enfrentando las Actividades (2)

Pensamiento Negativo: *__Voy a estar sin aliento y respirar con dificultad__*

¿Cuántas veces ha ocurrido? *_____ Ninguna. _____*

¿Cuál es la evidencia? *_____ Aunque me siento sin aliento, estoy sano y es improbable que deje de respirar _____*

¿Cuáles son las probabilidades reales? (0-100): *_____ Cero _____*

Maneras de afrontarlo: *_____ voy a ir poco a poco y recordándome a mí mismo que la disnea no es peligrosa _____*

Figura 10.3

Ejemplo de parte del formulario Enfrentando las Actividades (2)

- ❖ Entonces:
 - a. Ver todas las evidencias;

- b. Considerar las posibilidades reales;
- c. Darse cuenta de que lo peor probablemente no sea tan mal o como pensaba, y
- d. Pensar en las maneras de afrontarlo

Esta actividad es para practicarla al menos tres veces durante la semana siguiente (ya sea trabajando de manera directa o de manera gradual hacia los objetivos finales para cada actividad). Si su situación es muy breve (por ejemplo, mirar a las nubes moviéndose por el cielo), a continuación, seguir practicando una y otra vez en un día determinado hasta que llegue a practicarlo alrededor de una hora.

Usted continuará la práctica de una actividad la cantidad de días necesarios para reducir 2 ó menos su máximo nivel de ansiedad. El hecho que el su nivel de ansiedad disminuya o no en una determinada práctica no es importante, lo que es más importante es que en cada día de práctica, el nivel de ansiedad eventualmente disminuya. Ahora, vamos a estudiar la manera de hacer la práctica lo más efectiva posible.

Momento de Miedo

Si usted se pone miedos o nervioso durante la actividad, en primer lugar con sus habilidades para respirar controle la ansiedad para que pueda continuar la actividad.

- ❖ Enfoque su atención en la respiración y conteo.
- ❖ Cuente durante un segundo, inhale durante dos segundos, piense la palabra "relajarse" durante un segundo, y exhale durante dos segundos.
- ❖ Infle su estómago cuando usted inspira, y desinfe el estómago cuando usted exhala, manteniendo el pecho relativamente quieto, sin tener respiraciones grandes.
- ❖ Contar hasta 10 y de nuevo a 1, una sola vez.

Entonces, hágaselas siguientes preguntas clave, para que pueda comenzar sus habilidades de pensamiento.

- ❖ ¿Qué es lo que más me preocupa que suceda?
- ❖ ¿Cuáles son las posibilidades reales de que eso ocurra?
- ❖ ¿Qué puedo hacer para afrontar y manejar esta situación?

Recuerde, la meta de la respiración y las habilidades de pensamiento no es eliminarlos síntomas o la ansiedad, sino que ayudarle a seguir avanzando para hacer frente a sus miedos y completar la actividad.

Practica Incompleta

Si, mientras está haciendo su actividad, se siente que el miedo y la ansiedad son tan intensos, como para dejarlo por completo, la mejor estrategia es dejar la actividad temporalmente y, después de haber usado sus habilidades de afrontamiento, retornar la actividad otra vez. Así, por ejemplo, si usted está en una clase de aeróbic, puede dejar la clase a fin de practicar la respiración, hacerse las mismas preguntas antes mencionadas para ayudarse a utilizar sus habilidades de pensamiento, y luego regresar a la clase. O, si están bailando, caminando o mirando el cielo y las nubes, puede tomar un descanso, usar su respiración y habilidades de pensamiento, y luego regrese a la actividad. (Por supuesto, habrá algunas actividades en las que será imposible dejarlas temporalmente.)

La regla número uno es que si usted escapa de una actividad y no retorna a ella, el resultado final será de nuevo ir al punto de partida y no avanzar. Así que siempre hay que volver a la actividad.

Después de la Práctica

Después de que la práctica es completada:

- ❖ Clasifique si por lo que estaba más preocupado se produjo o no (sí o no);
- ❖ Califique su nivel de ansiedad máxima durante la práctica en la escala de 0 - 10 puntos, donde 0 = sin ansiedad y 10 = ansiedad extrema

Usted puede hacer copias de este formulario del libro o descargar copias en el sitio web *Treatments That Work*™ ([www.oup.com / us / TTW](http://www.oup.com/us/TTW)).

Las actividades de Jill de sus dos primeras semanas fueron asistir a una clase de gimnasia (10 minutos cada vez, en primer lugar con una amiga y luego sola) y tomar una ducha con la cortina corrida y la puerta cerrada. La primera vez que asistió a una clase de gimnasia, estaba muy ansiosa antes de la clase, pero practicó una respiración lenta y se recordó a sí misma que a pesar de que puede sentirse sin aliento, con calor, sudorosa, con palpitaciones, no estaba en peligro. Tan pronto como la clase comenzó, Jill quería marcharse, pero entonces se dio cuenta que al ir a su propio ritmo, ella podría manejar los sentimientos, y así permaneció durante los 10 minutos. Después de la primera práctica, se hizo más fácil, y Jill se quedó más tiempo en la clase. Luego se fue a clase sola. Sus temores en la ducha estaban relacionados con pensamientos negativos sobre sofocación por la falta de aire. Poco a poco aumentó la cantidad de tiempo que pasaba en la ducha.

Cuestiones de Medicamentos

Al igual que con los ejercicios de síntomas, el uso de medicamentos debe ser considerado: en particular, los medicamentos que bloquean todos sus sentimientos o que usted confía en que reducirán el miedo en el momento. (Estos últimos son los medicamentos de acción rápida, tales como Xanax y Klonopin).

Si los medicamentos son tan potentes que bloquean todos los sentimientos, esto puede interferir con los beneficios que puede recibir del enfrentamiento de su miedo. Es decir, un poco de ansiedad es muy útil, se aprenden más cuando estamos ansiosos en comparación a cuando estamos completamente relajados. Además, es importante saber que los síntomas físicos y el miedo y la ansiedad no son perjudiciales. Por lo tanto, si su ansiedad y pánico son completamente bloqueados por los medicamentos, es útil que hable con su médico sobre cómo reducir la dosis de su medicamento.

La segunda cuestión se refiere al uso de medicamentos de acción rápida. Al principio, la primera vez que se enfrentan las actividades que ocasionan los síntomas corporales, es posible que sienta la necesidad de Xanax o Klonopin, porque los medicamentos han sido su herramienta habitual de supervivencia. Eso está bien, siempre y cuando usted se sienta cómodo y luego con el tiempo pueda realizar estas actividades sin los medicamentos de acción rápida. De esta manera, usted realmente tendrá la oportunidad de aprender que los síntomas corporales producidos por la actividad no son perjudiciales. Maneras de ir dejando estos medicamentos se describen en el capítulo 11.

Enfrentando las Actividades

Fecha: _____

Actividad: _____

Objetivos Finales (excluyendo objetos supersticiosos, señales de seguridad, comportamientos de seguridad, y distracciones): _____

Objetivos del día: _____

Pensamiento Negativo (es decir, lo que más le preocupa que suceda): _____

¿Cuántas veces ha ocurrido? _____

¿Cuál es la evidencia? _____

¿Cuáles son las probabilidades reales? (0-100): _____

Maneras de afrontarlo: _____

Ocurrió lo que más me preocupaba? (Si o No) _____

Máxima ansiedad (0-10):

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Ninguno Leve Moderado Fuerte Extremo

Cuestiones Generales

Algunas de las actividades tendrán una planificación especial, y puede llevar algún tiempo para completar todas las actividades de la lista. Sin embargo, es importante practicar regularmente, no lo deje de hacer!

Teniendo en cuenta las cuestiones de tiempo, a veces tiene sentido trabajar en dos actividades al mismo tiempo. Por ejemplo, usted puede ejercitar cada dos o tres días, fortaleciendo su nivel de condición física, mientras que al mismo tiempo practicar el acostumbrarse a las duchas de vapor, una o dos veces al día.

Tarea



Continuar registrando sus ataques de pánico y estados de ánimo diario usando el Registro de Ataque de Pánico y el Registro diario del Estado de Ánimo. Al final de la semana, sume el número de ataques de pánico y ansiedad promedio diario en su Registro de Progreso.



Practique Cambiando sus Ventajas y / o Cambiando su Perspectiva para cualquier ataques de pánico que ocurra durante la semana.



Practique su primera actividad al menos tres días a la semana, y continúe haciéndolo hasta que el nivel de ansiedad en un día determinado no sea mayor que 2. Usted puede trabajar en más de una actividad a la vez.



Continúe con la sección 4 una vez que haya completado por lo menos una semana de práctica con una actividad.

Autoevaluación

Responder a cada una de las siguientes frases colocando en un círculo V (verdadero) o F (falso). Las respuestas se dan en el apéndice.

1. Yo debería evitar la cafeína y cualquier otro estimulante. V F
2. Es peligroso generarme sensaciones físicas desagradables al sentarme en una sauna o al entrenar con pesas. V F
3. Si me vuelvo ansioso durante el enfrentamiento de una actividad, debo parar y tratar con otra actividad diferente. V F
4. Siempre debo completar la actividad en su máximo grado y nunca proceder gradualmente. V F
5. Yo debería continuar la actividad con la ayuda de la respiración y las habilidades de pensamiento, incluso si experimento síntomas. V F

Sección 4

Revisión y Planificación para Continuar las Actividades de Enfrentamiento

Recordatorio del Valor de las Actividades de Enfrentamiento

Como recordatorio, el propósito de la práctica de actividades es para que aprenda que los síntomas que son producidos por estas actividades no son dañinos, que se pueden controlar los síntomas y la ansiedad, y que puede lograr algo que ha estado evitando. En consecuencia, la ansiedad de las actividades con el tiempo disminuirá.

Examen de Práctica de las Actividades de Enfrentamiento

¿Practicó usted una actividad por lo menos tres días la semana pasada? Si usted no ha practicado con regularidad, lo alentamos a hacer de estas prácticas una prioridad. Requiere esfuerzo, pero mientras más se esfuerce más beneficio ganará. Recuerde que debe mantener los registros de sus prácticas en el Formulario de Actividades de Enfrentamiento, para que pueda saber que los síntomas producidos por las actividades no son perjudiciales y que se pueden controlar los síntomas y la ansiedad. Finalmente, con la repetición, su ansiedad disminuirá.

Probó una de sus actividades, se asustó, y escapó? Por ejemplo, ¿sentarse en un sauna y dejar tan pronto cuando sintió demasiado calor, o dejar de beber su taza de café después del primer sorbo o dos? Si es así, tómese un tiempo para pensar el porqué. ¿Qué lo llevó a escapar? ¿Qué tipo de síntomas sintió usted? ¿Qué tipo de pensamientos negativos estaban pasando por su mente? ¿Qué catástrofe anticipó si continuaba con la actividad? Luego de identificar el pensamiento negativo equivocado, mire a la evidencia, y ponga las cosas en perspectiva. A continuación, repita la actividad, para que pueda confirmar que los síntomas que causa son inofensivos. Digamos que usted dejó una clase de aeróbic antes de la hora designada. Después de pensarlo un poco, se da cuenta que se fue porque pensó que su frecuencia cardíaca era demasiado rápida, que podía llegar a una velocidad peligrosamente alta, y que se podía desmayar o colapsar. Luego miró a la evidencia y se dio cuenta que el ritmo cardíaco se supone que irá rápido cuando la gente realiza ejercicio, que probablemente no iba tan rápido como pensaba, y que, aunque iba muy rápido, las posibilidades de desmayarse o colapsar eran muy escasas. Luego de ese tipo de análisis, se sintió en condiciones de volver y completar la clase de aeróbic.

Recuerde que estas prácticas no suponen que sean asociadas a cero ansiedad o miedo. Es decir, usted debe sentir miedo al principio, o de lo contrario no habría ninguna necesidad de hacerlo en absoluto. Además, a veces el miedo aumenta en un primer momento antes de que disminuya, debido a que se enfrentan a las cosas que le asustan. Sin embargo, con la práctica repetida, la ansiedad disminuye finalmente.

Continuando con Actividades de Enfrentamiento

Continuar la práctica con cada actividad que ha puntuado con un nivel de ansiedad, de 3 o más en la sección 1, siguiendo los pasos descritos en la sección 1.

Tarea



Continuar registrando sus ataques de pánico y estados de ánimo diario usando el Registro de Ataque de Pánico y el Registro diario del Estado de Ánimo. Al final de la semana, sume el número de ataques de pánico y ansiedad promedio diario en su Registro de Progreso.



Practicar Cambiando sus Ventajas y / o Cambiando su Perspectiva para cualquier ataques de pánico que ocurra en esta semana.



Practique su primera actividad al menos tres días a la semana, y continúe haciéndolo hasta que el nivel de ansiedad en un día determinado no sea más que 2. Usted puede trabajar en más de una actividad a la vez.

Autoevaluación

Responder a cada una de las siguientes frases colocando en un círculo V (verdadero) o F (falso). Las respuestas se dan en el apéndice.

1. Yo debo practicar cada actividad el número de veces necesario para aprender que los síntomas no son dañinos y que puedo manejar los síntomas y la ansiedad. V F

2. Si los síntomas continúan durante mucho tiempo después de una actividad como el consumo de café, eso no significa que los síntomas son peligrosos. En su lugar, significa que probablemente estoy preocupado por los síntomas. V F

3. No es muy importante para mí registrar lo que me preocupaba que sucediera en mi Formulario de actividades de Enfrentamiento mientras yo completaba las actividades. V F

4. Las actividades se deben suspender si crean demasiada ansiedad o muchos síntomas. V F

Objetivos

- ❖ Conocer acerca de los medicamentos para la ansiedad y el pánico.
- ❖ Conocer las formas en que los medicamentos se pueden utilizar en combinación con los métodos descritos en este programa.
- ❖ Conocer las formas para deshabituar de la medicación.

Medicación para la Ansiedad

A muchas personas con ataques de ansiedad y pánico los médicos les prescriben medicamentos. Si esto le sucedió, usted puede tomar este medicamento regularmente o quizá sólo cuando siente que lo necesita. Muchas personas siguen este programa sin necesidad de utilizar la medicación, otros no tomarían la medicación, pero lo hacen por consejo de sus médicos. Sin embargo, hay un número de personas que quieren la medicación para la ansiedad y / o ataques de pánico. Para algunos, la ansiedad y el pánico son tan graves que sienten que no pueden soportar ni un día más y necesitan aliviarse tan pronto como sea posible. Hasta el medicamento que más tarda en actuar comenzaría a tener efecto en tres semanas. Algunos de los medicamentos de acción corta pueden funcionar en un día o dos. Otros sienten que no tienen el tiempo para dedicarle a dominar la información de este libro ahora mismo. Y otros pueden creer firmemente que la medicación es el mejor tratamiento para la ansiedad.

En cualquier caso, casi el 60% de las personas que vienen a nuestra clínica para el tratamiento psicológico está tomando algún tipo de medicación para la ansiedad. Algunos la han estado tomando durante bastante tiempo. A otros, sus médicos les han dado una receta para seguir durante unas semanas, pero les han indicado ir a nuestra clínica tan pronto como sea posible.

Como mencionamos en el capítulo I, no se recomienda que estas personas dejen de tomar su medicación antes de iniciar el programa. Con el tiempo, muchas personas dejan de tomarla medicación por su cuenta. Alrededor de la mitad de las personas dejan de tomar la medicación para cuando finalizan este programa, y otros la dejan en algún momento durante el primer año después de determinar. A continuación, se describe la manera de dejar de tomarla medicación si desea hacerlo.

En este punto, existe evidencia de que algunos tipos de medicamentos, si están prescritos en la dosis correcta, puede ser eficaz durante al menos un corto plazo en el alivio de la ansiedad o pánico en algunas personas. Muchos de estos medicamentos, sin embargo, no son eficaces a largo plazo a menos

que continúe tomándolos. Incluso entonces, pueden perder parte de su eficacia a menos que aprenda algunos métodos nuevos y más útiles para hacer frente a la ansiedad y el pánico mientras usted está con la medicación. Sin embargo, hay algunas personas que inician un curso de terapia de la medicación y dejan varios meses más tarde sin necesidad de pasar por un programa como este. Si la presión particular bajo la que estaba se ha resuelto, si hay algunos cambios en su sensibilidad, o si han desarrollado una actitud diferente hacia la ansiedad y el pánico, la medicación para en este corto periodo de tiempo era todo lo que se necesitaba.

Por todas estas razones, parece útil examinar las formas en que funcionan los medicamentos y los diferentes tipos de medicamentos recetados para la ansiedad y el pánico.

¿Cómo Funciona la Medicación?

La medicación se cree que disminuyen la vulnerabilidad a experimentar pánico y ansiedad. Los medicamentos parecen hacer más difícil que el cuerpo tenga una reacción de miedo generalizada. Además, los medicamentos reducen la ansiedad general y, por tanto, reducen la severidad de la preocupación diaria por los ataques de pánico. Debido a que los síntomas de la ansiedad general se reducen, hay menos síntomas a los que temer en el ciclo "miedo al miedo".

Los medicamentos disminuyen el pánico y la ansiedad al cambiarlas proporciones de neurotransmisores (es decir, los productos químicos) en ciertas partes de su cerebro y sistema nervioso. Este proceso de ajuste en la química del cerebro a menudo tarda varias semanas, que es por lo que muchos medicamentos no funcionan inmediatamente (aunque algunos algo hacen). Durante este ajuste, el cerebro "se re-equilibra". Por lo tanto, la medicación no está dando a su cerebro algo extra que le falta, ni quita algo que el cerebro tiene en demasía. Por el contrario, está ayudando a reequilibrar su cerebro y trabajar más eficientemente haciendo el trabajo que tiene que hacer.

Imagine que el cerebro tiene un "termostato" de estrés que lo mantiene en equilibrio, como un termostato mantiene la misma temperatura de una sala cuando la temperatura es demasiado caliente o demasiado fría. El pánico y la ansiedad puede ocurrir cuando el "punto de ajuste" que determina el nivel ideal (es decir, la temperatura) se mueve demasiado alto o demasiado bajo. Por ejemplo, el estrés puede mover el punto de ajuste. Así como lo pueden hacer determinadas sustancias, como la cafeína. El proceso de reequilibrio mueve el punto de ajuste de nuevo al centro para que el cerebro pueda funcionar más como lo ha hecho antes. Después de algún tiempo, la medicación puede no ser necesaria, a condición de que se puedan desarrollar mejores formas de lidiar con el estrés para que los eventos estresantes futuros no muevan de nuevo el punto de ajuste del termostato fuera de equilibrio.

ANTIDEPRESIVOS

Hay varias clases de antidepresivos que controlan la ansiedad y ataques de pánico. Los antidepresivos llamados inhibidores de la recaptación específica de serotonina (ISRS) son los medicamentos como la fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), fluvoxamina (Luvox) y paroxetina (Paxil). Los antidepresivos llamados inhibidores de la recaptación de norepinefrina y de la serotonina (IRSN) incluyen la venlafaxina (Effexor) y Serzone (nefazodona). Estas dos clases de medicamentos se han convertido en los medicamentos para el tratamiento de primera línea para el trastorno de pánico. En general, son menos tóxicos y causan menos efectos secundarios que los antiguos medicamentos como los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoamina oxidasa (descritos a continuación). Sin embargo, algunas personas siguen teniendo síntomas gastrointestinales como malestar estomacal y otros, dolores de cabeza y otros efectos secundarios (particularmente, la disfunción sexual) con estos medicamentos. Además, puede haber algo de empeoramiento inicial de la ansiedad, aunque esto puede ser disminuido comenzando con dosis más bajas (por ejemplo, 5 mg de Prozac). La dosis más eficaz para controlar el pánico y la ansiedad de los medicamentos más prescritos son de 20-40 mg de Prozac, 75-150 mg de Luvox, 20-40 mg de Paxil, y 100-200 mg de Zoloft (véase la Tabla 11.1).

Los antidepresivos tricíclicos incluyen la imipramina (Tofranil), clomipramina (Ana-franil), desipramina (Norpramin), nortriptilina (Pamelor), y la amitriptilina (Elavil). El Tofranil era antes el antidepresivo más comúnmente usado para la ansiedad y el pánico, pero ha sido ampliamente suplantado por los ISRS, como se señaló anteriormente. Estos medicamentos son generalmente útiles para el pánico y la ansiedad cuando se administra en el rango de 150-300 mg de Tofranil o su equivalente. Puede haber un cierto empeoramiento de la ansiedad inicial. Sin embargo, el empeoramiento inicial es pequeño al comenzar con pequeñas dosis (por ejemplo, 10 mg de Tofranil). Estas dosis se incrementan gradualmente llegando a los niveles efectivos. Además, el empeoramiento inicial desaparece después de la primera semana de tratamiento. Otros efectos secundarios incluyen boca seca, estreñimiento, visión borrosa, aumento de peso y sensación de mareo. Sin embargo, estos efectos secundarios generalmente son inofensivos y desaparecen después de algunas semanas. Por lo general toma varias semanas antes que la medicación controle la ansiedad y el pánico. Por lo tanto, a través las primeras semanas es crítico. Es difícil porque las primeras semanas es cuando los efectos secundarios son más fuertes, pero el medicamento todavía no está teniendo un efecto positivo en la reducción de pánico y ansiedad. Después de eso, los efectos secundarios disminuyen, y así lo hacen el pánico y la ansiedad.

Otro tipo de medicamento antidepresivo es los inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO). El medicamento más conocido de esta categoría para la ansiedad y el pánico es la fenelzina (Nardil). Otros incluyen tranilcipromina (Parnate) e isocarboxazida (Marplan). Inhibidores de la MAO pueden provocar efectos secundarios tales como mareos, aumento de peso, contracciones

musculares, disfunciones sexuales, y trastornos del sueño. Al igual que otros medicamentos, el tratamiento generalmente comienza con dosis bajas, como 15-30 mg por día de Nardil y se incrementa gradualmente hacia los niveles efectivos, tales como 60 a 90 mg por día de Nardil. En estos días los inhibidores de la MAO rara vez se utiliza para el trastorno de pánico porque hay graves restricciones en la dieta cuando se toma este medicamento. Por ejemplo, usted no puede comer queso, chocolate u otros alimentos que contienen tiramina, y usted no puede beber vino tinto o cerveza. Si lo hace, corre el riesgo de tener síntomas peligrosos, incluyendo hipertensión arterial.

Los medicamentos antidepresivos parecen ser casi igual de eficaz para los ataques de pánico, ansiedad y agorafobia. Uno de los problemas espinosos con medicamentos antidepresivos son los efectos secundarios durante las primeras semanas. Además, los efectos secundarios son a veces similares a los síntomas de pánico y ansiedad. Por esa razón, muchas personas no quieren seguir tomando el antidepresivo o al menos no quieren aumentar la dosis a los niveles que se necesitan para reducir el pánico y la ansiedad (esto se llama la dosis terapéutica). Y, sin embargo, la investigación ha demostrado que es importante tomar suficiente cantidad de este medicamento, para obtener todos los beneficios. Por lo tanto, lo mejor es adherirse a las primeras semanas hasta alcanzar la dosis terapéutica. Para ayudarle a la adherencia, recuerde lo siguiente.

- 1- Los efectos secundarios no son una indicación de que algo malo o dañino le está sucediendo a su cuerpo. Es decir, los efectos secundarios no indican que un daño físico le está ocurriendo a su cuerpo. Tampoco indican una enfermedad física. De hecho, los efectos secundarios indican que los medicamentos tienen determinados efectos químicos.
- 2- Los efectos secundarios no son una indicación de que la ansiedad va en aumento. En cambio, los efectos secundarios indican que su cuerpo está pasando por un período de ajuste a la medicación, ya veces, los efectos secundarios de este ajuste son síntomas similares al pánico y la ansiedad, pero no son pánico y ansiedad reales.
- 3- Los efectos secundarios generalmente desaparecen después de algunas semanas.
- 4- Las estrategias descritas en este tratamiento le ayudará a tener menos miedo de los efectos secundarios y alcanzar dosis terapéuticas de medicación.

Es mucho más fácil dejar de tomar los antidepresivos que las benzodiazepinas (descritas más adelante). En otras palabras, por lo general hay menos síntomas de abstinencia cuando se dejan los antidepresivos que cuando se dejan las benzodiazepinas. Por lo tanto, las tasas de recaída de los antidepresivos son mucho más bajas (alrededor de 40-50%) que las de las benzodiazepinas.

BENZODIACEPINAS

En el pasado los medicamentos comúnmente indicados para la ansiedad y el pánico, ahora con menos frecuencia, son los tranquilizantes menores. Dos de los más comunes son el diazepam (Valium) y el clordiazepóxido (Librium). Por lo general, estos medicamentos se recetan para el alivio a corto plazo de la ansiedad. Por lo general, se cree que es inútil para los ataques de pánico a no ser que se prescriba en dosis muy altas. Por ejemplo, es posible que 30 mg o más de Valium por día hagan perder sus ataques de pánico. En esta dosis, es probable que usted se sienta muy sedado (es decir, con sueño). Por esta razón, los tranquilizantes menores no suelen ser prescritos para los ataques de pánico por psiquiatras y médicos con conocimientos de la medicación para el tratamiento del pánico. Además, con el tiempo, es posible que necesite dosis cada vez mayores de la medicación para obtener los mismos efectos. Esto se llama tolerancia. A menos que usted trabaje cuidadosamente con su médico, existe el peligro de que con el uso a largo plazo, pueda llegar a ser psicológicamente y físicamente dependiente de los medicamentos (es decir, sufrir una adicción) que había sido destinada únicamente para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad.

Medicamentos de alta potencia, tienen mayores efectos que las dosis de medicamentos de menor potencia. Benzodiazepinas de alta potencia alivian los ataques de pánico sin causar efectos secundarios tales como somnolencia extrema, que se ven con mayor frecuencia en el uso de benzodiazepinas de menor potencia (por ejemplo, Valium). Estos medicamentos funcionan muy rápidamente, sus efectos suelen ser sensibles a los 20 minutos de la ingestión y siguen siendo los medicamentos más prescritos para el pánico y la ansiedad. Las benzodiazepinas más conocidas de alta potencia son el alprazolam (Xanax) y clonazepam (Klonopin). Para que se hagan una idea de lo fuerte que es el Xanax, 1 mg de Xanax es igual a aproximadamente a 10 mg de Valium. La dosis terapéutica de Xanax para los ataques de pánico varía de persona a persona y también según la naturaleza de los ataques de pánico. Por lo general, 1-4mg por día sería la dosis adecuada para los ataques de pánico, pero una dosis de más de 4 mg por día es a veces necesaria para evitar la agorafobia severa. Con estas dosis, el 60% de un grupo grande de pacientes estaban libres de pánico después de ocho semanas. La dosis adecuada de Klonopin es 1,5-4mg por día.

Los efectos secundarios de estos medicamentos son somnolencia, mala coordinación, y problemas de memoria. Sin embargo, comenzando con dosis bajas y aumentando gradualmente con el tiempo pueden reducirse estos efectos secundarios. La sensación inicial de somnolencia por lo general desaparece a medida que se da la adaptación del medicamento. Es importante darse cuenta de que los efectos secundarios disminuyen con el tiempo y no son peligrosos.

Las diferentes benzodiazepinas difieren en cuánto tiempo se mantienen activas en su cuerpo. Esto se conoce como vida media (o, la cantidad de tiempo que tarda la mitad de la dosis de medicación en ser eliminada del cuerpo). Con vida

media más larga, la medicación se toma con menos frecuencia. El Klonopin tiene una vida media más prolongada (15-50 horas) que Xanax (12-15 horas). Por lo tanto, el Klonopin se toma con menos frecuencia que el Xanax. Con un fármaco de vida media más corta, la gente a menudo siente que los efectos de la medicación desaparecen y el aviso de ansiedad aumenta cuando los niveles de medicamento en el cuerpo son bajos, por ejemplo, cuando despierta en la mañana.

Las benzodiazepinas se cree que actúan aumentando el efecto de un producto químico en el cerebro llamado ácido gamma amino butírico (GABA). El GABA se distribuye por todo el cerebro. Su función es inhibir la activación de las células nerviosas. Las benzodiazepinas ayudan al GABA a "frenar" las áreas del cerebro que causan ansiedad. Como podrán imaginar, al dejar las benzodiazepinas se "suelte el freno" y generalmente se lo asocia con un aumento en la ansiedad. Esta es una razón por la que muchas (si no la mayoría) de las personas recaen cuando dejan de benzodiazepinas.

Los síntomas de abstinencia se hacen sentir cuando suspenden las benzodiazepinas. Estos incluyen ansiedad, nerviosismo, dificultad para concentrarse, irritabilidad, sensibilidad a la luz o al sonido, tensión muscular o dolor de cabeza, trastornos del sueño y malestar estomacal. A veces estos síntomas de abstinencia llevan a la gente a estar muy preocupados y ansiosos, sobre todo porque los síntomas de abstinencia son similares a los síntomas de pánico y ansiedad. Algunas veces los síntomas de abstinencia son tan molestos que la gente retoma la medicación para deshacerse de ellos. Por otra parte, pueden recaer (es decir, sufren una recurrencia de pánico y ansiedad). La recaída es más probable si los síntomas de abstinencia se consideran erróneamente como perjudiciales. En realidad, la mayoría de los síntomas de abstinencia no son perjudiciales. En cambio, los síntomas de abstinencia reflejar los ajustes del organismo a los cambios químicos. Además, los síntomas de abstinencia desaparecen con el tiempo. Con este tipo de información y algunas estrategias de comportamiento, el proceso de abstinencia es generalmente mucho más fácil. Por lo tanto, la reducción lenta de las benzodiazepinas, junto con los tipos de estrategias que se describen en este libro, reduce drásticamente la abstinencia y la recaída cuando se suspenden las benzodiazepinas.

BETA-BLOQUEANTES

Muchas personas toman bloqueadores beta para reducir la presión sanguínea o regular el ritmo cardíaco. Estos medicamentos actúan sobre un receptor específico, el beta-receptor, que está implicado en regular aspectos del funcionamiento del cuerpo como la frecuencia cardíaca. Por lo tanto, los beta-bloqueantes se utilizan a menudosies necesario evitarla tensión físicapor razonesmédicas. Hay muchos tipos de beta-bloqueantes, pero el más popular es el propranolol (Inderal). Dada la información sobre los factores psicológicos implicados en el trastorno de pánico, sobre todo la noción de la ansiedad focalizada en los síntomas físicos del miedo, uno podría pensar quecualquier

medicamento que disminuya los síntomas corporales, tales como frecuencia cardíaca rápida y eliminar los ataques de pánico. Pero hay poca o ninguna evidencia de que el Inderal sea útil en alguna forma para los ataques de pánico, aunque algunas personas pueden sentirse un poco mejor. Por esa razón, los médicos conocedores de la medicación para el tratamiento de la ansiedad casi nunca prescriben este medicamento como el principal para tratar la ansiedad y el pánico. A veces se incluyen como un complemento o como medicación secundaria.

Los medicamentos con indicaciones aprobadas por la FDA para el trastorno de pánico se enumeran en la Tabla 11.1, junto con los medicamentos adicionales que, aunque no específicamente aprobados, es probable que sean eficaces en ciertos casos para algunas personas. Como siempre, el médico debe trabajar con usted en la toma de las decisiones finales sobre qué medicamento es mejor para usted.

Tabla 11.1 Medicamentos Utilizados para el Tratamiento del Trastorno de Pánico

Medicación	Nombre de Marca	Dosis Inicial	Rango de Dosificación
FDA- Drogas Aprobadas para el Trastorno de Pánico			
ISRS			
Flouxetina	Prozac	10 mg/día	10-60 mg/día
Paroxetina	Paxil	10 mg/día	10-60 mg/día
Sertralina	Zoloft	25 mg/día	50-200 mg/día
Benzodiazepinas			
Alprazolam	Xanax	0.25-0.5mg/día (3 veces/día)	0.25-4 mg/día (3 veces/día)
Clonazepam	Klonopin	0.25 mg/día	1-3 mg/día
Hasta el momento no aprobadas por la FDA para el Trastorno de Pánico			
ISRS			
Escitalopran	Lexapro	10 mg/día	10-50 mg/día
Citalopram	Celexa	10 mg/día	20-60 mg/día
Fluvoxamina	Luvox	25 mg/día	25-300 mg/día
IRSN			
Venlafaxina	Effexor	37.5 mg/día	73-300 mg/día
Clorhidrato de Nefazodona	Serzone	200 mg/día	300-600 mg/día
Benzodiazepinas			
Diazepam	Valium	4mg/día	4-40 mg/día
TCA			
Imipramina	Tofranil	75 mg/día	50-200 mg/día
Clompramina	Anafranil	25 mg/día	25-250 mg/día

Sección 2 Dejando la Medicación

Ahora que ha terminado este programa, usted debe estar listo para dejar la medicación, si desea hacerlo. Si esto es un problema particularmente difícil para usted, un programa breve adicional con eficacia demostrada para interrumpir la medicación está disponible en la serie de Treadments That Work™ de la Imprenta de la Universidad de Oxford llamado *Dejando la Medicación de la Ansiedad*. Debe estar muy seguro de dejar la medicación bajo la supervisión de su médico, y sólo su médico puede decidir qué tan rápido será seguro para usted disminuir la medicación hasta el punto donde se pueda parar por completo. Esto será particularmente cierto para los medicamentos como el Xanax, que son los mejores para disminuir muy lentamente. Con lo

que hemos aprendido en este programa, si usted sigue estas pautas generales, usted debería tener pocos problemas para dejar de tomar sus medicamentos.

- 1- Retirar su medicación de forma relativamente lenta. No trate de hacer lo todo de una vez. Una vez más, su médico podrá darle el mejor consejo del tiempo que es mejor para usted.
- 2- Establecer una fecha límite para dejar de tomar sus medicamentos. Una vez más, esto tendrá que ser planificado con su médico, sería una disminución en una fecha razonable en función de su propia programación. Por otra parte, la fecha no debe estar demasiado lejos. Por lo general, más rápido, mejor, siempre y cuando se encuentra dentro de una programación que sea segura para usted, según lo determinado por su médico.
- 3- Utilice los principios y habilidades que ha aprendido en este libro de cómo se retira la medicación

La razón por la que no hemos tratado este tema hasta ahora es debido a que es importante para que usted el poder aprender a dominar su ansiedad y el pánico con éxito antes de suspender la medicación. Una razón para esto es que usted puede comenzar a experimentar la ansiedad y el pánico en niveles más intensos a medida que sale de la medicación. Si nunca estuvo con medicación, ya debe dominar el pánico y la ansiedad por ahora. Si usted está con medicación, los principios que ha aprendido deberán ser aplicados de nuevo para hacer frente a algunos aumentos de ansiedad y pánico a medida que sale de la medicación. Una vez más, a la mayoría de la gente esto no le resulta un problema y reducen gradualmente la medicación a medida que están más cómodos en el manejo de su ansiedad y pánico.

Si su ansiedad y pánico parecen que aumentan a medida que disminuye la dosis de la medicación, esto es muy probablemente debido a los síntomas de abstinencia moderados. Los síntomas reflejan simplemente que su cuerpo se está readaptando a los cambios químicos por haber retirado la medicación. Los síntomas de abstinencia no significan que tiene que volver a tomar la medicación, ni tampoco significa que algo grave le ocurre. En cambio, los síntomas de abstinencia significan un período de ajuste, que puede durar sólo una o dos semanas (en casos raros, un poco más), hasta que el medicamento desaparezca de su sistema. Además, ahora tiene las habilidades para manejar estos síntomas. Esta es una oportunidad perfecta para usar sus habilidades de respiración, relajación, basándose en la evidencia, y poner las cosas en perspectiva.

De este modo, la retirada de la medicación puede ser vista como el último elemento en su lista de actividades que se describen en el capítulo 10. Es decir, la retirada de la medicación es otra forma de producir sensaciones físicas de la que tiene, o al menos tuvo, miedo. Por lo tanto, la retirada de la medicación puede ser añadida a su lista de actividades, y puede ser tratado como una oportunidad para practicar la respiración y basarse en la evidencia para evitar llegar a conclusiones erróneas y poner las cosas en perspectiva

sobre los síntomas de abstinencia. En lugar de estresarse por los síntomas físicos que experimenta con la abstinencia, siga las guías del capítulo 10 para aprender a tener menos miedo de ellas.

Después de retirar la medicación, es muy importante que enfrente todos los síntomas, actividades y situaciones que enfrentó, estando medicado.

Tarea



Si usted está con medicación y desea retirarla, entonces su tarea para esta semana es hablar con su médico tratante acerca de la mejor manera de hacerlo.



Planeé cómo va a hacer para manejar cualquiera de los síntomas de abstinencia mediante el uso de las diferentes habilidades que ha aprendido en este programa.



Elabore un plan específico paso a paso para usted.

Autoevaluación

Responder a cada una de las siguientes frases con un círculo verdadero (V) o falsas (F). Las respuestas se pueden encontrar en el apéndice.

1. Es esencial que la retirada de la medicación se lleve a cabo gradualmente, bajo la supervisión de su médico tratante. V F
2. Es improbable que usted se sienta algo distinto cuando se retire la medicación. V F
3. Utilice síntomas físicos, ansiedad o el pánico que experimente con la abstinencia de la medicación como una oportunidad de para respirar lentamente desde el abdomen, cambiarlas creencias erróneas, y enfrentar su miedo. V F
4. Experimentar síntomas físicos o de ansiedad y pánico al retirar la medicación es un signo de pérdida de todos sus logros durante tratamiento. V F
5. Experimentar síntomas físicos o de ansiedad y pánico al retirar la medicación es una señal de que usted no será capaz de dejar la medicación. V F
6. La gran mayoría de los pacientes que han completado este programa son capaces de dejar su medicación. V F

Objetivos

- ❖ Evaluar su progreso
- ❖ Aprender a estructurar prácticas permanentes
- ❖ Maneras para mantener el progreso
- ❖ Manejo de momentos críticos de riesgo o retrocesos

Evaluar su progreso

Es momento de evaluar los cambios que usted ha logrado desde que comenzó con este programa. Esto puede llevarse a cabo de distintas maneras. Utilizando el Registro de Progreso, compare la frecuencia de ataques de pánico desde el comienzo hasta hoy, y examine como se van modificando a lo largo del programa. Puede haber altibajos. También compare el nivel de severidad de su ansiedad diaria desde el principio hasta este momento. Si la frecuencia de los ataques de pánico o la intensidad de su nivel de ansiedad han disminuido, tilde “Sí” al lado del ítem “pánico y ansiedad” en la lista (Evaluación del Progreso) Caso contrario tilde “No”.

Segundo, evalúe sus pensamientos. ¿Ha hecho cambios significativos en la manera de pensar sobre el pánico, la ansiedad, y los síntomas físicos? En otras palabras, ¿es menos proclive a apresurarse a sacar conclusiones, exagerar o perder la perspectiva cuando se trata de pánico y de los síntomas físicos del pánico? En caso afirmativo, tilde “Sí” en el ítem “Pensamientos Negativos”, caso contrario tilde “No”.

Tercero, busque su nivel de temor inicial del listado con las jerarquías de síntomas y actividades. Ahora, evalúe su nivel actual de temores para los mismos síntomas y actividades, utilizando la misma escala del 0 al 10 (donde el 0 correspondería a ausencia de temor, y el 10 sería el temor extremo). ¿Se siente más preparado para manejar los síntomas físicos producidos por

hiperventilación, mareos, retención de la respiración, ejercicios físicos, beber café o mirar una película de terror? ¿Con mucho menos fobia y temor que con el inicialmente fueron jerarquizados? Si ha habido una significativa reducción del nivel de temor, marque “Sí” en el ítem “Síntomas y Actividades”. Caso contrario marque “No”.

Cuarto, mire los rankings iniciales de miedo de su Jerarquía de Situaciones de Agorafobia. Ahora vuelva a evaluarlos utilizando la escala 0-10 (donde 0= ausencia de temor y 10= máximo temor). ¿Se considera apto para manejar, volar, estar solo, estar lejos de casa, etc. con mucho menos temor que al principio, cuando los jerarquizo inicialmente? En caso afirmativo, tilde “Sí” en el ítem “situaciones”, caso contrario tilde “No”.

Si ha tildado al menos 3 de los 4 ítems del listado, como “Sí”, puede considerar que ha hecho grandes progresos con este programa.

Evaluación del Progreso

Evalúe su progreso desde que inició el programa

Pánico y Ansiedad

Reducción significativa de la frecuencia, intensidad, o nivel de ansiedad respecto al pánico

Sí No

Pensamientos negativos

Disminución significativa de la tendencia a apresurarse a sacar conclusiones, sacar las cosas de perspectiva, o sobredimensionarlas

Sí No

Ejercicios de síntomas y actividades

Reducción significativa en los ejercicios y actividades de provocación del miedo a los síntomas.

Sí No

Situaciones de agorafobia

Disminución significativa del temor y/o evasión de situaciones asociadas al pánico.

Sí No

Cómo continuar

Debe tener una cantidad de actividades o situaciones para practicar. Utilice el Plan de Práctica (ver siguiente cuadro) para listar todo lo que debería practicar durante las próximas semanas en términos de:

- ❖ Habilidades de respiración;
- ❖ Habilidades del pensamiento;
- ❖ Enfrentar situaciones de agorafobia;
- ❖ Enfrentar síntomas.

Al final de cada semana, revise su Plan de Práctica en función de su progreso, y los próximos pasos a tomar. Esto podría continuar por seis meses o más, de acuerdo a lo que usted prefiera.

Plan de práctica	
Cosas a practicar	Descripción
Habilidades de respiración	Más práctica para convertir la respiración rápida y superficial en lenta y abdominal. Volver a prácticas de 10 minutos, 2 veces por día, en lugares tranquilos/relajantes.
Habilidades del pensamiento	Voy bien con el tema de sacar conclusiones apresuradas, pero necesito practicar el tema de sobredimensionar. Imaginar escenarios con ataques de pánico en público, pensar en enfrentar lo peor y volver a poner la situación en perspectiva.
Enfrentar situaciones de agorafobia	Estoy preparado para manejar para visitar a mi hermano.
Enfrentando Síntomas	Exigirme más en los ejercicios de clase.

Figura 12.1 Ejemplo de un plan de práctica.

Objetivos a largo plazo

Puede empezar a planear aquellos objetivos de largo plazo que tenía impedidos por el pánico o la ansiedad.

Acá se listan algunos ejemplos de aquellos planes que podría tener ahora.

Quizás siempre quiso:

- ❖ retomar el colegio/universidad;
- ❖ tener hijos;
- ❖ conocer gente nueva;
- ❖ viajar;
- ❖ tener nuevos hobbies;
- ❖ cambiar de trabajo;
- ❖ comprarse un auto.

Cualquiera sea el caso, considere sus objetivos de largo plazo y los pasos necesarios para alcanzarlos. Los cuales pueden ser revisados mes a mes

Plan de práctica

Cosas a practicar

Descripción

Habilidades de respiración

Habilidades del pensamiento

Enfrentando situaciones de agorafobia

Enfrentando síntomas

Objetivos a largo plazo	
Objetivos a largo plazo	Pasos para alcanzarlos
Desarrollo de carrera a una Posición gerencial	Hablar con Recursos Humanos Ver los cursos ofrecidos Capacitarme
Desarrollar nuevas amistades	Unirme a grupos de solteros en la iglesia. Conversar con la gente en el gimnasio. Unirme a asociaciones u organizaciones.
Retomar los estudios	Llamar a la oficina de admisión. Pedir un cronograma de clases.. Hablar con personas que hayan retomado sus estudios.

Figura 12.2 Ejemplo de formulario completado con los objetivos a largo plazo.

Cómo mantener el progreso

Hay varias maneras de mantener el progreso realizado hasta el momento.

Primero, si se encuentra dubitativo ante ciertas situaciones, o duda de si puede

llevar a cabo ciertas actividades debido a que siente miedo o ansiedad, justamente esa será su señal para avanzar y enfrentar aquella situación o actividad.

- ❖ Utilice sus habilidades para respirar.
- ❖ utilice sus estrategias de pensamiento para lidiar con aquello que le provoca ansiedad.
- ❖ recuerde: evadir es una de las mayores causas de aumento de la ansiedad.

Segundo, registre su estado de ánimo. Al menos una vez al mes, evalúe como ha estado en cuanto a niveles generales de ansiedad, y de ser necesario, la cantidad de ataques de pánico que ha tenido. Es más fácil tomar acciones correctivas al inicio que esperar a estar envuelto en pánico o ansiedad intensa.

Registre como ha estado al menos una vez al mes simplemente preguntandose cuan ansioso se ha sentido durante la última semana, o cuanto se ha preocupado por las cosas, o si ha tenido algún ataque de pánico. Es útil asociar estas evaluaciones a algún evento regular de fácil recordación. Por ejemplo, cierto pago mensual o alguna reunión. Regístrelo cada mes justo antes o después de estos eventos.

Tercero, de vez en cuando, revise la información educativa de los capítulos 3 y 4. Los nuevos aprendizajes deben ser revisados/repetidos para incorporarlos a nuestra manera de pensar.

Momentos de mayor riesgo

Los períodos de mayor estrés de su vida son los que más incrementan el riesgo de tener pánico o ansiedad. Estos períodos pueden ser la pérdida de un trabajo, el fin de una relación, el nacimiento de un hijo, o una enfermedad grave. El estrés afecta nuestro sistema nervioso poniéndonos en un estado de mayor tensión, provocando más síntomas físicos y favoreciendo pensamientos negativos.

Por estas razones, es útil anticipar los momentos de gran estrés y prepararse tomando medidas.

1. Primero, piense en la forma en que maneja su ansiedad. Esté atento a sus hábitos de sacar conclusiones apresuradas, sobredimensionar, o evadir hechos.
2. Segundo, piense en pasos concretos para manejar el estrés. Como por ejemplo, cómo enfrentar a un jefe enojado o una factura vencida.

Objetivos a largo plazo

Objetivo de largo plazo

Pasos para alcanzarlo

Retrocesos

Un ataque de pánico o el resurgimiento de la ansiedad no significan que usted está empeorando o que ha perdido todo el progreso ganado. Considérela como una rueda averiada en un viaje en la ruta. Sí, necesita arreglar la rueda, pero no significa que tiene que volver al punto de partida de su viaje. Repárela y continúe con la travesía.

Cuando se trata de pánico y ansiedad, cambiar la rueda significa pensar en el disparador, chequear si es que uno estaba sacando conclusiones de antemano o sobredimensionando las cosas, y preguntarse cómo uno puede pensar de una manera más calma y realista. Después hay que continuar el camino enfrentando aquello que provocó la ansiedad.

Lo más importante que hay que hacer cuando afloran los síntomas de ansiedad es repetir todo lo hecho hasta el momento: habilidades respiratorias, habilidades del pensamiento, enfrentar situaciones de agorafobia, y enfrentar los síntomas.

Solo porque el pánico o la ansiedad hayan reaparecido no significa que el tratamiento no volverá a funcionar. Sino que es como reza el dicho: “si te caes del caballo, tienes que sacarte el polvo de encima y volver a subir”.

Para obtener información completa acerca de investigación reciente sobre la naturaleza y causas del pánico y la ansiedad, le recomendamos leer a David H. Barlow, *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, segunda edición (2002), y a Michelle G. Craske, *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment* (1999).

APENDICE

Respuestas para las autoevaluaciones

Capítulo 1

- | | |
|------|------|
| 1. V | 4. F |
| 2. V | 5. V |
| 3. F | 6. F |

Capítulo 2

- | | |
|------|------|
| 1. V | 4. V |
| 2. F | 5. V |
| 3. F | |

Capítulo 3

- | | |
|------|------|
| 1. V | 5. V |
| 2. F | 6. F |
| 3. F | 7. F |
| 4. F | |

Capítulo 4

- | | |
|------|------|
| 1. F | 4. V |
| 2. F | 5. F |
| 3. V | 6. V |

Capítulo 5

- | | |
|------|------|
| 1. F | 3. V |
| 2. V | 4. F |

Capítulo 6

Sección 1

- | | |
|------|------|
| 1. V | 4. F |
| 2. F | 5. F |
| 3. F | 6. V |

Sección 2

- | | |
|------|------|
| 1. F | 3. F |
| 2. F | 4. V |

Sección 3

- | | |
|------|------|
| 1. F | 3. V |
| 2. F | |

Capítulo 7

Sección 2

- | | |
|------|------|
| 1. F | 4. V |
| 2. V | 5. F |
| 3. F | 6. V |

Sección 3

- | | |
|------|------|
| 1. F | 4. F |
| 2. F | 5. V |
| 3. V | |

Sección 4

- | | |
|------|------|
| 1. F | 3. V |
| 2. F | 4. F |

Capítulo 8

- | | |
|------|------|
| 1. F | 4- F |
| 2. F | 5- F |
| 3. F | 6- F |

Capítulo 9

- | | |
|------|------|
| 1. F | 4. F |
| 2. V | 5. F |
| 3. V | |

Capítulo 10

Sección 1

- | | |
|------|------|
| 1. V | 4. F |
| 2. F | 5. F |
| 3. V | |

Sección 2

- | | |
|------|------|
| 1. F | 3. V |
|------|------|

2. F

Sección 3

1. F

3. F

2. F

4. F

5. V

Sección 4

1. V

3. F

2. V

4. F

Capítulo 11

1. V

4. F

2. F

5. F

3. V

6. V

Autores

David H. Barlow recibió su doctorado en filosofía en la Universidad de Vermont en 1969. Publicó alrededor de 500 artículos y capítulos, y 50 libros y manuales, la mayoría sobre temas de desórdenes emocionales y metodología de investigación clínica. Sus trabajos y libros se han traducido a más de 20 idiomas, incluyendo Árabe, Mandarín y Ruso.

Fue profesor de Psiquiatría en la Universidad de Mississippi Medical Center y profesor de Psiquiatría y Psicología en la Universidad Brown, creando las residencias en ambas universidades. También fue distinguido como profesor en el departamento de Psicología en la Universidad de Albany (New York). Actualmente es profesor de Psicología, Profesor de investigación Psiquiátrica y director del centro para el tratamiento de la ansiedad y desórdenes relacionados de la Universidad de Boston.

Barlow recibió la distinción de la Asociación Americana de Psicología (APA) con el premio por las aplicaciones en psicología en el 2000. También recibió el premio "First Annual Science Dissemination" de Psicología Clínica de la APA y fue distinguido en 2000 por su contribución científica. También recibió una premiación en reconocimiento a sus logros sobresalientes del Hospital General del ejército de liberación Chino, en Beijing, China, en psicología clínica. Durante el año académico 1997-1998 fue Fritz Redlich Fellow en el "Center for Advanced Study in Behavioral Sciences". Palo Alto, California.

Otras premiaciones incluyen "Career Contribution Awards" de la Massachusetts, California y Connecticut Psychological Associations, en 2004 "C. Charles Burlingame Award" del "Institute of Living" en Hartford, Connecticut; el "First Graduate Alumni Acholar Award" del colegio de graduados de la Universidad de Vermont; el "Masters and Jonson Award" de la asociación de terapia sexual e investigación; el "G. Stanley Hall Lectureship", APA; un certificado de reconocimiento por las contribuciones a la mujer en psicología clínica de la sección IV de la división 12 del APA, la Clínica de Psicología de la mujer; y un premio al merito del Instituto Nacional de Salud Mental, por sus contribuciones a la investigación. Fue presidente de la Sociedad de Psicología Clínica de la APA y de la asociación del Desarrollo de la Terapia Conductual. Fue editor de los journals *Terapia del Comportamiento*, *Journal de Análisis Comportamental Aplicado*, y *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*. Y actualmente es Jefe de Editores de la publicación *Tratamientos que funcionan, series de la Universidad de Oxford*.

Formó parte del grupo de trabajo de la APA en el desarrollo de guías sobre intervenciones en psicología. Fue miembro del grupo de trabajo que revisó la sección sobre trastornos de ansiedad del DSM-IV. Asimismo está diplomado en psicología clínica por el Board Americano de Psicología Profesional. Y mantiene su práctica privada.

Michele G. Craske recibió su doctorado de la Universidad Británica de Columbia en 1985 y publicó más de 200 artículos y capítulos en el área de los trastornos de ansiedad, también publicó sobre diferencias de género en la ansiedad, y, basándose en la ciencia básica del miedo aprendido, trasladó dichos conocimientos a la aplicación clínica del tratamiento y comprensión de las fobias, además, publicó una serie de libros de autoayuda, y participó de los múltiples aportes del Instituto Nacional de Salud Mental desde 1991, vinculada a proyectos de investigación para los factores de riesgo de los desordenes de ansiedad y depresión en niños y adolescentes, los aspectos cognitivos y psicológicos de los ataques de pánico, y el desarrollo de tratamientos para el pánico y trastornos asociados.

Es editora asociada del journal sobre *psicología de la enfermedad e investigación sobre el comportamiento y terapia*, y forma parte del board de científicos Americanos para los trastornos de ansiedad.

Actualmente es profesora en el departamento de Psicología y psiquiatría y ciencias biológicas de la Universidad de California, Los Angeles, y es Directora, en la UCLA, del Programa de Investigación para los Trastornos de Ansiedad.