

Guía de la Ansiedad de ansede.com

Pedro Moreno

Doctor en Psicología

Psicólogo especialista en Psicología Clínica

Instituto Ansede

Versión 1.0.2

de la Guía de la Ansiedad

Visita la web www.ansede.com
para descargar la última ver-
sión disponible de esta guía.

Gracias.

Sobre esta guía

La información y/o los ejercicios propuestos deben entenderse como material educativo que puede ayudar al lector a comprender la ansiedad y el miedo patológico. Sin embargo, esta guía no debe emplearse para reemplazar el diagnóstico y el tratamiento de un profesional experto en salud mental.

Para conseguir más información sobre la superación de la ansiedad y el miedo se puede visitar la página web del Instituto Ansede: <http://www.ansede.com>.

Esta guía es una versión modificada del prólogo y algunos fragmentos del capítulo 1 y 2 del libro “Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso” del Dr. Pedro Moreno, director del Instituto Ansede, y que ha sido publicado por la Editorial Desclée de Brower, 2002. Dicho libro puede conseguirse en librerías de España, América Latina y sur de Estados Unidos. También puede solicitarse directamente a la editorial.

Sobre cesiones del copyright

Usted tiene permiso para reenviar este documento a familiares y amigos. De hecho, le animamos a facilitar una copia de este documento a todos sus seres queridos. Sin duda, la mejor herramienta para prevenir la ansiedad es la información.

Sin embargo, si desea reproducir este documento con fines comerciales necesita permiso escrito del autor y la editorial, con independencia del medio empleado.

No tiene permiso para modificar, resumir o extraer la información aquí contenida.

INDICE

Prólogo.....	4
Introducción	6
Nuestro plan para superar la ansiedad y el miedo	9
Nota para profesionales de la salud mental	14
Paso 1º. Comprender la ansiedad.....	16
1. Cuando la ansiedad es un trastorno	17
Trastorno de Pánico	20
Agorafobia	25
Fobia social	28
Fobias específicas	31
Trastorno obsesivo-compulsivo.....	34
Trastorno por estrés postraumático.....	38
Trastorno por estrés agudo.....	41
Trastorno de ansiedad generalizada.....	41
Otros trastornos de ansiedad.....	45
Trastornos adaptativos	46
Para ampliar la información aquí contenida	46
Referencias.....	47

PRÓLOGO

Desde tiempos inmemoriales, millones de personas de todo el mundo han sentido ansiedad. El papel que ha tenido y tiene dicha ansiedad es diferente según la intensidad con la que se presenta. De tal modo, los niveles suaves o moderados de esa emoción tienen un efecto beneficioso, pues facilitan un mejor desempeño de ciertas actividades. Esto es debido a que se aumenta la atención y la motivación.

Sin embargo, cuando la ansiedad llega a ser severa, ésta puede ocasionar un deterioro total y permanente, con serias complicaciones en algunos casos, tales como: abuso de fármacos, problemas laborales o académicos, e incluso importantes problemas personales y de relación con los demás. Y siempre con un sufrimiento considerable para la persona que padece dicho trastorno de ansiedad.

Me satisface prologar el libro escrito por el Dr. Pedro Moreno —entre otros motivos— porque ha tenido muy presente el objetivo de presentar de un modo muy asequible la problemática típica de la ansiedad y los métodos disponibles para superarla. Para ello, se ha basado en su propia experiencia profesional y en los últimos desarrollos científicos internacionales en técnicas para el tratamiento de la ansiedad.

El libro incluye abundantes ejemplos, tests y ejercicios que facilitan la asimilación de los conceptos fundamentales, convirtiéndolo en una herramienta útil para superar la ansiedad y el miedo.

Finalmente, puesto que los procedimientos descritos en este libro se han probado efectivos, tan sólo resta añadir que leer este libro debería ser el camino de elección para cualquier persona que sufra trastornos de ansiedad o miedos fóbicos.

David H. Barlow, Ph.D.

Professor of Psychology

Research Professor of Psychiatry

Director, Center for Anxiety and Related Disorders

and Clinical Programs at Boston University

Estados Unidos de América

INTRODUCCIÓN

¿Has sufrido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|--|----|----|
| • Tensión muscular o irritabilidad | SÍ | NO |
| • Palpitaciones o el corazón acelerado | SÍ | NO |
| • Náuseas, mareos o vértigos | SÍ | NO |
| • Necesidad de evitar algunos sitios o personas | SÍ | NO |
| • Manos o pies fríos o pegajosos | SÍ | NO |
| • Oleadas de calor, escalofríos o temblores | SÍ | NO |
| • Vergüenza excesiva | SÍ | NO |
| • Pensamientos “raros” o repetitivos | SÍ | NO |
| • Dudas o preocupaciones continuas | SÍ | NO |
| • Miedo a estar teniendo un infarto o algo grave | SÍ | NO |
| • Necesidad de repetir lavados o comprobaciones | SÍ | NO |

Si has marcado al menos un sí, este libro puede serte útil.

La ansiedad y el miedo se pueden manifestar de muchos modos. Una persona ansiosa o con miedo puede sentir tensión muscular, palpitaciones, manos o pies fríos, oleadas de calor o escalofríos. También puede sentir la necesidad de evitar a aquellas personas, lugares

o situaciones que le causan miedo o ansiedad.

Otros síntomas frecuentes de la ansiedad son la irritabilidad, las náuseas, los vértigos, los temblores, las dudas reiteradas, los mareos y las preocupaciones excesivas. Algunas personas que padecen problemas de ansiedad pueden sentir *crisis de ansiedad* (o ansiedad repentina y muy elevada) cuando se encuentran con determinadas personas o animales. También es posible sufrir crisis de ansiedad en situaciones como volar en avión, subir a un piso elevado o entrar en un espacio muy reducido. Otras personas tienen estas crisis de forma inesperada y sin nada que las provoque, aparentemente.

En la sociedad actual son muchas las personas que padecen debido a la ansiedad o el miedo. Algunos expertos afirman que cuatro de cada diez personas pueden experimentar alguno de los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, estudios rigurosos indican que dos varones y tres mujeres de cada diez han tenido, tienen o tendrán algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.

Las repercusiones de padecer un trastorno de ansiedad pueden llegar a ser considerables. Además del malestar que ocasiona la ansiedad, ésta a veces se complica con depresión, con abuso de medicación tranquilizante o con el consumo abusivo de alcohol o drogas. También puede alterar nuestro desempeño laboral o académico, nuestras relaciones sociales e incluso impedirnos lograr una pareja.

La buena noticia es que resulta posible superar la ansiedad y el miedo. Hoy en día los psicólogos disponemos de muchas técnicas para ayudar a las personas que sufren estos problemas. Técnicas y métodos que han sido probados científicamente en prestigiosos centros de investigación de todo el mundo y que han

demostrado su eficacia en miles de pacientes correctamente diagnosticados y tratados.

Este libro trata de resumir y presentar de modo asequible y ordenado todos estos conocimientos científicos y las técnicas que se han probado más sencillas y efectivas. Es, sin duda, un libro práctico que te ayudará a superar los miedos y la ansiedad. No pretendo decirte que sea fácil esta tarea ni que lo puedas lograr en 10 días. Sí te digo que tú puedes hacer mucho por aliviar e incluso eliminar los problemas de ansiedad si aplicas los conocimientos y los ejercicios incluidos en este libro.

Muchos pacientes preguntan si realmente es posible superar los miedos o la ansiedad. Mi respuesta siempre es la misma: “Si se compromete al cien por cien con la terapia y realiza los ejercicios recomendados, usted logrará sentirse bastante mejor, puede que incluso completamente curado”. Si bien es cierto que no todos los trastornos de ansiedad se pueden superar completamente, en todos los casos es posible hacer mucho por mejorar la calidad de vida y hacer que la vida merezca ser vivida. Como especialista en tratamientos psicológicos, reconozco que los pacientes que sufren trastornos de ansiedad, generalmente, tienen muchas más posibilidades de salir adelante con éxito que los pacientes que sufren otros problemas psicológicos como los trastornos psicóticos o las adicciones.

Este libro desarrolla las explicaciones y los ejercicios que he visto que ayudan a mis pacientes a superar la ansiedad. Pese a que ningún libro puede sustituir por completo a un tratamiento psicológico, es muy cierto que escribo este manual con el convencimiento de que la información contenida y los ejercicios recomendados pueden hacerte sentir mejor. Si eso se logra, aunque sea en una porción mínima, este manual de autoayuda

habrá cumplido su objetivo.

Nuestro plan para superar la ansiedad y el miedo

Nuestro trabajo para superar la ansiedad pasa por siete fases: 1) entender los trastornos que puede causar la ansiedad, 2) conocer con detalle los síntomas que puede experimentar una persona ansiosa (especialmente aquellos síntomas y sensaciones que pasan más desapercibidos), 3) identificar el modo concreto en el que la ansiedad se presenta en tu vida, 4) seleccionar las técnicas para hacer frente a la ansiedad que mejor pueden funcionar, 5) aprender dichas técnicas, 6) aplicar las técnicas a tu vida cotidiana, y 7) valorar el resultado de dicha aplicación.

La estructura del libro responde en parte a este esquema. El capítulo que sigue a esta introducción presenta las diversas formas que puede adoptar la ansiedad. Es un capítulo relativamente denso pero se ha incluido porque muchos de mis pacientes, al saber que “lo suyo” tiene un nombre se sienten aliviados. Es cierto que muchas personas que sufren ansiedad creen que son los únicos con ese problema y eso les hace sentirse aún más infelices y raros. Este capítulo nos servirá también para ir localizando y clasificando los síntomas de ansiedad. En muchas ocasiones la ansiedad y el miedo se manifiestan de modo evidente, pero son estos mismos síntomas los que pueden enmascarar detalles sutiles que requieren ser manejados adecuadamente para mejorar definitivamente. Por esto se han incluido ejemplos extensos de casos que he tratado personalmente —si bien han sido modificados los nombres y otros detalles que pudieran identificar a mis pacientes—. También se incluye una breve descripción

de las características principales de cada trastorno y sus variantes, así como un apartado denominado “La clave del trastorno” en el que se presenta el elemento principal a tener en cuenta para superar cada trastorno de ansiedad. No significa que sólo haya que actuar sobre ese elemento, sino que es difícil superar ese trastorno de ansiedad si no abordamos adecuadamente lo que podríamos considerar la clave del trastorno.

El capítulo dos, “El mecanismo de la ansiedad”, nos enseña a conocer a fondo al enemigo. Sirviéndonos del esquema denominado por los psicólogos *análisis funcional de la conducta*, describiremos desde las situaciones que pueden desencadenar la ansiedad (*estímulos*) hasta las *consecuencias* de nuestro comportamiento ante dicha ansiedad (*respuesta*), pasando por describir las distintas formas en las que puede manifestarse la respuesta de ansiedad (*respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras*), todo ello ilustrado con abundantes ejemplos. Dedicaremos atención igualmente a las peculiaridades de cada persona como ser individual ante la ansiedad (*organismo*). En la Tabla 1 se definen brevemente estos conceptos.

Tabla 1. *Unidades del análisis funcional de la ansiedad.*

Estímulo: Situaciones que desencadenan la respuesta de ansiedad. También funcionan como estímulo otras respuestas previas como recuerdos, sensaciones o pensamientos que nos producen ansiedad.

Organismo: Es el resumen de nuestra historia como personas: los aprendizajes, habilidades adquiridas, recursos de afrontamiento, herencia genética, etc. También incluimos aquí las sustancias químicas que pueden alterar la química cerebral.

Respuesta: Nuestras respuestas de ansiedad se dividen en tres subtipos: respuestas cognitivas (los pensamientos), respuestas

fisiológicas (las sensaciones) y respuestas motoras (las conductas visibles).

Consecuencia: Las consecuencias de nuestras respuestas de ansiedad (por ejemplo, sentir menos ansiedad cuando nos alejamos de la situación temida) pueden contribuir a mantener nuestro problema de ansiedad e incluso empeorarlo.

Aunque ahora pueda parecer algo complicado, dedicaremos atención suficiente para que logres realizar tu propio análisis funcional de tu ansiedad. Esto será muy útil para que aprendas a reconocer cómo funciona la ansiedad en tu caso particular y será uno de los primeros pasos que debas dar para superarla definitivamente. Tal vez esta tarea te parezca difícil a primera vista. Ciertamente tiene su complicación, pero hemos incluido tres capítulos (3, 4 y 5) que te ayudarán a completar todos estos datos, de forma relativamente sencilla, con muchos ejercicios prácticos, tests y cuestionarios. De ese modo tendrás mayor confianza en el trabajo que vas realizando.

En el capítulo tres nos adentraremos de forma práctica en el mundo de las sustancias que pueden alterar el estado emocional. Se ofrecen algunos consejos para evitar crisparnos aún más y comentamos el valor relativo de algunos fármacos para la ansiedad. Digo “valor relativo” porque estos fármacos sólo tienen una utilidad transitoria —y remarco lo de transitoria— en la solución de los problemas emocionales en general y de la ansiedad en particular. Cuando una persona está tan alterada que no puede mantener una conversación con el psicólogo, por su estado extremo de ansiedad o depresión, el fármaco puede tener una utilidad, si así lo considera el médico. Cuando el paciente es capaz de mantener su atención en la conversación durante al menos treinta minutos es el momento de iniciar la

terapia psicológica. En el momento en el que comience a hacerse más estable la mejoría, el médico debe valorar la retirada gradual de la medicación mientras aún continúa el tratamiento psicológico para prevenir una recaída prematura. La ansiedad es un mecanismo de defensa natural del ser humano que le previene de peligros reales y por esto no se puede erradicar. Por este motivo no se debe conducir bajo los efectos de tranquilizantes o antidepresivos: la tranquilidad artificial que producen conlleva una pérdida de reflejos que nos puede costar la vida. Por tanto es fundamental aprender a manejar la ansiedad de modo natural, mediante el conocimiento de sus síntomas y de las técnicas que nos permitan afrontarla adecuadamente en el día a día y en cualquier circunstancia.

En los capítulos cuatro y cinco, aprenderemos a detectar la ansiedad perjudicial. Aquí veremos la forma de aplicar lo aprendido para reconocer los síntomas sufridos últimamente, cómo se manifiestan en nuestro caso particular, cuáles son sus componentes concretos, y qué consecuencias están teniendo a corto y a largo plazo. En el capítulo cuatro se incluyen algunos ejercicios para facilitar el conocimiento profundo de tus respuestas de ansiedad y cuatro tests sobre ansiedad que te ayudarán a delimitar las situaciones temidas, y los pensamientos, sensaciones y conductas principales que tienen lugar cuando estás ansioso o con miedo. En el capítulo cinco se ofrecen las claves para interpretar adecuadamente tus resultados y tomar decisiones sobre la mejor forma de afrontar la ansiedad en tu caso particular.

En los capítulos que restan se desarrollan las principales técnicas que existen para ayudar a superar definitivamente la ansiedad y el miedo. Las técnicas que hemos seleccionado son —de entre las que tienen

científicamente demostrada su eficacia— las que nosotros hemos aplicado en numerosos pacientes a lo largo de nuestra práctica profesional y que conocemos en profundidad. Estas técnicas persiguen tres objetivos complementarios:

1. *Lograr la relajación física*: técnicas de relajación muscular (capítulo 6) y de respiración anti-pánico (capítulo 7).
2. *Lograr la relajación mental*: técnicas de resolución de problemas (capítulo 8), técnicas de reestructuración cognitiva (capítulo 9: “Pensar con claridad”) y su aplicación a la autoestima (capítulo 10).
3. *Lograr la relajación conductual*: Entrenamiento asertivo (capítulo 11) y técnicas de exposición (capítulo 12: “Hacer frente a nuestros temores”).

Estas técnicas se han presentado por orden creciente de “dificultad emocional”. Desde luego, lo más sencillo es practicar las técnicas de relajación puesto que, si bien requieren un entrenamiento apropiado, no suponen, generalmente, ningún tipo de amenaza para quien las practica. Las técnicas para lograr la relajación mental son algo más complicadas, y, si bien son necesarias en muchos casos, a veces pueden hacernos sentir un poquito conscientes de algunas limitaciones emocionales. Finalmente, las técnicas de relajación conductual son claramente “agresivas” en ocasiones, pues suponen enfrentarse —cara a cara— con las situaciones, sensaciones y pensamientos temidos. Todas estas técnicas han demostrado su eficacia y debemos remarcar aquí que, en determinados casos, las técnicas más “agresivas” han resultado, con diferencia, las más eficaces para superar definitivamente la ansiedad y el

miedo. No obstante, siguiendo las indicaciones que se proporcionarán más adelante, será posible planificar una estrategia efectiva y segura para superar la ansiedad y el miedo.

Nota para profesionales de la salud mental

Este manual está dirigido a personas que sufren ansiedad o miedo y puede emplearse sin la supervisión de un profesional de la salud mental. No obstante, dichos profesionales, y especialmente los psicólogos, encontrarán en esta obra una guía útil en múltiples niveles:

- Aquellos psicólogos con poca o nula experiencia profesional hallarán aquí una descripción llana pero precisa de los trastornos de ansiedad y de las claves que determinan el tratamiento eficaz de los mismos. También obtendrán una guía para la evaluación del paciente con ansiedad y una exposición clara de las principales técnicas avaladas científicamente para el tratamiento de la ansiedad. Todo ello salpicado de abundantes ejemplos de la propia experiencia profesional del autor.
- Los psicólogos con experiencia clínica fuera del modelo cognitivo-conductual encontrarán en este manual una guía sencilla de las explicaciones básicas que se suministran al paciente con esta problemática desde la perspectiva cognitivo-conductual, enriqueciendo, probablemente, su manejo clínico con pacientes que padecen trastornos de ansiedad.
- Los psicólogos cognitivo-conductuales experimentados, y en general todo profesional de la

salud mental que trabaje con pacientes con trastornos de ansiedad, pueden recomendar este manual a sus pacientes a modo de biblioterapia o como complemento a las sesiones terapéuticas con el paciente. Son abundantes las pruebas a favor del uso de manuales que complementen la terapia como un modo de mejorar el resultado de la misma.

Existe una guía para el profesional que complementa a este manual y que desarrolla en profundidad las decisiones clínicas que debe afrontar el psicólogo que evalúa y trata a personas con ansiedad. Puede solicitarla a través de la página web en la que colabora el autor: *www.ansede.com*.

PASO 1°. COMPRENDER LA ANSIEDAD

1. CUANDO LA ANSIEDAD ES UN TRASTORNO

En este capítulo:

- Entenderás cómo la ansiedad llega a convertirse en perjudicial.
- Conocerás los distintos trastornos de ansiedad que existen.
- Comprobarás que muchas personas tienen problemas con la ansiedad.

La ansiedad es una emoción normal que cumple una función adaptativa en numerosas situaciones. Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y la ansiedad cumple ese papel en numerosas situaciones. Así, es normal, y deseable, que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. De hecho nuestro organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores. En cierta medida, la educación de nuestros hijos consiste también en hacerles aprender a sentir miedo o ansiedad ante circunstancias, situaciones o animales que pueden llegar a ser peligrosos. Es deseable que los niños teman los enchufes eléctricos para prevenirles de la experiencia de sentir una descarga que puede ser mortal. Por

esto muchos padres tratamos de asustar vivamente a nuestros hijos cuando acercan unas tijeras abiertas a un enchufe. El niño, normalmente, se asusta bastante ante un fuerte grito (“¡No toques ahí!”) y eso suele bastar para que de alguna forma se asocie en su mente incipiente la relación entre una cajita con dos agujeritos llamativos y una sensación desagradable de desasosiego. En el futuro, los padres esperamos que esa experiencia baste para que, estando el niño solo, huya de experimentar con el enchufe —aunque a veces sea necesario repetir el grito más veces de las que nos gustaría—.

Que los padres actuemos así, no quiere decir que siempre haya alguien para proveernos las experiencias de aprendizaje que nos conducen a prevenir los peligros. Generalmente, son las circunstancias de la vida las que van disponiendo de la experiencia que hace aprender a temer situaciones, personas, animales o circunstancias relacionadas con peligros reales. Así, no es de extrañar que nos acerquemos con cautela a una calle transitada cuando hemos sufrido algún percance en otra calle transitada. También puede ocurrir que ni siquiera hayamos experimentado nosotros el peligro para conducirnos con cautela. El hecho de tener noticias de que alguien ha sufrido un accidente al cruzar una calle, por ejemplo, puede ser suficiente para que tengamos cierto miedo a cruzar una calle transitada. Realmente es fascinante la capacidad que tenemos los seres humanos para aprender.

Sin embargo, a veces ocurre que toda esta preciosa maquinaria de prevención de accidentes y demás desastres no funciona como debiera, produciendo falsas alarmas: se dispara la reacción de alarma ante estímulos inofensivos. En este caso nos adentramos en el amplio campo de los trastornos de ansiedad.

Los *trastornos de ansiedad* se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Cada trastorno se refiere a un conjunto característico de síntomas y sensaciones que suelen aparecer en la misma persona. Es lo que denominamos los psicólogos un *síndrome clínico*.

Los principales trastornos de ansiedad son: 1) trastorno de pánico, 2) agorafobia, 3) fobia social, 4) fobias específicas, 5) trastorno obsesivo-compulsivo, 6) trastorno por estrés agudo, 7) trastorno por estrés post-traumático, y 8) trastorno de ansiedad generalizada. Prácticamente cualquier problema de ansiedad se puede incluir en alguno de los apartados precedentes, si bien, a veces, los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, la frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal como para justificar un diagnóstico formal de trastorno de ansiedad. En otros casos, las reacciones de ansiedad se deben a acontecimientos estresantes como por ejemplo una separación de pareja o un despido laboral, que crean una dificultad puntual para desarrollar nuestra vida cotidiana y que denominamos *trastorno adaptativo* —cuando no alcanza la intensidad para ser un trastorno de ansiedad—. También puede ocurrir que los síntomas de ansiedad puedan estar provocados por enfermedades físicas o por el consumo de fármacos, drogas o sustancias dietéticas. En estos casos puede haber un trastorno de ansiedad o no, dependiendo de cada persona y de las circunstancias que concurren.

Veamos a continuación estos trastornos de ansiedad con algo más de detalle.

Trastorno de Pánico

EL CASO DE ANTONIO: *“Tengo un infarto. Me muero.”*

Antonio es un profesor universitario joven que padece crisis de ansiedad desde hace un par de años. La primera vez que tuvo una “crisis de ansiedad” fue a urgencias porque pensaba que estaba sufriendo un infarto. No pensaba que tuviese ansiedad, ni podía creerse que los médicos no le hicieran mucho caso a su supuesto infarto. De hecho le comentaron que “sólo” tenía ansiedad y le mandaron algunas pastillas. Estas pastillas le suprimían las sensaciones de ansiedad, sobre todo al principio, e incluso le dejaban a veces un tanto adormilado, pero pronto comenzó a notar que “eso seguía ahí”. Se notaba muy pendiente de su corazón, de si se aceleraba o palpitaba con fuerza. Él era deportista, pero a partir de las crisis de ansiedad cada vez le apetecía menos el deporte. En realidad le producía miedo, porque en cuanto montaba en la bicicleta le resultaba inevitable notar cómo se aceleraba su corazón y tenía que dejarlo “porque podía ocurrir lo peor”. No obstante, sus crisis aparecían de modo inesperado. Nunca sabía a ciencia cierta si iba a tener una crisis o no, pero era cierto que había determinados sitios o situaciones que prefería evitar: grandes almacenes, colas en supermercados, viajar en avión, etc. Antonio veía que su vida se limitaba. Últimamente no soportaba ver películas de intriga o acción y —lo que era peor para él— se estaba distanciando de su pareja porque habían comenzado a evitar los encuentros sexuales con ella. De nuevo estaba el miedo al infarto campando a sus anchas: cuando hacía el amor notaba que el corazón se aceleraba y no podía evitar pensar en el infarto. Tenía que detenerse. Su mujer ya no tenía claro si realmente “sólo” era ansiedad lo de Antonio.

EL CASO DE ROSA: “*Acabaré loca en un manicomio*”

Rosa tenía 32 años cuando acudió a consulta. Llevaba una larga andadura en su búsqueda de ayuda, que se remontaba unos cinco años y que incluía psiquiatras, psicólogos, curanderos y videntes. Todo comenzó tras una época bastante estresante en el trabajo. Un día tuvo una experiencia que calificó de aterradora. Estaba caminando por una de las calles de su pueblo y de repente sintió una extrañeza inexplicable: sabía que ésa era la misma calle de siempre pero le resultaba desconocida. Se sentía como si se hubiese caído de un platillo volante y no conociese a nadie ni reconociese las calles de su pueblo natal. Comenzó a correr; las piernas no le dejaban estar quieta, sentía oleadas de calor y le faltaba el aire. Llegó corriendo a su casa y se quedó más tranquila pero totalmente confundida: “¿Me estaré volviendo loca?” —se preguntó—. Precisamente, unas semanas atrás habían ingresado en un hospital psiquiátrico a dos vecinos suyos, aunque no sabía muy bien porqué. La experiencia volvió a repetirse cuatro o cinco veces antes de que su madre le acompañara al psiquiatra. El psiquiatra no se mostró muy seguro sobre el trastorno de Rosa, pero —según contó— le dijo a su madre que podía ser “ESQUIZOFRENIA”. Una palabra con mayúsculas para Rosa y que no podía escuchar sin que se le erizara el vello de todo el cuerpo. Rosa sabía que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que produce experiencias extrañas; como ver personas que no están, oír voces que nos insultan, o tener sensaciones aterradoras de ser perseguido, espiado o controlado desde el exterior. Para ella, esa palabra era sinónimo de pérdida de la razón y aquel diagnóstico provisional se convirtió en motivo de una gran preocupación, ya que las sensaciones terroríficas se repitieron en varias ocasiones.

Rosa estaba medicada con Risperidona, una medicación antipsicótica que le adormilaba mucho y no le eliminaba los síntomas. Motivo por el que la madre la llevó a un curandero; que tampoco logró resultado alguno. A continuación, Rosa fue a una vidente que le “ratificó” el diagnóstico de esquizofrenia. Cuando llegó a nuestra clínica estaba plenamente convencida de que padecía esquizofrenia y que iba a “acabar en el manicomio haciendo escobas como los locos” —según sus propias palabras—.

EL TRASTORNO

El trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de crisis de ansiedad y el temor a experimentar nuevas crisis. Una *crisis de ansiedad* es una reacción de miedo o malestar intenso que se presenta de forma repentina y alcanza su máxima intensidad en cuestión de dos o tres minutos, diez como máximo. Para denominarla así, esa reacción de miedo intenso debe ir acompañada de cuatro o más síntomas de los presentados en la Tabla 2.

Tabla 2. *Síntomas de una crisis de ansiedad.*

Miedo o malestar intensos que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos, acompañándose de cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar en el pecho
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo

9. Sensación de irrealidad (desrealización) o de estar separado de uno mismo (despersonalización)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Sensación de entumecimiento u hormigueo
13. Escalofríos o sofoco

Cuando no se alcanzan los cuatro síntomas requeridos de la tabla anterior, pero hay malestar suficiente, hablamos de *crisis de síntomas limitados* o *minicrisis*. El enfoque de tratamiento que requiere es exactamente el mismo.

LA CLAVE DEL TRASTORNO

El trastorno de pánico se ha definido como el *miedo al miedo*. La esencia de este trastorno es que el paciente teme que los síntomas inofensivos sean *la señal* de un peligro real. Entonces, la interpretación catastrófica de esos síntomas inofensivos genera un estado de miedo que produce, de modo natural, que dichos síntomas aumenten en intensidad y se produce una espiral de ansiedad rápidamente creciente que desemboca en la crisis de ansiedad.

Antonio sentía una ligera presión en el pecho — que suele deberse a la acumulación espontánea de aire en los pulmones— y entonces pensaba: “¿Qué puede ser esto? Hace ya un rato que lo estoy notando. No creo que sea algo grave, pero ¿y si fuera algún problema cardíaco? No, no lo creo. ¡Oye! Parece que ha aumentado el dolor... Esto me asusta. Me duele más. ¡Es un infarto...! [Dolor extremo]” Al final acudió a urgencias, donde le dijeron que “sólo” era ansiedad. Veamos su crisis a cámara lenta en la Ilustración 1. (El gráfico debe leerse desde abajo hacia arriba: las sensaciones físicas aumentan en intensidad conforme la interpretación es más catastrófica.)

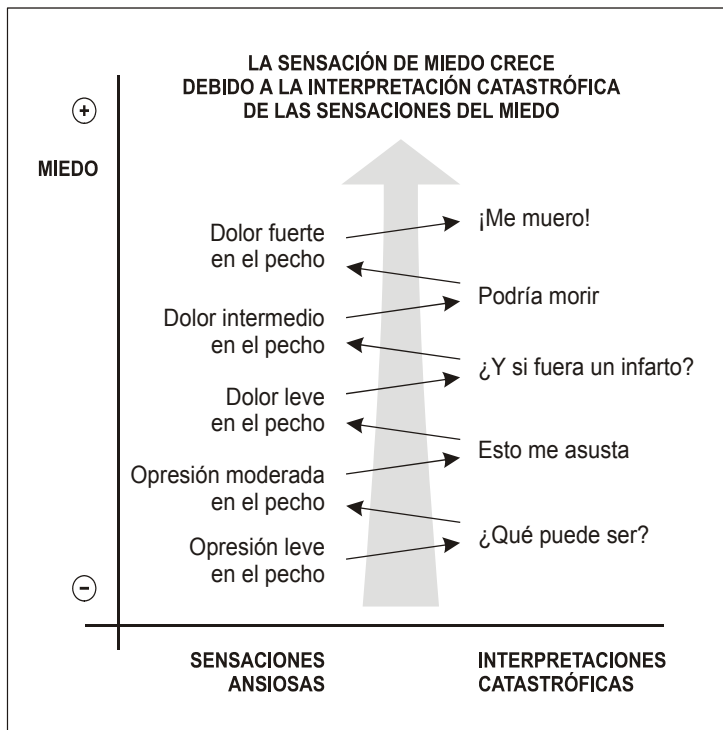


Ilustración 1. *Etapas de una crisis de ansiedad.*

Otras crisis se producen cuando el paciente interpreta que su mareo o su vértigo le puede hacer desmayarse y caer. O cuando el paciente interpreta sensaciones extrañas de irrealidad o de ser distinto como señal de que podría estar volviéndose loco. En realidad, el mareo, el vértigo, la opresión en el pecho, la sensación de irrealidad, la sensación de no ser uno mismo o de verse desde fuera de sí, pueden ser síntomas de un

fenómeno común como respuesta a situaciones estresantes. Lo denominamos *hiperventilación* y consiste en un aumento de la frecuencia de la respiración que hace acumular más oxígeno del necesario en la sangre, disminuyendo a su vez la cantidad de anhídrido carbónico en ésta. Ese cambio sanguíneo se registra en un lugar del cerebro y entonces produce los síntomas. Síntomas que ya conocían los buceadores con el nombre de *borrachea de oxígeno*, y que se producen cuando no realizan bien la mezcla de oxígeno y otros gases, lo que produce exactamente el mismo incremento de oxígeno y descenso de anhídrido carbónico en la sangre.

Agorafobia

EL CASO DE PEPA: “*No puedo ir sola. ¡Me desmayaré!*”

Pepa comenzó a tener crisis de pánico cuando tenía 22 años. Sus crisis solían comenzar con cierta opresión en el pecho que luego daba lugar a una sensación de vértigo creciente. Todo le daba vueltas y su gran miedo era llegar a desmayarse y golpearse la cabeza al caer, muriendo desangrada. Conforme se hicieron más frecuentes la crisis, notó que parecía que había lugares en los que era más fácil que le diera la crisis. Sus lugares temidos eran aquellos donde había grandes aglomeraciones de gente, como ocurría en los grandes almacenes y en el supermercado. Al principio, comenzó evitando las horas punta, pues de ese modo se sentía más tranquila y parecía prevenir la aparición de nuevas crisis. Posteriormente tuvo que convencer a su marido para que se las arreglara solo con la compra, pues ella se veía incapaz de acudir al supermercado (sola o acompañada). Pepa perdió la oportunidad de consolidar

su plaza como profesora debido a que no pudo ir a realizar un curso que necesitaba por el mero hecho de impartirse en una ciudad cercana y tener que desplazarse sola en autobús.

EL TRASTORNO

A veces, cuando una persona desarrolla un trastorno de pánico por la experiencia repetida de crisis de ansiedad, ocurre que tiende a tener las crisis con más frecuencia en determinados lugares (supermercados, cines, aglomeraciones de gente, etc.). En esos casos es fácil que asociemos esos sitios con el hecho de tener una crisis de ansiedad —algo parecido al enchufe y el grito—, entonces puede ocurrir que “solucionemos” el miedo a tener una crisis de ansiedad *evitando* los lugares en los que pensamos que es más fácil que nos den las crisis. Dicha evitación nos puede llevar a problemas diversos y en tal caso habríamos desarrollado un trastorno fóbico que se llama *agorafobia*.

La persona con agorafobia puede evitar muchas y variadas situaciones, desde las ya mencionadas (aglomeraciones de gente) hasta otras menos evidentes según el significado literal del término¹ como: pasar por puentes, viajar en avión, utilizar ascensores, etc. En realidad, para el agorafóbico que ha tenido o tiene crisis de pánico, cualquier situación en la que pueda ser difícil escapar o conseguir ayuda si tiene una crisis se vuelve potencialmente peligrosa ante sus ojos.

No siempre la agorafobia está relacionada con el trastorno de pánico. En un número menor de casos, las situaciones descritas se evitan por miedo a otros elementos que nada tienen que ver con las crisis de pánico. Yo he tratado menos pacientes de este tipo, pero

¹ *Agora* es la plaza pública donde se reunían los griegos.

ahora recuerdo un joven que había tenido una experiencia muy desagradable viajando en autobús. Había bebido mucha agua antes de iniciar el viaje y cuando aún faltaba una hora para llegar al destino, comenzó a sentir cierta urgencia urinaria. El autobús no disponía de aseo y eso resultaba aún más agobiante para el joven viajero. A medida que aumentaba la opresión en su vejiga, por su mente pasaba de todo: solicitar al conductor que parase y orinar en la carretera (lo que le producía una gran vergüenza), aguantar como pudiera hasta el destino, e incluso ¡orinarse encima!. Finalmente llegó a su destino, pero con un gran dolor que luego le impidió orinar normalmente hasta pasadas unas horas. A partir de ese incidente comenzó a evitar beber agua antes de los viajes, evitaba los autobuses que no llevasen aseo, evitaba beber agua antes de entrar al cine y cada vez que se ponía nervioso tenía sensaciones de necesitar orinar (aunque luego eran falsas alarmas).

LA CLAVE DEL TRASTORNO

La agorafobia se mantiene principalmente por *evitar* los lugares temidos. Es importante subrayar que las crisis de ansiedad *no se producen* por ir a esos lugares. Lo que ocurre es que en esos lugares se dan las circunstancias propicias para que se produzcan los síntomas que disparan la crisis. Síntomas que, por otro lado, son completamente inofensivos. A partir de ellos, comienza la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales, pero ahí comienza otro problema: el trastorno de pánico.

El hecho de evitar esas situaciones hace que el agorafóbico se vaya recluyendo más y más en un falso *círculo de seguridad*, llegando a quedarse aislado en casa (a veces por más de 20 años, como le había ocurrido a un paciente de nuestra clínica).

Fobia social

EL CASO DE VICENTE: “*Soy incapaz de hablar en público.*”

Vicente era un señor con muchos años de carrera política a sus espaldas. Había desempeñado diversos cargos públicos en la administración local y autonómica. Realmente era una persona con don de gentes. Sin embargo, últimamente se veía incapaz de hablar en el pleno del ayuntamiento. Cada vez que se acercaba la fecha de un debate en el que tenía que participar, notaba una cierta intranquilidad o ansiedad anticipatoria. El día señalado lo pasaba francamente mal y le costaba mucho trabajo hilar su discurso (aunque su asesor le indicaba que no se le notaba nada). Sentía que se quedaba en blanco y la boca se le ponía reseca, sin saliva. No terminaba de entender muy bien porqué todo esto era así ahora. Indagando, acabamos situando el inicio de su problema el día en el que sin saber porqué se quedó en blanco en una intervención ante la asamblea. Obtuvo de todos los presentes una gran carcajada y diversas bromas en los días posteriores. Aquellos días lo pasó francamente mal, llegando a pensar que estaba ante el principio del fin de su carrera política. Su ánimo mejoró posteriormente, pero quedó el miedo a volver a quedarse en blanco en ese tipo de actos públicos.

EL CASO DE TERESA: “*No soporto los exámenes.*”

Teresa siempre había sido una chica relativamente tímida, aunque tenía buenos amigos. Desde que comenzó la universidad notó que le costaba más trabajo estar tranquila en los exámenes. Era una buena estudiante desde el colegio de educación primaria, trabajadora e inteligente. Lo que los demás llamaban una “buena niña”, definición que siempre la había molesta-

do un poco. De algún modo, establecía una relación entre cómo la valoraban los demás y cómo debía sentirse ella consigo misma. Posteriormente quedó claro que su ansiedad ante los exámenes tenía mucho que ver con la anticipación de un suspenso: “¡¿Qué pensarán los demás?!” —se recriminaba—. No es que estudiara para contentar a los demás, según decía, pero se ponía el listón muy alto y necesitaba aprobar a toda costa. Generalmente, acababa llorando tras algún que otro examen, y no era raro que en ese mismo examen luego sacara una de las notas más altas de la clase.

EL TRASTORNO

La fobia social es un trastorno de ansiedad que suele pasar desapercibido a las personas que lo padecen. Es habitual que achaquen la ansiedad a la propia situación social, sin entrar a cuestionarse sobre la relación que hay entre la situación social en sí —hablar con un profesor, pedir una cita a una chica atractiva o hablar ante un grupo de compañeros en clase o en el trabajo— y el grado de ansiedad experimentado.

A veces, simplemente nos catalogamos de tímidos y pensamos que “como siempre hemos sido así es que *debemos* ser así”. Sin embargo, la fobia social no es lo mismo que la timidez. La persona tímida puede sentir ansiedad en algunas o muchas situaciones sociales pero dicha ansiedad no llega a convertirse en incapacitante, invalidante o insufrible. La persona tímida no sufre en exceso por su timidez. Se reconoce menos abierta que los demás pero eso no le supone un problema, ni le impide desarrollar su trabajo. Tal vez no prefiera como trabajo el cargo de relaciones públicas de una discoteca, pero puede desempeñarse bien y *ser feliz* (razonablemente) trabajando como bibliotecario u oficinista.

La persona que tiene fobia social ve que la vida

social se le presenta de modo amenazante en un tipo concreto de situaciones (hablar en público o ligar, por ejemplo) o en muchas y variadas situaciones (iniciar o mantener conversaciones, comer, beber o firmar cheques en público, defender sus derechos ante abusos cotidianos de vendedores o “amigos con un poco de cara dura”, etc.). Estas situaciones le producen una ansiedad que no cesa hasta que la situación ha pasado o bien ha escapado de ella.

Es relativamente frecuente que las personas que sufren fobia social teman que los demás se den cuenta de su ansiedad y por eso evitan con todas sus fuerzas sudar, enrojecer o temblar en público. De hecho, una paciente que tuvo sólo salía de noche, porque así —según me explicó— si se le ponía la cara roja, la gente no podía verlo. Acudió a consulta porque se avecinaba la boda de su hermano y no veía la forma de entrar en la iglesia porque la boda era ¡de día!.

No es raro que las personas que tienen fobia social sufran simultáneamente trastorno de pánico. En ese caso, su temor a las crisis de ansiedad puede venir de una doble fuente: miedo a que los síntomas inofensivos sean el principio de algo realmente grave, y miedo a hacer el ridículo por tener una crisis de ansiedad en público.

LA CLAVE DEL TRASTORNO

Un dato fundamental que debemos tener en cuenta es que todos los seres humanos, absolutamente todos, padecemos ansiedad en bastantes situaciones sociales, al menos al principio. Quienes padecen fobia social creen que, cuando experimentan ansiedad normal, en realidad es sólo el principio de otro episodio de malestar intenso en una situación social. En ese momento, en lugar de esperar “tranquilamente” a que pase el mal

trago, que es absolutamente normal, comienzan con la preocupación sobre su ansiedad, sus síntomas, su sudor, su temblor de mano o su voz quebrada. Comienza la preocupación sobre la visibilidad pública de su malestar interno, expresada en pensamientos del tipo: “Lo estoy haciendo fatal, TODOS se van a dar cuenta” o “Soy patético”. Generalmente, esta preocupación hace que aumenten más los síntomas que son expresión de la ansiedad que se está sintiendo (más sudor, más rubor facial, más tartamudeo...), lo que lleva a un mayor convencimiento de nuestra sensación de ridículo público.

La solución que se suele adoptar para prevenir tan intenso malestar suele reducirse a tres opciones: escapar de esas situaciones, evitarlas o mantenerse tratando de distraerse como sea de lo que nos produce miedo. En ocasiones, también se recurre a tomar alcohol, tranquilizantes u otras sustancias para sentirse “más relajado” en esas situaciones sociales.

Esto lleva a no afrontar adecuadamente las situaciones sociales temidas y generalmente causa más problemas de los iniciales, además de aumentar la gravedad de la fobia social.

Fobias específicas

EL CASO DE MARÍA JOSÉ: “*¡Me dan pánico las agujas!*”

María José siempre tuvo miedo a todo lo relacionado con la sangre, las heridas, y, por extensión, dentistas y médicos. Era superior a sus fuerzas, como ella decía. Ver una aguja le producía pánico y sus piernas sólo le pedían correr y escapar de allí, tuviera ella 5, 15 ó 25 años —con 25 años ya le daba bastante vergüenza, pero aún así no podía evitarlo—. Siempre le había

resultado muy costoso estar al día en sus vacunas y llevar un control aceptable de su salud, si para ello era necesaria la más mínima extracción sanguínea. Acudía a consulta porque ya no podía demorar más la concepción de su primer hijo. Le producía pánico tan sólo pensar en la posibilidad de recibir la inyección de anestesia. No quería ni hablar de que pudiese necesitar cesárea.

EL CASO DE FRANCISCO: “¿Y si tengo hepatitis tipo C?”

Francisco es un enfermero que se pinchó accidentalmente con una aguja que empleó para extraer sangre a un enfermo de hepatitis tipo C —un tipo de hepatitis que puede desembocar en cirrosis y muerte—. Se había hecho todos los análisis necesarios para estar seguro de no haber contraído la hepatitis, sin embargo, no podía dejar de estar pendiente de cualquier pequeña señal de haber contraído la enfermedad. Cuando notaba algún signo o síntoma inicial de hepatitis (o que a él le parecía así) se ponía extremadamente nervioso y necesitaba asegurarse de que no iba a más. La febrícula (fiebre baja) es un signo que estaba explorando continuamente. Llegaba a ponerse el termómetro unas 50 veces al día. Se miraba al espejo cada vez que pasaba delante de él para comprobar si tenía mala cara. Cuando comprobaba que no tenía fiebre se quedaba tranquilo, pero le duraba poco esa tranquilidad. Cualquier escalofrío o sensación extraña le llevaba a ponerse de nuevo el termómetro.

EL TRASTORNO

Las fobias específicas son miedos *irracionales* y *desproporcionados* ante determinadas situaciones (subrayo lo de irracional y desproporcionado). Generalmente, al entrar en contacto con la situación temida

se produce una crisis de ansiedad similar a la que se experimenta en el trastorno de pánico o en la fobia social.

Los psicólogos distinguimos varios tipos de fobias específicas:

1. **Tipo animal:** Temor a determinados animales inofensivos.
2. **Tipo ambiental:** Temor a las tormentas, las alturas, las aguas profundas, etc., en circunstancias no peligrosas.
3. **Tipo sangre-inyecciones-daño:** Temor a la sangre o a ser objeto de intervenciones quirúrgicas o inyecciones, o sufrir daño, en general. Este temor resulta desproporcionado.
4. **Tipo situacional:** Miedo a volar, a los ascensores o a los espacios cerrados, por ejemplo.
5. **Otros tipos:** Cualquier otro tipo de temores, como por ejemplo situaciones que podrían provocar atagantamientos, vómitos o la adquisición de una enfermedad.

Es importante dejar claro que muchas personas tienen miedos irracionales o desproporcionados a determinadas situaciones que encajarían en alguno de los tipos fóbicos enumerados, pero esto no hace que podamos decir que se tiene una fobia específica. Para que podamos hablar de fobia en sentido estricto es fundamental que el malestar que generan los miedos sea lo suficientemente intenso o cree una alteración de la vida cotidiana significativa. Dicho de otro modo, tener miedo a los ratones no tiene por qué ser una fobia para un habitante de una gran ciudad —que difícilmente se topará con alguno— pero sí podría serlo para una persona que viva en el campo o para una persona que trabaja en un laboratorio con ratones y cobayas.

LA CLAVE DEL TRASTORNO

Del mismo modo que ocurría en la fobia social o en el trastorno de pánico, la persona que sufre una fobia puede evitar o escapar de las situaciones que teme. Y entonces no viaja, si tiene que ir en avión o atravesar túneles en coche; no visita al médico cuando está enfermo, porque teme que le prescriba alguna inyección o análisis; no visita al dentista cuando siente molestias en la boca, porque teme el pinchazo de la anestesia y el daño que le podría causar la intervención (aunque ya esté anestesiado).

Evitar o escapar de estas situaciones es el elemento que mantiene el miedo, y a veces incluso lo incrementa. La lógica del asunto es relativamente sencilla: si temo mucho una situación y no la afronto, siento alivio quedándome tranquilo en casa; pero no compruebo que realmente no voy a sufrir tanto como me imagino, ni va a ser tan doloroso, ni tan desagradable, ni tan peligroso. Por otro lado, sí voy a tener la sensación de haberme librado de algo realmente doloroso, desagradable o peligroso, y eso hará que en el futuro pueda sentir aún más miedo ante la misma situación.

Trastorno obsesivo-compulsivo

EL CASO DE MARÍA DOLORES: *“Podría contaminarme.”*

María Dolores es una señora de 36 años que trabaja como jefa de laboratorio en una empresa química. Desde hace un tiempo nota que se ha vuelto “más escrupulosa”. Siente a menudo que se puede contaminar y que puede contaminar a otros. Esto le obliga a lavarse las manos cada vez con más frecuencia, llegando a los 30 lavados diarios. En su trabajo manipula sustancias químicas peligrosas que justifican adoptar

ciertas medidas de precaución. No obstante, reconoce que su cautela va más allá de lo razonable y acude a consulta psicológica precisamente porque teme que los demás puedan “notar algo” y considerar que ella es “rara”, lo que le impediría —según sus palabras— la promoción en su empresa. Cuando indagamos en su vida privada encontramos que esa “cautela” también se presentaba en casa: necesitaba lavarse las manos casi tantas veces como en el trabajo, la ducha duraba unos 30-40 minutos y debía seguir un orden concreto de modo estricto, cada lavado debía realizarse de un modo determinado para prevenir el contagio de gérmenes que podían quedar en el lavabo. En ocasiones los lavados debían repetirse más de lo habitual, hasta lograr una sensación de descontaminación completa. Lo que más le angustiaba era verse encerrada en una situación absurda: sabía que no se estaba contaminando con nada, pero le producía tanta ansiedad no lavarse que se veía obligada a ello, una y otra vez.

EL TRASTORNO

Lo característico del trastorno obsesivo-compulsivo es, precisamente, la presencia de obsesiones y compulsiones. Las *obsesiones* son pensamientos o imágenes que se entrometen en nuestra cabeza de forma involuntaria y que no los sentimos como propios. Es frecuente que quien sufre las obsesiones las considere absurdas, cuando no descabelladas. Alguno de mis pacientes ha tenido obsesiones realmente angustiosas. Una madre amorosa de sus niños temía hacer daño a sus hijos cuando le venían imágenes en las que se veía a sí misma apuñalándolos. Tenía miedo de ser *realmente* una persona con instintos homicidas y estaba profundamente deprimida por tantos pensamientos de ese tipo. Cuanto más luchaba por quitarse esas ideas de

la cabeza, más le venían; y se veía impotente para controlar sus pensamientos.

Otro de mis pacientes definió muy bien la esencia de las obsesiones. Para él, las obsesiones son como abejas que te agujerean sin cesar, una tras otra o varias al mismo tiempo. “Cuanto más luchas por espantar a las abejas, más te atacan” —concluía—.

Los tipos de obsesiones que se pueden padecer son muy variados:

- **Obsesiones de tipo agresivo:** Miedo a dañar a otras personas, a uno mismo, a proferir insultos, blasfemias u obscenidades, miedo a cometer crímenes o aparecer como responsable de errores, fracasos o catástrofes, imágenes horribles o violentas, etc.
- **Obsesiones de contaminación:** Preocupación por los gérmenes, la suciedad o los productos químicos, preocupación por las secreciones corporales (orina, heces, saliva), preocupación por contraer enfermedades, etc.
- **Obsesiones de contenido sexual:** Miedo a ser homosexual, pedófilo o a cometer incesto, tener pensamientos sexuales considerados perversos o prohibidos y vivirlos con angustia.
- **Otros tipos:** Miedo a no hablar, recordar o pensar correctamente, necesidad de orden, exactitud o simetría, necesidad de coleccionar cosas inútiles, etc.

Es frecuente que además de las obsesiones, el paciente presente compulsiones. Las *compulsiones* son acciones o pensamientos que realizamos para neutralizar o anular las obsesiones, con el objeto de sentirnos menos angustiados. Al no tener las compulsiones una lógica razonable para erradicar las obsesiones, los actos

compulsivos sólo alivian la ansiedad de forma transitoria.

Los tipos de compulsiones suelen estar relacionados con las obsesiones que se padecen. Así, cuando tenemos miedo a la contaminación, evitamos tocar objetos o personas que creemos pueden estar contaminadas y, si eso no es posible, necesitamos lavarnos de forma compulsiva. Algunas compulsiones frecuentes son: lavado de manos, comprobar puertas (ventanas, llave del gas, aparatos eléctricos, etc.), acumular objetos inservibles y rezar de forma compulsiva.

En algunos casos las compulsiones son múltiples y se deben realizar en un orden determinado para producir un mínimo de alivio. Esto es lo que llamamos un *ritual*. En este caso, la ducha diaria, por ejemplo, puede durar 40 ó 60 minutos, o más incluso, porque debe hacerse en una secuencia estricta y si se produce algún error, por pequeño que sea, se debe comenzar toda la secuencia desde el principio.

LA CLAVE DEL TRASTORNO

Todas las personas podemos experimentar, en un momento u otro de nuestra vida, imágenes o pensamientos absurdos y que nos vienen de forma involuntaria. Ése no es el problema. La clave está en *cómo nos sentimos y qué hacemos* cuando nos vienen esos pensamientos y esas imágenes. En la medida en la que me creo esos pensamientos, me siento de un modo distinto que si los descarto como absurdos y transitorios. Me explico: si me viene a la mente la imagen violenta de apuñalar a mi hijo, yo puedo pensar que eso es absurdo, porque yo quiero a mi hijo y no soy ningún homicida. Puedo pensar, tras leer este libro, que ese tipo de imágenes vienen de forma involuntaria, generalmente en situaciones de cierta tensión, pero que no revelan

nada sobre mi forma de ser o mis instintos reales. En ese caso, no llegará a convertirse ese pensamiento en obsesión, ni se hará repetitivo, ni generará malestar.

Pero si yo cuestiono mi forma de ser y dudo sobre si sería capaz de cometer dicho crimen, si doy crédito a esos pensamientos, si me involucro, entonces comienza a tomar forma toda la alteración obsesiva. Dedico más atención a esos pensamientos y esos pensamientos se refuerzan, como cuando te quieres quitar una canción pegadiza de la cabeza; cuanto más tratas de echarla u olvidarla, más te viene.

Las compulsiones comienzan como una forma inicial de aliviar el malestar que genera la obsesión (“Si tengo miedo a contaminarme, pues me lavo y ya está”). Y al principio funciona. Realmente me siento mejor tras hacer la compulsión. Pero eso sólo es el principio del problema. Posteriormente, gracias a que he dado crédito a mis obsesiones, éstas me pasan factura llegando a extorsionar mi mente cada vez con más frecuencia. Porque cuanto más piensas en algo, más inevitable se hace seguir pensando en eso y tenerlo más presente. Conforme se consolida el trastorno obsesivo-compulsivo, el alivio de las compulsiones es cada vez menor y la necesidad de hacer más compulsiones aumenta sin producir alivio, llegando a ocupar cada vez más tiempo.

Trastorno por estrés postraumático

EL CASO DE JUAN: *“Aquello fue un infierno.”*

Juan es camionero de profesión. Nunca había tenido ningún accidente de consideración hasta el verano pasado. Conducía su camión en un trayecto habitual cuando una rueda se reventó en mitad de una curva. El

camión perdió su estabilidad y cuando quiso darse cuenta, Juan estaba dando vueltas de campana envuelto en llamas. Afortunadamente fue rescatado a tiempo y le trasladaron a un hospital cercano. Tras varias horas de operación, lograron salvarle las piernas, aunque debería hacer rehabilitación durante muchos meses. No estaba claro si volvería a poder conducir. En un primer momento no parecía que le fueran a quedar secuelas psicológicas del accidente, pero pasados unos meses comenzó a tener una serie de sueños angustiosos en los que recordaba las vueltas de campana y el fuego. Luego también le venían estas imágenes estando despierto y, pese a que intentaba no centrar la atención en ellas, le resultaba imposible apartar esas imágenes de su mente. Por otro lado, Juan evitaba cualquier conversación relacionada con los accidentes, no deseaba volver a montar en coche e incluso le resultaba penoso venir a la clínica en taxi. Cualquier cosa que le recordara el accidente le hacía sentirse realmente mal.

EL TRASTORNO

Los seres humanos a veces tenemos que hacer frente a hechos trágicos como los accidentes de tráfico, los atracos, las violaciones sexuales o los maltratos físicos de otras personas. Con menos frecuencia, afortunadamente —pero más de la que debiera—, también tenemos que afrontar ser secuestrados, o sobrevivir a la sinrazón de la guerra (con sus combates violentos, torturas, campos de prisioneros, etc.).

La exposición a hechos de esta naturaleza, en los que uno ha visto peligrar su vida, puede provocar lo que denominamos el *trastorno por estrés postraumático*. Este trastorno consiste en la reexperimentación de los hechos traumáticos (el accidente, la violación o la paliza casi mortal) mediante pesadillas repetitivas o

recuerdos diurnos involuntarios y repetitivos de la tragedia a la que sobrevivimos. Cualquier cosa que nos recuerde el trauma sufrido, de forma directa o por asociación de ideas, suele desencadenar un estado de ansiedad intensa (por ejemplo, pasar por una calle que nos recuerda al lugar donde nos violaron). Por otro lado, las tragedias en las que percibimos que son responsables otras personas (atracos, violaciones, maltratos) pueden dar lugar a trastornos aún más graves y duraderos.

La persona que sufre este trastorno acaba evitando persistentemente todo cuanto le recuerda al acontecimiento traumático. Intenta no pensar ni hablar sobre el suceso, evitando cualquier actividad, persona o situación que le pueda traer recuerdos. Se puede llegar a sentir embotamiento afectivo, alejamiento de los demás, disminución de interés y placer por las cosas agradables de la vida y dificultad para sentir intimidad, ternura y deseo sexual. La persona puede sentir que su vida ya no tiene sentido.

La ansiedad está muy presente en la vida cotidiana de una persona con estrés postraumático y se manifiesta como activación constante y elevada del organismo, problemas con el sueño, pesadillas repetitivas, vigilancia extrema del entorno, sobresaltos y a veces irritabilidad o dificultad para concentrarse.

LA CLAVE DEL TRASTORNO

Lo ideal sería no tener accidentes, ni sufrir malos tratos, violaciones u otros acontecimientos en los que podamos ver nuestra vida en peligro. Pero, obviamente, eso no depende completamente de nosotros.

Una vez que se ha producido el trauma, lo importante es tener en cuenta que la vida tiene que seguir y que hay que mirar de frente a los recuerdos y a las pesadillas y a todo cuanto nos pueda recordar el trau-

ma. Está demostrado que intentar no pensar, no recordar o evitar todo lo que pueda hacernos pensar en el trauma sufrido sólo puede complicar las cosas. Necesitamos un tiempo para recuperarnos físicamente si hemos sufrido lesiones. También necesitamos un tiempo para recuperarnos de los daños emocionales y psicológicos que hemos sufrido. Lo que parece claro es que antes o después conviene exponerse adecuadamente a los recuerdos perturbadores hasta llegar a no sentir la necesidad de evitarlos para mantenernos tranquilos. La vida nunca puede ser igual tras una violación sexual, por ejemplo, pero cuando se puede mirar de frente al agresor y a todos los recuerdos como algo que ocurrió, que fue desagradable, pero que ya pasó, entonces la vida sigue. La negación de los hechos sólo empeora las cosas.

Trastorno por estrés agudo

Este trastorno es exactamente igual que el trastorno por estrés postraumático salvo en una característica: la duración de los síntomas. En el trastorno por estrés postraumático la duración del cuadro de ansiedad es superior a un mes, mientras que en el trastorno por estrés agudo su duración es inferior.

Trastorno de ansiedad generalizada

EL CASO DE MARINA: “*¡Podría pasar cualquier cosa!*”

Marina, de 52 años, es ama de casa y madre de cinco hijos ya adultos. La relación con su marido ha perdido mucho con los años pero se resiste a iniciar la separación. Marina se ha preocupado en exceso por

muchos motivos: sus hijos, su madre, sus nietos... Algunas frases típicas suyas son: “¿Ha llegado Joaquín?”; “¿Están bien los críos?”; “Llevad cuidado con el coche”; “No salgáis hasta muy tarde, que nunca se sabe qué puede pasar en la noche”. El menor de sus hijos tiene ya 20 años y se ha acostumbrado a las continuas advertencias y sugerencias para prevenir males posibles. También se ha acostumbrado a llamarla por teléfono en mitad de la noche cuando sale con los amigos para informarle de que no pasa nada, que todo va bien. Marina reconoce que le resulta difícil dejar de preocuparse tanto por todos y por todo. Le resulta muy difícil concentrarse en otra cosa que no sean los peligros que acechan a los suyos, confundiendo con frecuencia el hecho de que un peligro sea *posible* con el hecho de que sea *probable*. Tiene dificultades para dormir y mucha tensión muscular acumulada. Se resistía a reconocer que lo suyo era un problema de ansiedad “porque los peligros son reales”.

EL TRASTORNO

La ansiedad generalizada, o ansiedad flotante, es aquélla que no está focalizada en ninguna situación de las que hemos visto en los trastornos anteriores. En el trastorno de pánico se temen las crisis de ansiedad o los lugares donde es más fácil tenerlas, si se da con agorafobia. En la fobia social se temen las situaciones sociales y la crítica negativa de los demás. En las fobias específicas se temen situaciones concretas como los ascensores, las tormentas o los animales, por ejemplo. En el trastorno obsesivo-compulsivo se teme la contaminación, cometer errores o blasfemar, por citar algunas obsesiones. En el trastorno de estrés postraumático se temen los recuerdos del acontecimiento traumático.

En el trastorno de ansiedad generalizada no se teme

nada en particular pero se teme todo al mismo tiempo. La persona que sufre este trastorno de ansiedad tiene una gran facilidad para preocuparse por muchas cosas y mucha dificultad para controlar las preocupaciones. No se limita la ansiedad a una o varias situaciones con cierta similitud entre sí, como ocurre en el resto de trastornos de ansiedad. Es como si siempre hubiera algo de lo que preocuparse: pequeños problemas en los estudios, el trabajo, o la relación de pareja, tener un accidente al salir de casa... En cualquier momento algo puede ir mal o puede pasar algo o no se está haciendo lo suficiente para asegurar la economía familiar (que, por otro lado, tampoco tiene ningún problema especial). Y además resulta imposible dejar de preocuparse por las pequeñas cosas de la vida.

Esta ansiedad constante se manifiesta, lógicamente, en síntomas como: dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular o problemas para dormir.

LA CLAVE DEL TRASTORNO

Las personas con ansiedad generalizada parecen poseer un radar muy sensible para detectar los problemas que pueden aparecer en cualquier momento. Es como si les costase adaptarse a la vida cotidiana, a sus cambios y a sus amenazas —continuas, pero poco probables—. Es cierto que existen los accidentes, las violaciones, las catástrofes económicas y el paro, pero eso no significa que debamos permanecer siempre en casa y no salir nunca por la noche a cenar o al cine.

La solución que adopta la persona con este trastorno es la preocupación intensiva. De hecho, esto le funciona en cierta medida debido a que la preocupación excesiva provoca un funcionamiento intensivo del hemisferio cerebral izquierdo (que soporta el pensa-

miento lógico y racional), y una cierta inhibición del hemisferio derecho, que se encarga de la formación de imágenes y que tiene más poder para causar alteración emocional. Es como si preocupándonos en exceso evitásemos en cierta medida imaginarnos las consecuencias de los temores básicos que vienen a nuestra mente. Pero esta solución sólo funciona en parte porque la preocupación intensiva genera síntomas físicos de ansiedad como tensión muscular, irritabilidad o problemas con el sueño. Y lo que es aún más importante: bajar el ritmo de preocupación nos permite imaginar mejor lo que tememos (las consecuencias del paro, la evolución de esos pequeños problemas del niño hasta que se hace drogadicto o delincuente, etc.).

El problema real al que se enfrenta una persona con ansiedad generalizada es distinguir lo que es *posible* de lo que es *probable*. En realidad, *todo* es posible. Podemos perder el trabajo, suspender un examen que llevamos bien estudiado, salir a la calle y ser atropellados en la puerta de casa... Todo es posible. Pero, ¿es *probable*? Ésa es la cuestión. *No todo* es probable. Muchas personas salen a la calle todos los días y muy pocas son atropelladas. Y no digamos el número de los que son atropellados ¡en la puerta del propio domicilio! Generalmente, los exámenes los aprueban los alumnos que los llevan mejor preparados y los suspenden los que no los llevan lo suficientemente bien preparados. Es cierto que algunos alumnos se ponen nerviosos y no pueden demostrar su conocimiento, pero muy pocos suspenden cuando deberían haber sacado la máxima nota. También podemos perder el trabajo e ir al paro pero, analizado en frío, ¿es eso realmente *probable*? Aquí puede que sea más difícil dar una respuesta; depende de la estabilidad laboral que nos otorgue nuestro contrato, de las condiciones laborales de nues-

tro sector, de la situación económica actual, etc.

Otros trastornos de ansiedad

Algunas enfermedades médicas como el hipertiroidismo —una alteración de la glándula tiroidea— o la enfermedad de Parkinson, pueden producir síntomas parecidos a los trastornos de ansiedad descritos. En unos casos la enfermedad médica será la causa única de esos síntomas y en otros el trastorno de ansiedad se presentará simultáneamente con la enfermedad médica. Los síntomas de ansiedad también pueden aparecer en otros trastornos psicológicos como la tartamudez, la anorexia y bulimia, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría, el trastorno esquizotípico de la personalidad, un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico.

Por otro lado, el consumo de determinadas drogas, medicamentos o sustancias como la cafeína, puede provocar trastornos de ansiedad similares a los que hemos revisado en este capítulo. Estas sustancias pueden ser la causa única de los síntomas de ansiedad; en tal caso, la ansiedad desaparece cuando nuestro cuerpo elimina (metaboliza) los restos de esa sustancia. Pero estas sustancias también pueden desencadenar un trastorno de ansiedad que se mantenga incluso cuando ya no hay restos de la sustancia en nuestro organismo. Esto ocurre con cierta frecuencia en el trastorno de pánico; a partir del consumo de cafeína en dosis altas llegan a producirse de forma inesperada los primeros síntomas de una crisis de ansiedad. A partir de ahí pueden ocurrir nuevas crisis sin consumo de cafeína previo, estableciéndose un auténtico trastorno de pánico.

Trastornos adaptativos

A veces los síntomas de ansiedad se producen como consecuencia de agentes estresantes tales como un despido laboral, la ruptura de una relación sentimental o problemas familiares de reciente aparición. En este caso los síntomas de ansiedad dan lugar a lo que denominamos *trastorno adaptativo con ansiedad*. Para realizar ese diagnóstico es necesario que la ansiedad constituya una fuente de malestar importante sin que se alcance la intensidad para convertirse en un trastorno de ansiedad de los descritos anteriormente. Cuando además de síntomas de ansiedad también se dan síntomas depresivos, como la tristeza o la apatía acusada ante las actividades que antes resultaban placenteras, entonces hablamos de *trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo*.

Para ampliar la información aquí contenida

Recomendamos la lectura del libro “Superar la ansiedad y el miedo” publicado en la colección Serendipity de la Editorial Desclée de Brower (Bilbao) y escrito por el Dr. Pedro Moreno.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (2000). *Mastery of Your Anxiety and Panic (3ª Ed.)—Client Workbook*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. (2ªEd.) México: Thompson.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Davis, M., Mckay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca.

- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1985). *Entrenamiento en inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Olivares, J. y Méndez, X.J. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Rabassó, J.P. (1996). *Psicofarmacología y terapia de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Smith, M.J. (1977). *Cuando digo no, me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1989). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona.