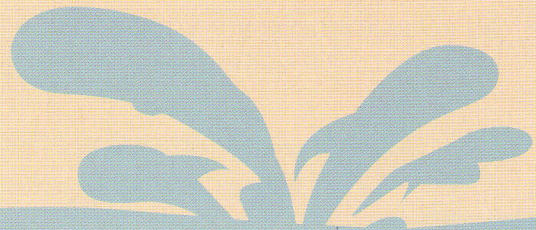
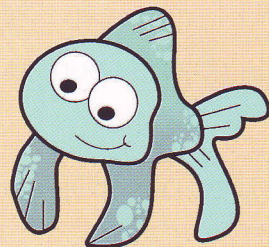
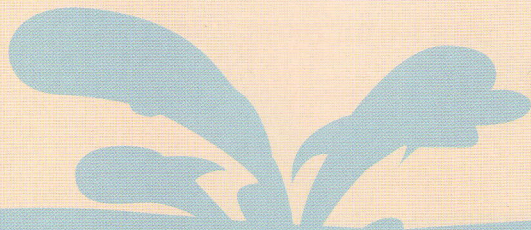
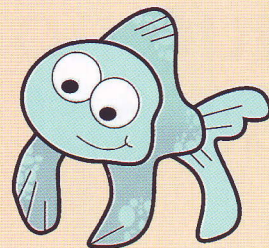


¡Que no cunda el Pánico!

Guía para pacientes con trastorno de pánico y sus familiares



Autor:
Dr. Danilo Quiroz
Centro de Enfermedades del Ánimo Efeso



Dr: Danilo Quiroz

Colaboración en la revisión de textos: Dra. Isabel Acevedo, Ps. Alejandra Silva.

Diseño e ilustración: Carmen Gloria Quiroz

Desarrollo: International Medical Texts (IMT)

Mayo, 2013.

El trastorno de pánico es una condición frecuente, que puede producir mucho malestar y sufrimiento.

Generalmente es muy alarmante y quien lo padece cree, muchas veces, que sufre de alguna enfermedad grave que no ha sido diagnosticada correctamente.

Esta guía tiene como objetivo complementar la atención del psiquiatra, explicando de qué se trata esta enfermedad y cuál es su tratamiento adecuado.

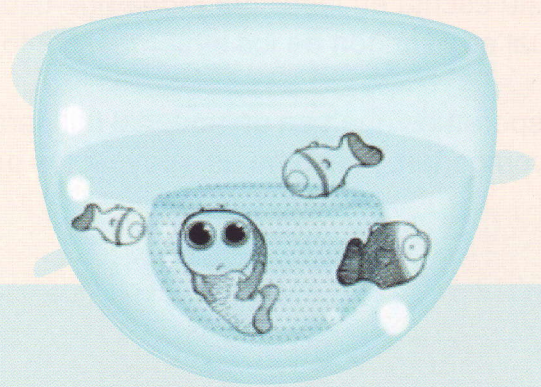
Está escrita en la misma forma que usualmente explicamos a los pacientes y sus familiares de cuál es el origen de los síntomas, cómo se desarrollan y el objetivo del tratamiento.

Esperamos que sea un material útil para quienes sufren de este problema y quienes los acompañan, así como un apoyo a los profesionales que tratan a estos pacientes.

¿Qué es el Trastorno de Pánico?

El trastorno de pánico consiste en

1. **CRISIS DE MIEDO y SÍNTOMAS FÍSICOS** (crisis de pánico) que se repiten con frecuencia,
2. **MIEDO A TENER NUEVAS CRISIS** (ansiedad anticipatoria) y
3. **TEMOR DE ENFRENTAR SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS CRISIS** (agorafobia).



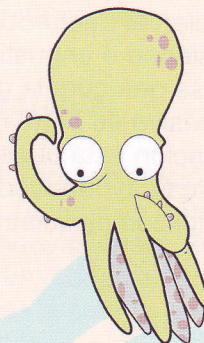
Crisis de pánico

Las crisis de pánico son crisis de miedo acompañadas de síntomas físicos intensos y molestos. El comienzo del trastorno de pánico generalmente ocurre con una o varias crisis, sin que la persona pueda identificar una causa evidente; se presentan como un malestar corporal que incrementa rápidamente su intensidad, en segundos o pocos minutos.

Los síntomas físicos usualmente son alarmantes: sensación de falta de aire o de opresión en el pecho que puede ser incluso dolorosa (pudiendo parecer un infarto cardíaco), malestares de tipo neurológico como mareos y hormigueos (que pueden hacer pensar en un infarto cerebral), malestares gástricos, etc. (ver cuadro 1).

En estas circunstancias la persona siente que algo grave está ocurriendo: “estoy sufriendo un infarto”, “algo está pasando en mi cerebro”, “se está rompiendo un aneurisma”, etc.

Por esta razón, generalmente las personas con crisis de pánico consultan en un servicio de urgencias, donde son chequeados y se descarta que existan tales problemas.



Cuadro 1. Síntomas frecuentes durante una crisis de pánico:

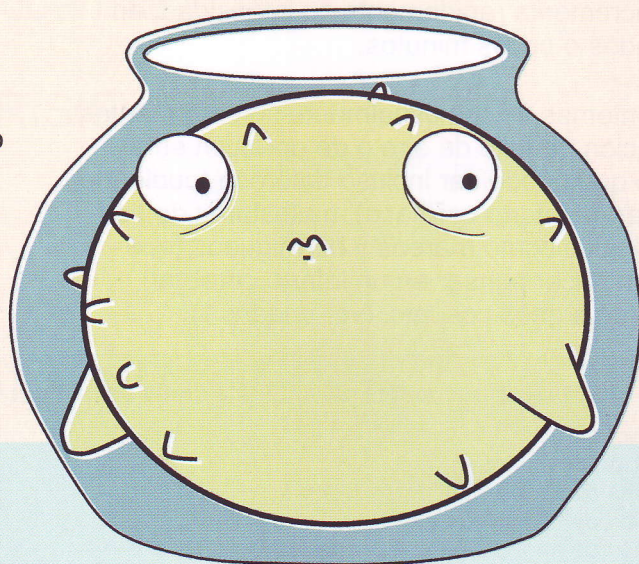
- Palpitaciones
- Sudoración de manos
- Temblores o movimientos musculares
- Sensación de falta de aire
- Sensación de ahogo o nudo en la garganta
- Náuseas o malestar gástrico, diarrea repentina
- Mareo, inestabilidad, sensación de fatiga
- Sensación de irrealidad, que las cosas son extrañas o no familiares (en un lugar conocido como la propia casa)
- Temor a perder el control o volverse loco
- Temor a morir
- Sensaciones de adormecimiento u hormigueo
- Calor corporal, bochornos, escalofríos



Otras veces, los pacientes consultan diversos especialistas para descubrir qué enfermedad "grave" tienen sintiéndose "defraudados" cuando, después de varios exámenes, estos no entregan los resultados positivos esperados.

Si bien el trastorno de pánico es un trastorno por ansiedad o angustia, es frecuente que los pacientes no se den cuenta que el miedo o la angustia excesiva es parte importante de la crisis, sino que la atención está puesta en los síntomas físicos, por eso buscan ayuda médica y no consideran que sea una condición psiquiátrica.

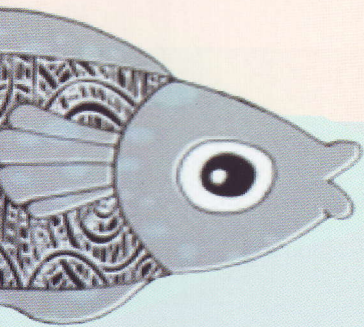
Es importante destacar que las crisis son autolimitadas, es decir, siempre se detienen dentro de algunos minutos (generalmente no más de 5 o 10 minutos).



Miedo a tener una nueva crisis (ansiedad anticipatoria)

Luego de tener una o dos crisis de pánico, las personas pueden desarrollar temor a tener nuevos episodios similares, por miedo a una consecuencia catastrófica (“ahora sí que tengo un infarto”, “ahora sí se está rompiendo un aneurisma”) lo que nuevamente es descartado con nuevas visitas al servicio de urgencias o más exámenes.

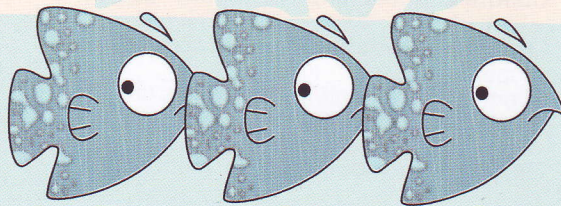
Este temor puede estar presente buena parte del día, disminuye cuando se está distraído o cuando no existen situaciones que puedan desencadenar una crisis.

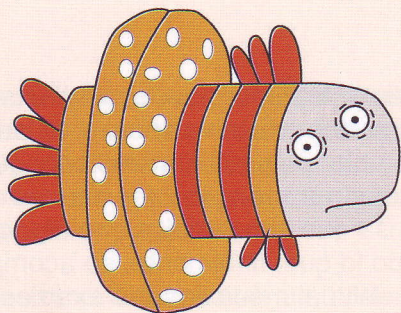


También este temor puede manifestarse como preocupación excesiva sobre el estado de salud por ejemplo: pequeños malestares que son interpretados como posibles causas de las crisis y se piensa que son señales que algo malo está pasando lo que, finalmente, se acompaña de una nueva visita al médico u otro examen de laboratorio.

Temor a los lugares (agorafobia)

La agorafobia consiste en el temor y evitación de las situaciones o lugares que se asocian a una mayor probabilidad de tener nuevas crisis. Esta evitación no necesariamente es “consciente”, es decir, la persona no elige ni se da cuenta por qué está evitando dichas situaciones.





Como consecuencia, las personas presentan una restricción en su estilo de vida producto de limitar su “radio de acción”, dejando de hacer diferentes cosas para no tener una nueva crisis de pánico. Las circunstancias que generan este tipo de temor, son aquellas que se han asociado a las crisis, por ejemplo, lugares con mucha gente, centros comerciales, metro o locomoción pública,

estar solo de noche, estar viajando y pasar por un túnel, etc.(ver cuadro 2). Sin embargo, las asociaciones pueden ser muy variadas y específicas para cada paciente.

El desarrollo de este temor funciona más o menos así:

Ejemplo 1. Tengo una crisis de pánico en el metro

- evito subir al metro en horario punta
- evito subir al metro en cualquier horario
- ya no puedo subir al metro (nunca más).

Ejemplo 2. Tengo una crisis de pánico asociada a mareo y siento que puedo perder el conocimiento

- mirar debajo de la cama a buscar los zapatos me produce mareo
- tengo temor a mirar debajo de la cama.

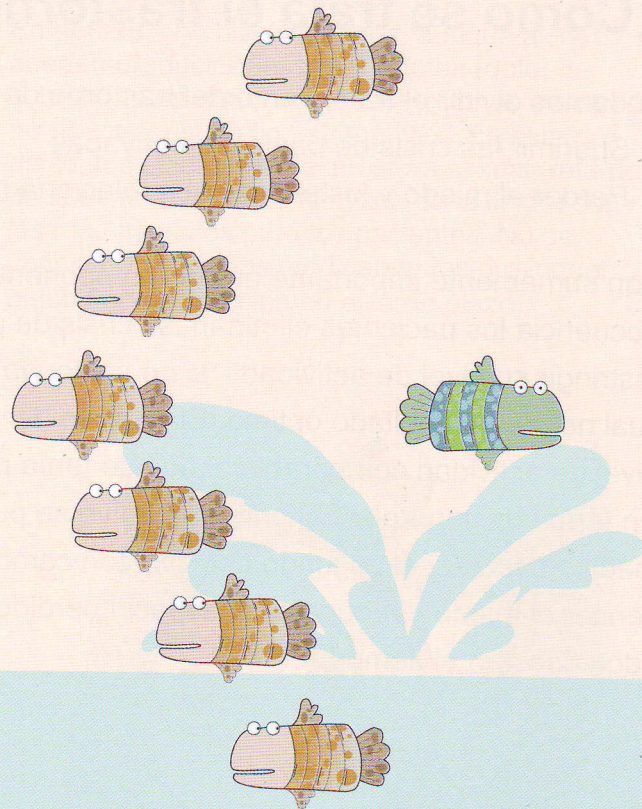
Cuadro 2. Situaciones frecuentes que son evitadas por pacientes con trastorno de pánico:

- Estar en una multitud (centros comerciales, supermercados)
- Permanecer en una fila (un banco, un supermercado, etc.)
- Estar solo fuera de casa
- Viajar en locomoción pública, metro, etc.
- Viajar lejos de algún servicio de urgencias (en vacaciones por ejemplo)
- Viajar por una autopista donde pueda ser difícil detenerse, o
- Estar detenido en un taco de automóviles

¿Qué tiene que ver mirar bajo la cama con la crisis de pánico? Nada, salvo que existe una asociación entre el síntomas (*mareo*) y el miedo a tener una crisis de pánico.

La conducta de evitación puede ser desde mínima *"tengo temor de subir al metro, pero lo hago de todas formas, aunque en horas con menos gente"* a extrema *"no salgo de la casa, ya que de solo pensarlo tengo una crisis de pánico"*.

En la medida que se evita estas situaciones, cada vez es más difícil enfrentar la misma situación en la siguiente oportunidad, se consolida más el miedo y, por lo tanto, la restricción de la actividad y del estilo de vida.

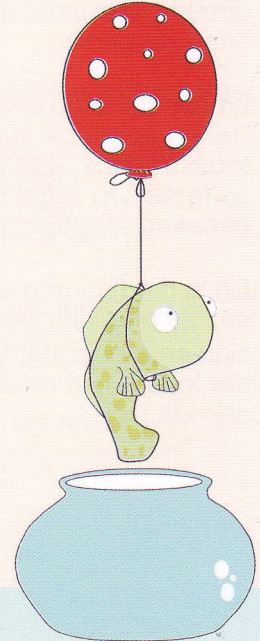


¿Cómo se trata el trastorno de pánico?

Podemos dividir el tratamiento del trastorno de pánico en dos partes:

- a. Suprimir las crisis de pánico inmotivadas
- b. Perder el miedo y las evitaciones relacionadas a las crisis

Son sumamente importante ambos componentes, pues, con alguna frecuencia los pacientes eliminan las crisis de pánico a costa de restringir su nivel de actividad -“*si no salgo, no tengo crisis de pánico*”- lo cual no es un resultado óptimo. El objetivo del tratamiento es volver a tener un nivel de actividad comparable al que se tenía previo al comienzo de las crisis. En términos generales, el primer objetivo se puede conseguir con algunos medicamentos y el segundo objetivo con cambios conductuales dirigidos a vencer el miedo y recuperar el espacio perdido con las evitaciones adquiridas en el tiempo.



Para **suprimir las crisis de pánico inmotivadas** es necesario mencionar que “todo comenzó...con una crisis de pánico”.

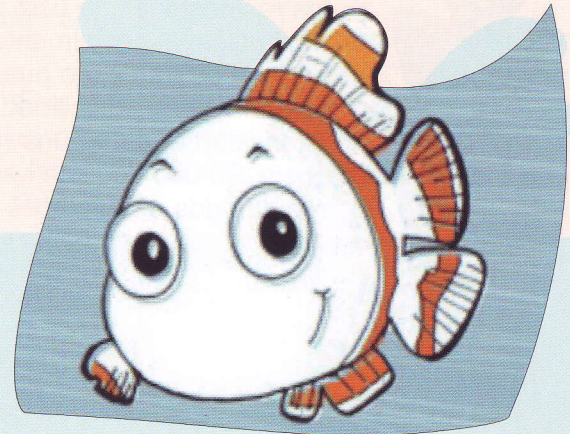
Para suprimir las crisis de pánico usualmente se utilizan medicamentos de dos tipos, antidepresivos “antipanicosos” y benzodiazepinas.

i. Los antidepresivos “antipanicosos” disminuyen progresivamente la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico. La disminución en la intensidad de la crisis, muchas veces es percibida por los pacientes como una “crisis abortada”, es decir, que comienza a desarrollarse pero no alcanza la intensidad que solía tener. Estos medicamentos funcionan de manera lenta, tomando semanas en hacer su efecto.

Cuadro 3. Ejemplo de antidepresivos “antipanicosos”

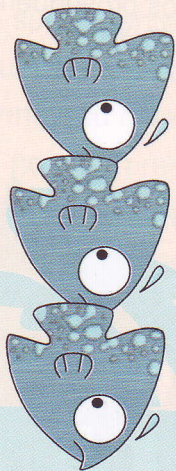
- | | |
|----------------|----------------|
| - Fluoxetina | - Sertralina |
| - Paroxetina | - Venlafaxina |
| - Citalopram | - Clomipramina |
| - Escitalopram | |

En general son bien tolerados, aunque al inicio pueden producir náuseas y cefalea (dolor de cabeza) (para conocer las restricciones de uso por favor consulte con su médico). En el largo plazo, los efectos sobre la esfera sexual (retardo de la eyaculación, disminución de la libido) son los más molestos para los pacientes. No se considera que estos medicamentos provoquen algún tipo de adicción en el largo plazo.



ii. Los tranquilizante tipo benzodiazepinas como clonazepam, alprazolam, lorazepam, etc., son medicamentos que actúan en el corto plazo y en forma dependiente de la dosis, es decir, si se toma más cantidad tiene mayor efecto, por lo que se debe manejar cuidadosamente la cantidad que se utiliza para que sea efectiva y no se utilice en

exceso, ya que los efectos secundarios también son dependiente de la dosis (somnolencia, torpeza, etc. - consulte con su médico sobre las restricciones de uso). Son muy útiles, especialmente al inicio del tratamiento pues disminuyen la posibilidad e intensidad de tener una nueva crisis. Su uso debiese ser regular, dos o tres veces al



día, dependiendo de la indicación de su médico, y reducir o aumentar la dosis dependiendo de los requerimientos que se evalúan semanalmente. Con mucha frecuencia se utilizan “en caso necesario” o “S.O.S.”, que es usualmente lo que se hace en los servicios de urgencia cuando llega un paciente con una crisis de pánico. Sin embargo esto debiera ser la excepción, pues el uso de esta forma puede condicionar o producir una forma de “dependencia psicológica” y muchas veces se realizará una mala estimación de los requerimientos. Lo que es peor con este tipo de uso “en caso necesario”, es la sensación del paciente de que no es posible estar sin el medicamento. Estos medicamentos se han asociado a dependencia (adicción) tal como el alcohol o la nicotina, con dosis altas y prolongadas, por lo que su uso debe ocurrir en el contexto de un tratamiento integral, no solo aliviar los síntomas.

Como explicamos antes, los medicamentos son más efectivos en suprimir las crisis de pánico inmotivadas y menos efectivas en **disminuir el miedo y las evitaciones asociadas al trastorno.**

Para poder enfrentar los temores se necesita un cambio de conducta, donde primero es necesario **IDENTIFICAR** aquellas situaciones que generan temor y después **ENFRENTAR** dichas situaciones.

a. IDENTIFICAR las situaciones relacionadas al pánico:

Estas situaciones se relacionan al temor a perder el control o sentimiento de desamparo ante una crisis (donde pedir ayuda pueda ser difícil) como, por ejemplo, quedarse solo de noche, andar solo en la calle, usar el metro o la locomoción colectiva,

“Deshacer” el miedo y las evitaciones asociadas a los síntomas físicos y crisis es tan importante como suprimir las crisis, por la limitación que producen en la vida cotidiana, particularmente en personas que no se han tratado por largo tiempo (meses o incluso años).

conducir en lugares de alta velocidad o donde detenerse pueda ser difícil (como autopistas y túneles), subir escaleras o actividad física, etc. Las situaciones pueden ser muy variadas dependiendo del tipo de crisis y las situaciones

en que estas se han producido.

Es recomendable en este proceso poner atención a aquellas circunstancias que producen tensión o ansiedad (por ejemplo *“me produce tensión subir escaleras”, “evito ver noticias violentas en la televisión”*) y también

intentar detectar situaciones que se evitan automáticamente (por ejemplo, no subir un ascensor o cambiar la televisión a la hora que dan noticias).

En seguida se puede hacer un “ranking” de estas situaciones otorgando puntajes, desde aquellas que producen más ansiedad y se evitan siempre, pasando por las que producen ansiedad, pero, con esfuerzo, se pueden enfrentar y al final de este ranking colocar aquellas que producen ansiedad pero, en general, no ocasionan dificultad para ser enfrentadas, solo tensión.

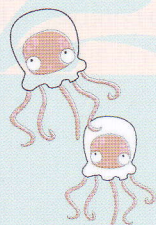
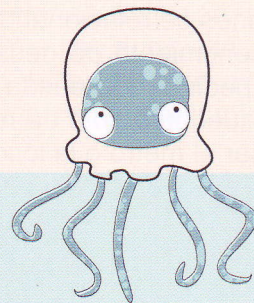
b. ENFRENTAR las situaciones relacionadas al pánico:

Consiste en enfrentar en forma consistente y progresiva aquellas situaciones que generan temor que ya hemos identificado y ponderado, comenzando por aquellas que generan menos ansiedad y que usualmente no se evitan, para ir avanzando hacia

aquellas que provocan mucha ansiedad y se evitan con frecuencia o siempre.

Es uno de los aspectos más difíciles de lograr y posiblemente el más importante para poder **SUPERAR** el pánico. De no tener éxito en esta etapa posiblemente el trastorno de pánico habrá dejado huellas imborrables en nuestra vida cotidiana.

Para que la confrontación sea exitosa debe ser consistente, es decir, debe realizarse siempre que se esté expuesto a esa situación. También debe tener cierta duración (si es muy breve no funciona), por lo que es bueno realizarla de manera progresiva para tener éxito.



¿Cómo se hace?

Imaginemos una persona que ha desarrollado temores a situaciones donde escapar o pedir ayuda puede ser muy difícil, lo que es muy frecuente en el trastorno de pánico; las situaciones que ocasionan más temor en estos casos son cosas como subir al metro o entrar a un supermercado.

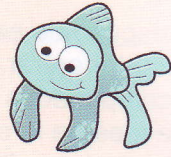
Revisaremos en un ejemplo ambas situaciones.

Ejemplo 1 - supermercado:

“Tengo mucho temor de tener una crisis de pánico en el supermercado, de hecho ya no voy hace tiempo y la última vez apenas entré, tuve una crisis”.

Muchas veces son las sensaciones como fatiga, cansancio, sensación de ahogo o malestar vago,

acompañado de temor a desmayarse las que se presentan antecediendo al pánico propiamente tal.



¿Cómo enfrentarlo?

Primero que nada es recomendable hacerlo estando en tratamiento regular, con psiquiatra e idealmente con psicólogo que apoye estas tareas. El objetivo de la exposición NO es evitar el pánico o no sentir malestar, eso no es posible de controlar; lo que queremos obtener es poder enfrentar la situación -ir al supermercado- de manera exitosa. Entonces, si mi temor es extremo, es decir, si me da miedo solo pensar en ir al supermercado, se puede comenzar acompañado, sin intentar entrar, o con imaginería (imaginándonos de manera detallada como sería si fuésemos al supermercado).

Después de hacer esto varias veces, podemos intentar entrar al supermercado primero acompañados y después solos.

La idea de la exposición es prolongarla hasta que dure más de 30 minutos, consiguiendo además el objetivo que nos planteamos, por ejemplo:

- Entrar a comprar el pan y salir (<10 minutos)
- entrar a comprar pan y alguna otra cosa y salir (10-15 minutos)
- comprar más cosas, extendiendo un poco más la visita (15-25 minutos)
- extender la estadía en el supermercado acompañado(a) (>30 minutos)
- extender progresivamente la estadía en el supermercado esta vez sola o solo (> 30 minutos).

La idea es conseguir el objetivo de entrar y “hacer lo que vine a hacer” al supermercado. De esa manera

consigo mi objetivo, me expongo al miedo y le enseño a mi cerebro que ir al supermercado no es peligroso.

¿Por qué debe ser progresivo?

La idea es aumentar la posibilidad de éxito sin fallar. Si decidimos exponernos y fracasamos en el intento, porque hubo una crisis de pánico que nos obligó a salir, estamos reforzando la sensación que ir al supermercado es peligroso. Por lo tanto, al exponernos progresivamente, primero con solo comprar el pan, se cumplen varios objetivos:

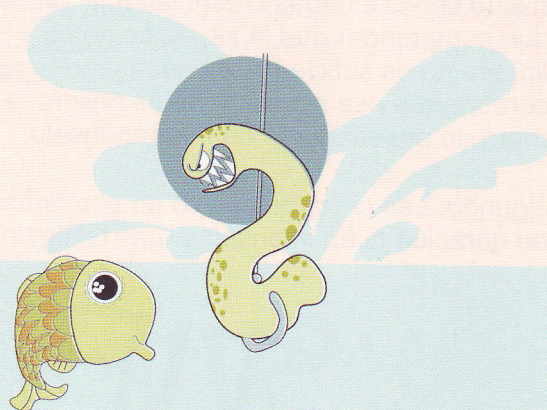
- Sé que la visita al supermercado será breve
- si tengo una crisis, la puedo “aguantar” ya que sé que saldré pronto y al salir, habré cumplido mi objetivo de “comprar en el supermercado”
- la próxima vez podré enfrentar la situación con más confianza.

Ejemplo 2 - el metro: a las personas con temor de andar en el metro se les aconseja:

- ✓ permanecer en el andén, sin que tomen el metro ¿cuánto tiempo? al menos 30 minutos
- ✓ una vez que podamos estar en el andén con menos inquietud, podemos subir al carro
- ✓ el objetivo es llegar al destino que quiero
- ✓ para ello puedo decidir antes de comenzar el viaje que haré detenciones cada 2-3 estaciones
- ✓ si tengo una crisis de pánico en el viaje, puedo “aguantarla” hasta que llegue a la estación que previamente había planeado bajarme, bajar al andén y seguir el viaje. Progresivamente aumentar el número de estaciones que viajo sin bajarme.

De esta manera se logra “enseñar al cerebro” que viajar en metro en sí mismo no es peligroso; tampoco ir al supermercado.

Esta parte del tratamiento es fundamental para recuperar todo el espacio que hemos perdido en todo el tiempo desde que aparecieron las primeras crisis y se instalaron los miedos; una vez que hemos recuperado los espacios volviendo a nuestro estilo de vida previo, podemos decir que hemos superado con éxito este problema.



Recomendaciones para tener éxito

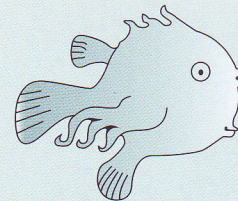
Algunos pacientes me han señalado que estas ideas les han ayudado a vencer el pánico:

- Primero: es mi cerebro el que tiene miedo, no soy yo: debemos entender que el miedo ha sido adquirido no por mí, sino por mi cerebro, por ejemplo *“yo puedo saber que entrar al supermercado no es peligroso, pero cada vez que entro al supermercado tengo una crisis”*. Es mi cerebro el que reacciona ante las situaciones que han sido condicionadas o asociadas al pánico, por lo que comprender que la situación no es peligrosa no es suficiente, es necesario “enseñar” al cerebro que esa situación no es peligrosa y la manera de enseñarle es demostrárselo.
- Segundo: Las crisis de pánico no son “infinitas”, ni en duración ni en intensidad. Las crisis típicas

duran 5 a 10 minutos y en general no se extienden por más tiempo disminuyendo, después, lentamente la ansiedad (ese estado sí puede durar más tiempo, pero la crisis propiamente tal es autolimitada y en general no dura más de 10 minutos, es decir, **SIEMPRE** se pasa después de un rato).

- Tercero: Las crisis de pánico no son peligrosas, solo molestas (es solo miedo, nada grave está pasando en realidad). Las crisis en sí mismas NO son peligrosas (ya se dijo y es necesario reiterarlo).
- Cuarto: el circuito completo de “tengo mucho miedo y se me pasa” (no solo el pánico sino que el miedo en general) dura en promedio unos 30 minutos. Es decir, si yo me expongo a una situación que me ocasiona mucho miedo, posiblemente mi angustia o temor se incremente en forma rápida e intensa y se sostenga por varios minutos, hasta que después de un rato descienda progresivamente.

TIP



Para la mayoría de las personas este tiempo es 30 minutos. Eso quiere decir que después de estar 30 minutos expuesto a una situación atemorizante, mi temor ira descendiendo. Posiblemente no llegue a cero, pero el temor intenso ya habrá cedido.

Por lo tanto, el truco para enfrentar cualquier situación que genere pánico, o incluso cualquier situación que genere miedo o angustia intensa, es poder soportarlo en forma eficaz por 30 minutos, después de eso las cosas serán más fáciles. Pero es necesario hacerlo.

- Quinto: si tengo una crisis o creo que puedo tener una, es aconsejable controlar la respiración. Durante las crisis de angustia una reacción natural es respirar rápidamente, lo que producirá más sensaciones

extrañas (hormigueos, contracciones musculares, sensación de mareo) que incrementará el miedo aún más. Por ello una estrategia de respirar pausadamente puede ayudar mucho, para ello se recomienda lo siguiente:

- Inhale (tome aire) contando en cuatro tiempos (1..2..3..4, pausadamente)
- Contenga la respiración en 4 tiempos (1..2..3..4)
- Exhale (bote el aire) en 8 tiempos (1..2..3..4..5..6..7..8..) muy pausado, como si estuviese inflando un globo.

Puede practicarlo varias veces, sin pánico, para que sea un ejercicio más natural al momento de enfrentar la crisis.

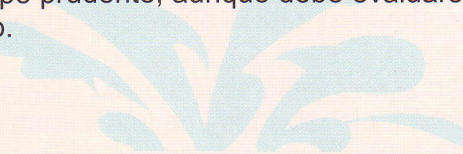


TIP

Preguntas frecuentes

¿Cuánto tiempo debo mantener las indicaciones y los medicamentos?

Tenemos que estar seguros que hemos cumplido los objetivos del tratamiento que, como antes señalamos, son eliminar las crisis de pánico y enfrentar los miedos y evitaciones asociadas. Una vez que hemos recuperado nuestro funcionamiento al nivel previo al inicio de este problema, podemos plantearnos cuánto tiempo más debemos estar en tratamiento (en especial con medicamentos), considerándose que varios meses, posiblemente un año sin crisis es un tiempo prudente, aunque debe evaluarse caso a caso.



¿Cuál debe ser la actitud de la familia con las personas con pánico?

Al igual que el paciente, deben comprender que se trata de una enfermedad, bastante común (puede afectar aproximadamente a una de cada 20 personas), que consisten en una disregulación del sistema de alarmas del cerebro, ya que la angustia es un motor para “pelear o arrancar” en caso de enfrentar una amenaza. En este caso, el sistema se activa con estímulos erróneos o mínimos y debe volver a *ajustarse* con el tratamiento. Eso no significa que “no es nada” o “todo está en tu cabeza”, esos conceptos no ayudan, ya que en realidad existe una disregulación concreta y que tiene un tratamiento específico.

Reforzar el hecho que las crisis no son peligrosas en sí mismas es importante, pues en el momento de la crisis las personas que la sufren pierden muchas veces la capacidad de recordarlo y necesitan que alguien se los refuerce.

¿Es necesario encontrar la causa?

La causa del trastorno de pánico, al igual que con varias enfermedades psiquiátricas, son una combinación de factores genéticos, influencias del ambiente temprano en la infancia, estilos cognitivos (la manera en que vemos o interpretamos las cosas) y desencadenantes actuales (situaciones que producen estrés). Como se ve, son varios componentes algunos de ellos hasta ahora impenetrables (el tipo de carga genética o influencias tempranas) y otras que

pueden ser indagadas con mayor precisión, sin embargo, esto no modifica el tratamiento habitual.

¿Cuál es el pronóstico?

En general es muy favorable. Sin embargo, es necesario considerar este aspecto en forma muy individual, ya que muchas veces las crisis de pánico se presentan en el contexto de otras enfermedades o condiciones (depresión, abuso de sustancias, etc.) que pueden modificar el pronóstico del paciente.

¿Existen otras cosas que hacer?

Es importante reconocer que hay algunas situaciones que pueden exacerbar las crisis: los estimulantes (como exceso de cafeína o bebidas cola), la marihuana, y sobre todo el cigarrillo.



Como para muchas condiciones médicas, el mantener un buen estado físico, realizando actividad física aeróbica regular, es muy importante para mantener nuestro cerebro funcionando en forma apropiada. El ejercicio físico aeróbico, practicado en forma regular (3-4 veces por semanas, 1/2 hora) no solo protege el corazón sino que además el cerebro.

De la misma manera mantener un peso adecuado, tener buena higiene del sueño y en general de los ritmos biológicos (sueño, comidas, actividad, etc.) son indicaciones generales que siempre es necesario recordar.

Por último, el nivel de “estrés” al que estamos sometidos también tiene que ser revisado en estas circunstancias: muchas veces nos exigimos en niveles excesivos (exceso en horas de trabajo,

intensidad en la búsqueda de resultados en tareas laborales o personales) por tiempos prolongados. Si usted conduce su vehículo en primera o en segunda marcha por mucho tiempo, posiblemente fundirá su motor. Puede llevarlo al taller, lo arreglarán, pero si vuelve a conducir de la misma manera por un tiempo prolongado, volverá pronto al taller.

Por lo tanto, la aparición de un trastorno de pánico, así como de cualquier otra dolencia física (una úlcera gástrica, colon irritable, una infección que recurre, etc.) nos debe hacer pensar qué es lo que está pasando y qué modificaciones debemos realizar a nuestro estilo de vida. Todas estas señales indican que, posiblemente, debemos realizar modificaciones en nuestro estilo de vida.