

CRISIS DE PÁNICO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

• MIEDO, ANGUSTIA Y ANSIEDAD

La sensación de angustia es muy similar al estado que nos domina cuando tenemos miedo. En ambos casos se producen una serie de respuestas psicológicas, corporales y fisiológicas, nos ponemos en alerta, nos preparamos para la acción (huida, defensa u ofensa):

- Sensación subjetiva de temor y amenaza
- El corazón late más deprisa y se eleva la tensión arterial, respiramos más profundamente, de esta manera conseguimos el oxígeno necesario para darnos energía en cerebro, brazos y piernas.
- Los músculos se tensan.
- El sudor permite eliminar el exceso de calor muscular.
- La digestión se enlentece para reservar más sangre para el cerebro y los músculos.
- Nuestras pupilas se dilatan para aumentar la discriminación visual

MIEDO

Reacción normal frente a peligros del exterior, los podemos reconocer.

Se relaciona con algo concreto.

ANGUSTIA

Sentimiento aparentemente inmotivado, en la mayoría de las ocasiones independiente de las circunstancias objetivas externas.

Es un miedo indefinido o que se ha respondido desproporcionadamente.

Sensación más corporal, opresiva, sobrecogedora, llega a “encoger” el pecho o el estómago, el temor a morir o enloquecer nos inhibe.

ANSIEDAD

Sensación más mental de sobresalto, desasosiego sostenido, el tiempo parece que se acelera, mientras se teme que cualquier cosa negativa puede ocurrir, sentimos una continua tensión y “necesidad de aire”

Estas modificaciones son respuestas adaptativas normales y saludables ante una amenaza exterior

Un cierto grado de ansiedad es deseable y necesario para enfrentarnos a las exigencias de la vida cotidiana, muy necesario en la respuesta de adaptación ante el estrés. **Un nivel tolerable de ansiedad nos permite mejorar el rendimiento personal y la actividad.**

Cuando rebasa un cierto límite aparece la evidente sensación de malestar y deteriora nuestro rendimiento.

Aunque la relación entre ansiedad y rendimiento no es algo sencilla, podemos hacer uso de la Ley de Yerkes-Dobson (1908) que, la representa en forma de U invertida. En un principio un aumento de la ansiedad ante determinado problema, hace aumentar la eficacia y rendimiento. Al aumentar esa ansiedad normal llegamos a un nivel óptimo en la relación ansiedad-eficacia. A partir de aquí, cualquier aumento, genera una disminución rápida del rendimiento.

Eje: ante un examen o entrevista prestamos mayor atención a los estudios o contenidos más importantes (estamos motivados), llegaremos a un nivel óptimo de rendimiento, pero si las exigencias son mayores podremos llegar a una eficacia nula, como cuando nos quedamos en blanco o bloqueados. Si este estado se mantiene en el tiempo aún en ausencia de demandas exteriores es cuando hablamos de ansiedad patológica, que puede configurar un trastorno con características propias o asociarse a otros trastornos.

- **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Grado de Motivación

La depresión se caracteriza por la Abulia, ausencia de ganas/iniciativa para hacer cosas.

En la ansiedad no es característica la abulia, aunque su estado de agotamiento mental aumenta el cansancio, sin embargo, hay muchas dificultades a la hora de descansar, se busca algún entretenimiento para no pensar en lo que preocupa.

Causas

La depresión aparece frecuentemente de forma **endógena**, sin causa clara que la explique. Cuando el inicio coincide con algún suceso concreto, el simple paso del tiempo no conlleva necesariamente la “vuelta a la normalidad” que haga desaparecer la depresión.

La ansiedad responde a una variedad casi infinita de factores, por el hecho de estar presentes en nuestro día a día.

Preocupaciones

En la depresión hay pocas preocupaciones. El sentimiento de malestar es por una sensación de melancolía y de pérdida de motivos para levantarse de la cama, no tiene que ver tanto con consciencia de peligro.

Las personas con ansiedad se mantienen en un estado de preocupación casi constante. La **rumiación**, hábito de darle vueltas al mismo pensamiento, es un círculo vicioso con difícil escapatoria.

Capacidad para disfrutar

La depresión se caracteriza por la **Anhedonia**, pérdida de la capacidad para disfrutar. Endógeno, hay desajustes en los niveles de neurotransmisores y en los patrones de activación de partes específicas del cerebro

En la ansiedad encontramos un estado físico no adecuado dado el desgaste diario por falta de sueño, niveles de activación elevados, mala gestión del tiempo... También hay cambios en el sistema nervioso, pero las causas dependen más de la interacción con el entorno.

Predisposición para el cumplimiento de metas

Tanto personas deprimidas como en alerta constante, no están muy orientadas al cumplimiento de metas, pero es más pronunciado en la depresión pues ni siquiera nos planteamos si hay algo que debemos hacer, como si las obligaciones dejasen de existir. En la ansiedad podemos postergar las tareas, pues el afrontamiento a ellas nos provoca en sí mismas temor, sin embargo, el rodaje suele ser bueno.

- **CRISIS DE ANSIEDAD (ATAQUE DE PÁNICO)**

Es la aparición más o menos repentina, muchas veces sin motivo aparente, de una sensación de miedo intenso acompañado de un importante malestar corporal y una serie de síntomas que pueden variar entre diferentes personas.

Es como si la respuesta corporal se hubiera hecho muy sensible, saltando la señal de alarma de manera automática en situaciones normales y no peligrosas.

Síntomas en una Crisis de Pánico

1. Palpitaciones, sacudida 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 torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Sensación de que el mundo de alrededor ha cambiado o es irreal en algún sentido, o de que la persona se encuentra como separada de sí misma
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Sensación de entumecimiento u hormigueo en diversas partes del cuerpo
12. Escalofríos o sofocos

Cuatro o más síntomas se consideran Crisis de Ansiedad (menos de cuatro “Crisis sintomáticas limitadas”). DSM-IV

Organización Mundial de la Salud, décima revisión

Si es un episodio puntual con inicio brusco, alcanzando su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos, se considera Ansiedad episódica paroxística. Deben estar presentes al menos cuatro de los síntomas que se detallan a continuación, uno de los cuales debe ser de los grupos “A” a “D”:

Síntomas autonómicos

- a) Palpitaciones o golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado
- b) Escalofríos
- c) Temblores o sacudías
- d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación)

Síntomas relacionados con el pecho o abdomen

- e) Dificultad para respirar

- f) Sensación de ahogo
- g) Dolor o malestar en el pecho
- h) Náusea o malestar abdominal (eje: estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
- j) Sensación de irrealidad (desrealización), o de sentirse fuera de la situación (despersonalización)
- k) Sensación de ir a perder el control, de volverse loco o de ir a perder el conocimiento
- l) Miedo a morir

Síntomas generales

- m) Oleadas de calor o escalofríos
- n) Adormecimiento o sensación de hormiguelo

La crisis suele comenzar de forma brusca, alcanzando su máxima intensidad a los diez minutos o menos. No es necesaria la existencia de una situación amenazante o desencadenante claro, la persona estar tranquila en los momentos previos o incluso dormida. Además de los síntomas corporales señalados (gran variabilidad entre personas), se acompaña de una intensa sensación de peligro, muerte inminente con imperiosa necesidad de pedir ayuda o escapar.

¿Cómo lo describe una persona que sufre crisis de ansiedad?

Como un miedo intenso, con sensación de estar a punto de morir o sufrir un infarto o “derrame” cerebral, o perder el control o “volverse loco”.

Esta sensación, acompañada de los síntomas corporales, hace que la persona tienda a escapar como sea del lugar o situación donde se encuentra, a veces, buscar ayuda médica urgente.

El pico máximo de la crisis llega aproximadamente a los 10 minutos, cuando llega al servicio médico, los síntomas se han calmado o desaparecido, no se encuentran anomalías en la exploración.

La persona queda en un estado de abatimiento, cansancio o desgana, puede durar incluso horas hasta que se recupera.

- **CRISIS DURANTE EL SUEÑO**

Algunas personas mientras duermen, se despiertan bruscamente con síntomas corporales similares a una crisis de pánico, acompañado de gran angustia ante el temor a que algo grave les está pasando.

Suelen ocurrir en la primera mitad de la noche, no suelen asociarse con la fase “del soñar”.

Personas con crisis nocturnas han informado más crisis durante el día y más síntomas corporales que las personas con crisis exclusivamente diurnas.

No todas las interrupciones súbitas y angustiosas del sueño se deben a crisis de pánico, puede ser por otras razones como apnea del sueño, terrores nocturnos, pesadillas, parálisis del sueño o epilepsia nocturna.

Este tipo de cuadros aún no están bien estudiados, parece que su frecuencia es entre 4% y 69% en personas con crisis diurnas y 2% de casos exclusivamente nocturnos. No todas las personas con crisis durante el día sufren interrupciones nocturnas.

- **HIPERVENTILACIÓN**

La ventilación pulmonar excesiva suele aparecer cuando la persona nota determinadas dificultades respiratorias, como la sensación de no poder aspirar suficiente aire por opresión en el pecho. Esto conlleva a que la persona tenga “hambre de aire”, motivando a respirar más rápido y profundo.

Se introduce una cantidad de aire superior a las necesidades de nuestro organismo, eliminándose exceso de anhídrido carbónico (CO₂) lo que provoca una “alcalosis respiratoria” (aumenta el pH de la sangre). Este cambio en la composición de la sangre hace que se libere menos oxígeno en los tejidos, por lo que el corazón, de manera refleja, aumenta la potencia y frecuencia de sus latidos.

Además al haber menos CO₂ se reduce la frecuencia respiratoria que para compensarlo la persona fuera voluntariamente, aumentando la sensación de disnea o ahogo.

A partir de aquí, los síntomas de angustia empeoran, pues se desencadenan una serie de fenómenos fisiológicos que suelen empezar con entumecimiento u hormigueo en los dedos de ambas manos.

Si la alcalosis persiste, la sensación de entumecimiento se extiende a los dedos de los pies, el resto de los pies, la cara y especialmente la zona alrededor de la boca. Menos frecuentes son las contracciones musculares y tetania (contracción muscular mantenida), sobre todo, en muñecas y tobillos.

Se suele unir, todo ello, a sensación de atontamiento, presión y agrandamiento de la cabeza. La aparición de los efectos secundarios a la hiperventilación agravan la sensación de pánico en la persona.

Una persona con una crisis de pánico puede hiperventilar, empeorando su cuadro. Personas predispuestas pueden desencadenar la propia crisis forzando su respiración de manera voluntaria.

- **TRASTORNO DE ANSIEDAD**

Denominado por la OMS como Trastorno de Pánico o Ansiedad paroxística episódica.

Es la sucesión de un cierto número de crisis de angustia inesperadas.

Durante un período de tiempo (eje: 1 mes).

La persona vive atemorizada por la posibilidad de padecer una nueva crisis y sus consecuencias.

Todo ello le puede llevar a modificar sus comportamientos habituales, buscando que las crisis no se repitan.

- **ANSIEDAD ANTICIPATORIA**

Es un estado secundario tras la presentación de un ataque de pánico, por el que la persona, a pesar de no sufrir otro ataque, vive con el temor de la posibilidad de que la crisis se repita.

Hay personas que a pesar de sufrir repetidas crisis no la desarrollan, otras personas, con tan solo una crisis la sufren.

Es el llamado estado de “miedo al miedo”.

Puede ser muy incapacitante y confundirse con un estado de ansiedad generalizada si no se explora la existencia de ataques de pánico previos.

Si sufrimos de ansiedad anticipatoria estaremos continuamente pendientes de nuestras sensaciones corporales. Siempre en alerta ante posibles señales de aviso que anuncien la inminencia de un ataque de pánico

- **ANSIEDAD GENERALIZADA**

Se presenta de forma continua y no con picos o episodios de crisis.

Es un estado mantenido de tensión y nerviosidad con preocupaciones en torno a situaciones o acontecimientos pronosticados como desfavorables.

Temores típicos: accidentes, enfermedades, dificultades económicas, laborales o familiares.

Estas preocupaciones no guardan una relación directa con la realidad exterior objetivo ni son reflejo único del miedo a la aparición de crisis de ansiedad.

La persona con ansiedad generalizada está nerviosa, de mal humor, irritable e insatisfecha. La tensión mantenida puede resentir los músculos generando dolores, sobre todo en espalda, cabeza y cuello. Los dolores de cabeza son frecuentes en forma de presión, en la zona de la nuca o en la parte frontal, otras veces es un dolor pulsante y continuo.

Síntomas corporales: mayor sudoración, sobre todo manos, facilidad para ponerse rojo, sequedad de boca o mucha salivación, molestias en la garganta, náuseas, eructos, molestias de estómago, necesidad de orinar con frecuencia, diarrea, temblor y agitación interna.

Es probable que por el estado de hipervigilancia continua se tengan dificultades de sueño, sensación de cansancio y fatigabilidad durante el día; alteraciones del apetito (aumento-disminución); impulso sexual (aumento-disminución).

Las capacidades mentales se resienten, aparecen con frecuencia dificultades para mantener la atención y concentración favoreciendo la distraibilidad, así como dificultades de memoria.

• FOBIAS

Temores excesivos e irracionales antes situaciones a las que la mayoría de las personas no asustan o generar malestar mínimo. Ej: estar un corto período de tiempo en un espacio reducido como un ascensor, puede que no sea agradable o cómodo, pero la mayoría de las personas lo soportan con facilidad.

Hay muchos tipos de fobias, podemos decir que cualquier objeto o situación puede ser motivo de temores fóbicos dependiendo de la persona.

Los temores más frecuentes se refieren a:

- **Animales.** Generalmente inicio en la infancia
- **Ambiente.** Naturaleza y fenómenos atmosféricos. Suele iniciarse en la infancia.
- **Sangre, inyecciones, daño corporal.** Suele darse con más frecuencia en algunas familias. Se desencadenan reacciones vegetativas que pueden llegar al mareo o desvanecimiento ante la visión de estas circunstancias.
- **Situaciones.** Como túneles, transporte, puentes, acciones, ascensores, coches, espacios cerrados.
- **Otros tipos.** Temor al atragantamiento, vómitos, contraer una enfermedad, miedo a caer si no hay paredes cerca...

La mayoría de las fobias son trastornos circunscritos que no tienen necesariamente que ir asociados a un trastorno de angustia.

Dos tipos de fobias son: Agorafobia y Fobia Social.

- **AGORAFOBIA:** Miedo a situaciones o lugares donde escapar puede ser difícil o embarazoso, o en el caso de tener algún síntoma de crisis e ansiedad, no se puede obtener ayuda inmediata. Generalmente es posterior a las crisis de ansiedad aunque puede aparecer sin crisis de ansiedad. La persona comienza a evitar los lugares o situaciones temidos, al cabo del tiempo, el número de lugares y situaciones donde se encuentre cómodo se verá muy reducido.

Evita estar solo fuera o dentro de casa, las aglomeraciones de gente, lugares con mucho ruido o luces, grandes almacenes, comercios, transportes públicos, puestas o ascensores.

Si se tiene que enfrentar a alguna de estas situaciones lo hace con intenso temor, se tranquiliza utilizando la compañía de alguien de su confianza o alfo que tener en las manos como un carrito. Esta dependencia enfermiza de otras personas puede llegar a generar importantes tensiones añadidas a las relaciones familiares.

- **FOBIA SOCIAL:** Temor a aquellas situaciones de tipo social o público donde la persona puede sentirse observad. Miedo a ser censurado y el consiguiente bochorno y humillación pública. Frecuente: enrojecimiento de cara, sudor, temblor y bloqueos del habla.

A diferencia de la agorafobia, se evitan las tiendas pequeñas, no generando dificultades los grandes supermercados hasta que llega la hora de pagar y, las personas que intentan ayudar pueden empeorar la situación.

La fobia social no se asocia al trastorno de pánico como la agorafobia.

- **LA DEPRESIÓN**

Estado anímico de tristeza mantenida que se acompaña de otros síntomas corporales variados.

La persona deprimida refiere sentimientos de tristeza, pérdida de la capacidad para interesarse o disfrutar de las cosas, disminución de la atención y la concentración, pérdida de confianza en si mismo, autorreproches infundados, desesperanza hacia el futuro, pesimismo y visión negativa de la propia vida, además de disminución de su vitalidad y cansancio exagerado, trastornos del sueño, apetito, sexualidad u otras funciones corporales.

Un trastorno de angustia no es una depresión, a pesar de que tras la aparición de una crisis pueda sentirse triste o miserable durante unas horas o días.

Es frecuente la coexistencia crisis de ansiedad y depresión, una persona deprimida puede presentar crisis de ansiedad y una persona con crisis de ansiedad puede llegar a depresión en cuyo caso el propio estado de ánimo de desesperanza y falta de expectativas de mejoría le frenarían en la superación del cuadro.

SINTOMAS DE MAYOR A MENOR GRADO DE PRESENTACIÓN

v Síntomas Respiratorios

- o Necesidad de aire
- o Ahogo, dificultad de respiración
- o Respiración entrecortada
- o Nudo en la garganta
- o Suspiros
- o Dificultad para hablar
- o Bostezos

v Síntomas Cardiovasculares

- o Taquicardia
- o Palpitaciones
- o Cara roja, sofocos
- o Sensación de frío
- o Opresión zona del corazón
- o Dolor zona corazón
- o Sensación de calor
- o Pinchazos zona corazón

v Síntomas Digestivos

- o Sequedad de boca
- o Contractura estómago
- o Dificultades para tragar
- o Ataque de sed
- o Ganas de defecar
- o Ataque de hambre
- o Diarrea
- o Náuseas
- o Calor/escozor anal
- o Vómitos

v **Síntomas Neuromusculares**

- o Temblor de manos o pies
- o Temblor de brazos o piernas
- o Contracciones rápidas en cara
- o Dolores agudos
- o Contracturas muñeca o tobillo

v **Síntomas Urinarios**

- o Ganas de orinar
- o Orinar poco y con frecuencia
- o Orinar mucha cantidad
- o Orinar a gotas o chorritos

v **Síntomas Sensitivo – Sensoriales**

- o Nerviosismo

- o Inestabilidad
- o Vértigo, mareo
- o Aturdimiento
- o Debilidad
- o Hormigueos
- o Somnolencia
- o Uno mismo como diferente
- o Adormecimiento de las extremidades
- o Mundo alrededor como cambiado
- o Visión borrosa
- o Zumbidos en oídos
- o Dolor de cabeza
- o Piel de gallina
- o Pinchazos
- o Desvanecimiento
- o Moscas volando
- o Picores
- o Dolores punzantes
- o Aumento sensibilidad del tacto
- o Sensación rara al tocar
- o Flujo nasal (moquillo)
- o Dolor oídos

v Pensamientos durante la Crisis

- o Me voy a morir

- o Voy a perder el control de mi mismo
- o Voy a desvanecerme
- o Voy a volverme loco
- o Voy a tener un ataque al corazón
- o Voy a hacer el ridículo
- o Me quedaré paralizado
- o Voy a quedarme ciego
- o Voy a sufrir un ataque cerebral
- o Voy a gritar
- o Voy a vomitar
- o Voy a morir ahogado
- o Tengo un tumor cerebral
- o Voy a hablar farfullando
- o Voy a hacer daño a alguien

Recordemos la gran variedad de frecuencia e intensidad de los síntomas entre personas e incluso en cada persona

- **RESPONDIENDO PREGUNTAS**

- ***¿A QUIÉN LE PASA?***

- Hasta un 9,3% de la población general puede presentar alguna crisis aislada a lo largo de su vida.
- Entre el 1,5% y el 3,5% de la población puede sufrir trastorno de ansiedad.
- Durante un mismo año 1 ó 2 de cada 100 habitantes lo sufrirá.
- Los síntomas son similares en el mundo
- Aparece con más frecuencia entre los 20 y 45 años.
- Las mujeres lo presentan de 2 a 3 veces más que los varones.

- Es un trastorno frecuente.
- No es algo nuevo, y en los escritos de Hipócrates (460 A.C), padre de la medicina, describía algunos casos de personas con temores fóbicos acompañados de síntomas de pánico.
- No es idéntico en todas las personas, ni en tipo y número de síntomas, ni en frecuencia, ni en intensidad.

- **¿HAY DISTINTOS TIPO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD?**

La crisis de angustia puede aparecer de forma aislada sin otra sintomatología, es el Trastorno de Angustia. También pueden coexistir con otros trastornos como la depresión, fobias, trastornos obsesivos-compulsivos, estados de ansiedad generalizada u otros trastornos mentales.

- **Crisis de angustia inesperadas**
 - Sin relación aparente con estímulos externos
 - El inicio de la crisis no se asocia con desencadenantes del ambiente
 - **Crisis de angustia situacionales**
 - Desencadenadas por estímulos del ambiente
 - Aparecen tras imaginar o exponerse a una situación determinada
 - Son típicas de las fobias, siendo las más frecuentes las fobias sociales y las fobias específicas
 - **Crisis de angustia más o menos relacionada con una situación determinada**
 - Pueden aparecer relacionadas con una situación, puede que no aparezcan en la situación temida o aparecer sin darse la situación temida
-
- **Si son crisis inesperadas: Trastorno de Angustia**
 - **Si son desencadenadas por estímulos concretos: Fobias**

Es frecuente la coexistencia de trastorno de angustia con otros, por ejemplo tras ser diagnosticado de una enfermedad, como consecuencia del uso de drogas o efectos secundarios de medicamentos, entre otros.

El proceso diagnóstico puede verse dificultado pues el temor más frecuente e intenso de las personas con crisis de pánico es precisamente tener una enfermedad orgánica que en las exploraciones médicas ha pasado desapercibida o no explorada suficientemente (por ejemplo, pensar que la exploración se ha realizado cuando su corazón marchaba bien o que se le están ocultando datos

- **¿SON IMAGINACIONES MIAS?**

NO

Los síntomas de las crisis son reales, podemos comprobar fácilmente como nuestro corazón late más deprisa o me sudan las manos.

Aunque los síntomas son reales, no van a poder ser justificado por ninguna enfermedad corporal.

En muchas ocasiones tardamos en buscar soluciones pues negamos que las causas sean psiquiátricas y seguimos en la búsqueda de más y más exploraciones médicas.

- **¿ES HEREDITARIO?**

Lo que sabemos cierto es que la influencia de la herencia no es clara por el momento.

Entre los pacientes con este trastorno se ha encontrado un mayor número de parientes de primer grado con trastornos similares y otros como la depresión o el alcoholismo, existiendo indicios de un posible papel hereditario.

Si nos preocupa la posibilidad de transmitir el trastorno a nuestros hijos, tenemos que tener en cuenta que, no podemos modificar su herencia genética, pero si es posible mejorar su estado, lo que tendrá importantes repercusiones benéficas en nuestro ambiente familiar.

Dediquemos un tiempo a pensar en qué sentido está afectando este trastorno en sus relaciones familiares. La autocrítica debe ser constructiva, dirigida el mejor autocontrol y dominio personal. Los sentimientos de culpa son paralizantes y empeoran la situación.

- **¿CUAL ES LA CAUSA?**

Al igual que en otros cuadros no se conoce con exactitud la causa del problema.

Hay evidencia de alteraciones orgánicas o bioquímicas asociadas con el trastorno.

Biológicamente sabemos que, las personas con trastorno de angustia reaccionan con más frecuencia con un ataque de angustia tras la inyección de lactato sódico. También tienen más probabilidad de desarrollar una crisis tras el aumento de CO² en sangre (lo que ocurre en la hiperventilación).

También parece relacionarse con los neurotransmisores Transmisores del impulso nervioso en las neuronas) que tenemos en el cerebro como GABA, noradrenalina y serotonina.

En relación con la personalidad previa, con frecuencia se encuentran rasgos de ansiedad, miedos, dificultades de adaptación o dependencia emocional.

PSICOANÁLISIS: existencia de conflictos subyacentes e inconscientes para la persona. La angustia es la señal de alarma ante tensiones internas no resueltas.

CONDUCUTISMO: la ansiedad es el resultado de un proceso de aprendizaje condicionado. La persona aprende a reaccionar con miedo ante estímulos ambientales o internos que normalmente no desencadenarían esta respuesta. Eje; la evitación provoca una disminución de la tensión, este “placer” actúa de refuerzo para volver a evitar.

TEORÍA COGNITIVA: la ansiedad es el resultado de “cogniciones” (pensamientos o representaciones mentales) patológicos. La persona evalúa las situaciones o sus propios pensamientos o sensaciones internas sacando conclusiones “defectuosas”, que determinarán el tipo de respuesta o conducta inadecuada.

En la angustia tendemos a sobrestimar el grado de peligro y devalúa sus propias capacidades personales para afrontarlo. De ello se deriva, la importancia de desviar la atención de esos síntomas y aumentar la autoconfianza en sus propios recursos.

TEORÍA DE LA CRISIS: en referencia a las “crisis vitales”, no a la crisis de ansiedad en particular. El proceso madurativo del ser humano está marcado por una serie de situaciones de crisis o “sucesos vitales” (circunstancias que curren en la vida de una persona, desequilibrando su existencia). Unas son naturales como la adolescencia o menopausia, otras accidentales, como una enfermedad o fallecimiento de un ser querido. En cada crisis, ponemos a prueba nuestros recursos, si lo superamos, saldremos fortalecidos, de lo contrario, quedamos marcados para el futuro debilitando nuestras capacidades adaptativas ante nuevas situaciones de tensión.

CUIDADO CON EL RIESGO DE BUSCAR UNA CAUSA ÚNICA, SI PENSAMOS QUE ES EXCLUSIVAMENTE PSICOLÓGICA, ENTONCES VEREMOSLA MEDICACIÓN COMO ALGO INÚTIL; SI POR EL CONTRARIO, NOS SITUAMOS EN EL LADO ESTRICTAMENTE BIOLÓGICO NOES CONVERTIREMOS EN ENFERMOS PASIVOS

- ***¿MIS SÍNTOMAS SON INDEPENDIENTES DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ME RODEAN?***

En muchas ocasiones parece no existir motivo para presentar síntomas de angustia en un momento dado, pero si profundizamos un poco, es posible que nos encontremos algunas circunstancias de nuestra vida que están pasando desapercibidas a pesar de estar generando una importante tensión.

Muchas circunstancias tendrán un carácter negativo como relaciones familiares insatisfactorias, dificultades en el trabajo o sociales. Otras pueden ser positivas, como el nacimiento de un hijo, que por otro lado, aumentan responsabilidades y limitan autonomía personal.

Sea el motivo o circunstancias que sea, parémonos a darnos cuenta de ello y busquemos soluciones, a pesar de considerar flojos nuestros recursos, siempre se puede hacer algo, siempre es mejor que esconder la cabeza como el avestruz.

¿Qué podemos hacer?

- Hablar de nuestros problemas y dificultades
 - Pedir opiniones
 - Asesorarse de posibles recursos de afrontamiento
 - Escuchar cómo lo han hecho los demás
 - Poner toda nuestra energía en buscar soluciones
 - Tomar decisiones bien pensadas, calibrando las ventajas y desventajas de cada solución (si tomamos una decisión rápida en momentos de crisis no es lo mejor pues nuestras funciones mentales como la concentración, atención o juicio crítico están alteradas)
-
- ***¿SOY MÁS DÉBIL POR TENER ESTOS SÍNTOMAS QUE OTRAS PERSONAS?***

A veces podemos pensar (o piensan las personas que nos rodean) que no superamos los problemas por falta de voluntad o tener un carácter débil.

Pues **NO**. Las personas con crisis de ansiedad, trastorno de ansiedad, agorafobia o fobias, presentan sus dificultades en relación directa con los síntomas, no implicando necesariamente un trastorno de personalidad previo.

Lo que sí es cierto, es no abandonarnos a la desesperación e impotencia, pues todos los esfuerzos que realizamos para la superación son beneficiosos.

- ***¿PUEDO LLEGAR A TENER UNA ENFERMEDAD FÍSICA GRAVE O MORIR POR ESTE TRASTORNO?***

Como el resto de la población una persona con trastorno de angustia puede desarrollar otras enfermedades físicas, pero no tienen por qué ser consecuencia directa del propio trastorno.

En relación con el corazón, **RECORDEMOS QUE EN GENERAL SU EXPLORACIÓN ES NORMAL**

Ocasionalmente se encuentra una pequeña alteración de una de sus válvulas (prolapso de la válvula mitral), podemos justificar este mayor número porque son explorados con mayor frecuencia e intensidad que la población general.

Lo que si puede ocurrir es un mayor riesgo de enfermedad cardíaca pero no en relación directa con las crisis, sino con el Estilo de Vida adoptado como el sedentarismo consecuente a no salir de casa o la evitación de ejercicio físico por miedo a las crisis

- ***¿PUEDO LLEGAR A PERDER TOTALMENTE LA CABEZA?***

Es muy improbable.

Fuera del momento agudo de la crisis, somos totalmente conscientes de nuestros actos, podemos juzgar de forma razonada a pesar de considerar nosotros mismos que hacemos cosas desproporcionadas y sin sentido.

En los casos con evolución desfavorable, puede ser posible que aparezcan otros trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad generalizada o abuso de tóxicos. En estos casos se necesita atención y tratamiento de forma añadida.

El suicidio es un desenlace muy raro, acompañadas de estados depresivos importantes o alcoholismo, en general, mala calidad de vida (mala salud, disfunción social y laboral, dependencia financiera, etc.).

- ***¿PUEDE AFECTAR A MI SEXUALIDAD?***

SÍ. Por diferentes motivos:

- El estado anímico y la preocupación mantenida hacen que la persona vez disminuido su interés o capacidad de disfrutar con estas relaciones, al igual que ocurre con otros apetitos humanos como la alimentación.
- Durante las relaciones aumenta nuestra frecuencia cardíaca y respiratoria, hay personas que conscientes de esta activación, evitarán tener relaciones por miedo a tener una crisis.
- Fármacos, generalmente antidepresivos, pueden tener efectos inhibitorios sobre el impulso sexual o la capacidad de sentir placer.

Dado que la sexualidad es un componente importante en la relación de pareja, en ocasiones se convierten en una fuente de tensión añadida al imaginar que la relación con la pareja pueda resentirse o se acabe distanciando al no sentirse satisfecha.

- ***¿HAY OTRAS CONSECUENCIAS?***

Desde un punto de vista corporal no existe un riesgo marcado de enfermar o morir por el trastorno de angustia, pero SÍ puede haber una disminución importante en nuestra calidad de vida.

Las conductas de evitación de lugares y situaciones can limitando en gran medida nuestros movimientos, llegando a depender de otras personas para desplazamientos mínimos.

Puede desarrollarse cierta alteración de la personalidad previa, dando muestras de ansiedad mantenida ante situaciones más o menos normales.

Nos mostraremos aprensivos ante la menor dificultad de la vida, preocupándonos excesivamente por la salud de sus seres queridos o no soportando su separación (un simple dolor de cabeza de nuestro hijo, pasa a convertirse para nosotros en un signo de tumor cerebral, en todo caso una catástrofe).

Si estamos convencidos de sufrir una importante enfermedad física, podemos faltar mucho al trabajo o dejar quehaceres, por ir al médico.

La desvalorización y pérdida de confianza en nosotros mismo hacen que disminuya nuestro rendimiento laboral, pudiendo acarrear la pérdida del trabajo.

Otros problemas: Depresión, Abuso de tóxicos.

8. TIPOS DE TRATAMIENTO

- **FARMACOLÓGICO**

La función de los medicamentos será el control de la aparición de las crisis de ansiedad o en todo caso disminuir su frecuencia e intensidad.

Pueden ayudar en la mejora de otros síntomas asociados como la ansiedad generalizada, depresión e insomnio.

De manera indirecta en la agorafobia, al controlarse las crisis y disminuir la ansiedad, puede aumentar la autoconfianza de la persona y favorecer el enfrentamiento de sus dificultades.

Los más utilizados son:

- Ansiolíticos: control de las crisis.
- Antidepresivos: además de tratar el estado depresivo asociado, tienen un efecto demostrado en el control de las propias crisis.
- Hipnóticos: cuando existe insomnio, por tiempo limitado.

Precauciones que debo tomar:

- No modificar ni suprimir la dosis recomendada sin consultar con el médico.
- No consumir alcohol.
- Extremar precauciones conduciendo o manejando máquinas peligrosas.

Ha tener en cuenta si me recetan Pastillas para dormir:

- Si ya se toman tranquilizantes para el trastorno de ansiedad puede ser suficiente con aumentar la dosis de la noche
- El tratamiento farmacológico para el insomnio debe realizarse por períodos cortos, bastando entre 2 a 4 semanas. Es mejor retomar el tratamiento más adelante si fuera necesario mantenerlo de forma prolongada.
- Especial cuidado si nos levantamos por la noche, nos podemos tropezar.

- Cuidado al levantarnos, pues puede persistir la somnolencia. Nunca levantarse “de golpe”.
- No consumir bebidas alcohólicas.
- Disminuir progresivamente según indicación del médico.
- Si no nos dormimos, mejor no desesperarnos.
- Tomar la medicación solo si es necesario.

- **Cuidado con la Dependencia**

Hay dos tipos de dependencia:

1. **Física:** el organismo necesita y busca el fármaco, no para controlar los síntomas, sino simplemente porque “el cuerpo lo necesita” para encontrarse bien. Es frecuente en el uso continuado de tranquilizantes, menos probable en los antidepresivos.

En todo caso, la reducción de la dosis debe ser de forma gradual y escalonada, tanto para evitar la abstinencia como para permitir que el organismo se adapte y evitar el **Síndrome de discontinuación**, puede aparecer en personas que han tomado antidepresivos durante una temporada, luego de manera brusca lo suspenden, horas o días después pueden aparecer síntomas de malestar general e incremento de la ansiedad que pueden ser confundidos con una recaída y no atribuirse a la falta brusca de medicación, reforzándose los temores y no atreverse a suspender posteriormente el medicamento.

1. **Psicológica:** necesidad subjetiva de la medicación, no por el riesgo de aparición de un síndrome de abstinencia, sino por el propio temor a no encontrarse bien si no se dispone de la mediación. La persona no se atreve a ir a cualquier sitio sin la “pastilla”.

- **Cuidado con la Tolerancia**

Necesidad de dosis cada vez más elevadas para conseguir el mismo efecto. Más frecuente con tranquilizantes que con antidepresivos.

Una vez estabilizado el cuadro se suele reducir en lo posible la cantidad de medicación diaria al mínimo suficiente.

Mantener sin necesidad la misma dosis que en el período agudo de tratamiento por temor a una recaída, sobre todo si es alta, puede hacer que cada vez sean necesarias dosis mayores en caso de empeoramiento, aumentando el riesgo de dependencia.

En el caso de los antidepresivos, suele ser más frecuente mantener una dosis similar a la del inicio durante todo el tratamiento.

Estudios fiables, señalan que o es frecuente desarrollar tolerancia a los efectos antipánico de los tranquilizantes, no siendo necesario normalmente incrementar la dosis de mantenimiento cuando el tratamiento es a largo plazo.

- **¿Cuánto tarda en hacer efecto el tratamiento?**

Antidepresivos y tranquilizantes tienen tiempos diferentes para iniciar su acción (“período de latencia”), no impacientarse.

Dependiendo del tipo de antidepresivo, suele ser entre 10 días a unas semanas.

Los tranquilizantes suelen tener una mayor rapidez de acción en el control de los síntomas de ansiedad. Por este motivo, en muchas ocasiones se suelen recetar junto al antidepresivo para ayudar mejor al paciente en las primeras semanas del tratamiento. Una vez controlada la sintomatología mayor, puede retirarse de forma progresiva los tranquilizantes.

Si pasadas 8 o 12 semanas no se consigue controlar mínimamente la sintomatología, el médico le preguntará por el seguimiento y cumplimiento del tratamiento, si hemos seguido la pauta que nos han dicho, no hay que preocuparse pues se puede variar el tipo de medicamento que mejor nos venga a nosotros en particular.

El tiempo necesario de tratamiento varía de una persona a otra. Un enfoque preventivo aconseja mantenerlo al menos de 8 a 12 meses para evitar recaídas y reforzar la autoconfianza de la persona. En casos de más larga evolución y donde las recaídas pueden ser frecuentes, el tratamiento puede mantenerse durante más tiempo.

Nunca acelerar la retirada de la medicación.

- **PSICOTERAPIA** Tratamientos en que se utilizan técnicas psicológicas, fundamentalmente a través de la palabra. En el Trastorno de ansiedad, han demostrado su utilidad las psicoterapias de apoyo, cognitivo-conductual y psicoanalítica.
- **PSICOANALÍTICA o PSICODINÁMICA:** se fundamenta en el trabajo de Freud y sus discípulos.

Más útil en el Trastorno de Ansiedad Generalizada y menos en Crisis de Ansiedad agudas.

La conducta y síntomas de la persona están determinados no solo por su realidad actual, sino por las experiencias de su pasado. Estas experiencias pueden quedar almacenadas de forma inconsciente, conformando el carácter del individuo así como los síntomas de angustia. Descubrir esos conflictos ocultos sería el camino para ayudar al paciente a conocerse mejor y a manejar de forma más efectiva los mecanismos psicológicos que generaron los síntomas.

Hacer conscientes los conflictos inconscientes que pueden influir en la vida de una persona, para ello se alienta al paciente a asociar sus pensamientos de la forma más libre posible e ir saltando de un tema a otro hasta ocasionalmente poder entender algunos significados inconscientes que un determinado hecho tienen para el paciente.

Además, se analiza la relación existente entre paciente y profesional (transferencia), pues se presupone que en esta relación se podrán encontrar pistas acerca del tipo de relación que se establece con otras personas de importancia para el paciente. Se analizan las resistencias que muestra el paciente a la hora de profundizar en su mundo interno, y los mecanismos de defensa para evitar los conflictos con el mundo exterior.

A través de los sueños, se puede entender mejor el inconsciente del individuo, al igual que los síntomas, contienen cierto significado simbólico que hace referencia a los conflictos internos de las personas.

Entre 3 y 5 sesiones semanales, se puede prolongar durante años, el profesional mantiene actitud neutral, consejos concretos muy escasos. Hay otras orientaciones más flexibles, el profesional se muestra más activo, no combatiendo sistemáticamente las resistencias del paciente, sino buscando reforzar su yo consciente para resolver los síntomas más que los conflictos internos inconscientes.

Una modalidad es la Psicoterapia Dinámica breve o focal, el psicoterapeuta focalizando sobre la problemática concreta del paciente, mediante algunas hipótesis previas de trabajo y mostrándose activo, busca la solución rápida de los síntomas.

- **PSICOTERAPIA TIPO COGNITIVO**

Originalmente desarrollada por Beck.

Eficacia probada en casos de depresión.

Se fundamenta en el supuesto de que las crisis de angustia, espontáneas o asociadas a un estímulo externo, surgen de una interpretación falsa y equivocada de tipo catastrófico de algunas sensaciones corporales que no son más que respuestas más o menos normales de ansiedad.

Un estímulo corporal se asocia a un pensamiento (cognición) de forma automática, que puede adquirir la característica de un monólogo interno de carácter involuntario y que desemboca en resultado catastrófico.

Los estímulos externos o internos como sensaciones corporales, imágenes o pensamientos, se perciben con aprensión y miedo, aumentando el nivel de ansiedad y apareciendo nuevas sensaciones corporales, que se interpretan como catástrofe, desencadenándose el ataque de pánico.

Siguiendo la cadena anterior, se enseña al paciente a interrumpirla a través de una serie de pasos que implican el reconocimiento de los pensamientos y sensaciones corporales que van asociados con el ataque e ansiedad, posteriormente, se le muestra por ejemplo,

cómo la hiperventilación provoca esos mismos ataques y cómo automáticamente can asociados a la interpretación catastrofista.

Se pueden utilizar técnicas de control de la respiración y del desarrollo de otro tipo de pensamientos menos amenazante y más adecuados como respuesta a los síntomas corporales.

Se inicia con la “entrevista socrática”, evitando el asesoramiento directo, los consejos moralizantes o los juicios de valor. La entrevista directiva se centra en hechos reales y acontecimientos concretos, intentando delimitar lo más posible el tipo de cognaciones asociados a cada situación amenazante. Posteriormente se pasa por la reestructuración cognitiva del paciente (reordenación de su pensamiento). Identificado el pensamiento asociado al suceso, se puede analizar hasta que punto éste es inadecuado o exagerado, descubriendo sus efectos negativos sobre las conductas y sentimientos. Una vez conseguido, se anima al paciente a considerar otras hipótesis menos amenazantes ara explicar los síntomas.

- **PSICOTERAPIA TIPO CONDUCTUAL:**

Una determinada conducta puede entenderse como una respuesta condicionada a un estímulo. Se trata de descondicionar algunas conductas del sujeto o bien condicionarle para el aprendizaje de otras formas de respuesta más adecuadas. Son tratamientos directivos, no se pone énfasis en el mundo interno o desarrollo personal del paciente.

Algunas técnicas son:

- **Desensibilización Sistemática (Wolpe):** se sustenta en el concepto de “inhibición recíproca”. Se asocia una situación placentera e incompatible con la angustia, generalmente la relajación, con estímulos o pensamientos que hayan generado ansiedad. El sujeto elabora una lista de estímulos de menor a mayor potencial para generar ansiedad, luego mientras se encuentra relajado, se le pide que vaya imaginando progresivamente esas situaciones. Si aparecen signos de intranquilidad se vuelve a la situación anterior para seguir con posterioridad una vez tranquilizado. Se termina con exposición en vivo, es decir, confrontando en la vida real la situación amenazante.
- **Implosión o Inundación:** se confronta al paciente durante un período de tiempo relativamente dilatado con la situación amenazante, aparece un alto nivel de ansiedad que poco a poco va cediendo por extinción o agotamiento.

- **PSICOTERAPIA DE APOYO:** es la más empleada, con gran utilidad en cuadros agudos.

Se recurre a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares de cada caso.

Es muy importante crear una relación terapéutica de confianza

Se investigan distintas soluciones, haciendo especial hincapié en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, se intentan reforzar las defensas del “ego” del paciente (los mecanismos psicológicos para defenderse de la ansiedad y adaptarse). Incentivar el cambio personal en lo estilos de vida más desadaptados.

En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones del paciente, en aspectos personales, familiares o profesionales.

Se intenta evitar una relación de dependencia.

ABORDAJE DE FAMILIA O PAREJA: no son específicos para el trastorno de ansiedad, pero sí puede ser de interés que algún familiar directo conozca el trastorno e incluso ofrezca su colaboración.

9. **ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN PERSONAL** *¿Qué puedo hacer por mí mismo?*

Hay un gran número de técnicas que podemos utilizar por nosotros mismos para superar las dificultades, pero todas parten de una palabra: **CONFIANZA**

- Confía en ti mismo y tus capacidades
- Confía en los demás y en su ayuda, evita el aislamiento
- Confía en los profesionales
- Confía en que el trastorno de ansiedad no deteriorará irreversiblemente tu salud corporal y mental, mejorará de forma importante

Si confías en ti mismo y en los demás podrás poner toda una serie de técnicas y trucos ante una nueva crisis de ansiedad, para relajarte, para mejorar tu sueño, para ver la botella medio llena, para superar el miedo a salir de casa, relacionarte con otras personas, tener en cuenta a tu familia, manejar el uso de alcohol y tabaco, mejorar tu sexualidad....

- *¿Qué hago ante una nueva crisis?*
 - Reconocer que es una crisis de ansiedad como la que ya has vivido antes, que aunque parece eterna y fatal, en realidad, acaba y tiene remedio.
 - No te centres en su duración, sabes que el pico más alto llega en minutos y después baja.
 - Si estás con un grupo de personas, ¡Basta de alarmismos! ¡Basta de vergüenzas!. Puedes decir que estás indispuerto y alejarte del lugar hasta encontrarte mejor, o pedir a alguien de tu confianza que te ayude.

- Si estás solo, no busques ayuda inmediata (llegará cuando los síntomas han mejorado). Puedes llamar a una persona de tu confianza y pedirle que te llame en cinco o diez minutos.
- No te centres de forma sostenida en los síntomas, fíjate en aquellas partes de tu cuerpo que no estén alteradas, trata de relajar lo máximo posible.
- Puedes distraerte con estímulos del ambiente, mira a tu alrededor, cuenta los libros que tienes en las estanterías, suma las matrículas de los coches.
- Acuérdate de respirar de forma pausada, sin inspiraciones profundas, sin hiperventilar:
 - Recuerda que la sensación de falta de aire es más subjetiva que real.
 - Nadie se ha muerto en una crisis de ansiedad. Es imposible. Incluso si pierdes el conocimiento por una respiración forzada, tu propio organismo regulará el ritmo respiratorio, volviendo a la normalidad.
 - A pesar de la sensación de falta de aire, no aceleres el ritmo ni respires más profundamente, respira por la nariz y con el diafragma.
 - Si no conseguimos manejar la respiración y aparece el mareo y entumecimiento, podemos respirar manteniendo una bolsa de papel sobre la nariz y boca. De esta manera, volvemos a reintroducir en los pulmones parte de los gases que hemos forzado a expulsar durante la respiración.
 - Si te late el corazón muy deprisa, recuerda que no significa un inminente ataque cardíaco. Espera y comprueba como tu corazón recupera progresivamente su ritmo normal.
 - Si te asusta mucho, el ritmo rápido de tu corazón, puedes probar la técnica llamada “Reflejo de Valsava”: aumenta la presión del abdomen sacando con fuerza la tripa durante 3 o 5 segundos, con lo que el corazón disminuirá rápidamente su frecuencia en latidos, si quieres lo puedes repetir una docena de veces.
 - Hemos escuchado lo de “ponte la pastilla debajo de la lengua”, farmacológicamente no es más eficaz que tomársela directamente, la absorción es muy similar, tarde un tiempo, generalmente algo mayor que la duración de la crisis. Atribuir la mejoría a la pastilla en su inicio es una equivocación, pues por rápida que sea la absorción la mejoría también se produciría sin ella.
 - Tomar la pastilla, puede ser de ayuda en las personas que temen mucho a la crisis, que estas duren mucho tiempo o estén seguidas de un estado de ansiedad importante que limite mucho su funcionamiento, bajo el riesgo de la dependencia y en un estado de hipervigilancia continua.

- **¿Qué hago para relajarme?**

Vamos a ver dos técnicas diferentes de relajación, una encaminada a la respiración y otra focalizada a los músculos en general.

Respiración Abdominal

Cuando estamos relajados solemos respirar de 12 a 16 veces por minuto, cuando estamos en un estado de ansiedad, nuestra respiración es superficial y entrecortada, movilizamos solo la parte superior del pecho pero la parte baja de los pulmones no son ventilados.

Para favorecer la ventilación completa de nuestros pulmones necesitamos un gran musculo llamado Diafragma.

La respiración profunda o diafragmática no solo mueve el pecho sino que desplaza el abdomen cada vez que tomamos y expulsamos aire.

Se ventilan los pulmones en su totalidad con mejor oxigenación de la sangre.

Es sencilla y rápida de aprender, la podemos usar cuando estemos tensos.

- Limpia y mantén abierta la nariz
- Dirige tu atención a los movimientos respiratorios, probablemente comprobarás que se mueve más el pecho
- Coloca tus manos en la tripa y toma aire lentamente por la nariz, comprueba que las manos son empujadas por el abdomen. Haz una pequeña pausa y suelta el aire por la boca, las manos vuelven a su postura inicial
- Repite sin apresurarte, una respiración profunda y rápida será negativa por el riesgo de hiperventilación.
- Mantén esta respiración durante unos minutos.
- Aprovecha para repetirte internamente frases como “Me estoy tranquilizando”, “Puedo manejarlo”, “Soy capaz de afrontar la situación”, lo que a ti te tranquilice y motive más.

Relajación Muscular

Concentración – relajación progresiva de los distintos grupos musculares. Su aprendizaje lleva más tiempo, practicar todos los días 10-15 minutos por la mañana y por la tarde.

Durante un par de minutos inicie la relajación muscular con varias respiraciones abdominales, mientras se dice a sí mismo “voy a relajarme”. A continuación recorra las distintas partes del cuerpo mentalmente según las siguientes instrucciones:

- Extiende los pies todo lo que puedas, doblando los dedos hacia delante. Siente la tensión durante unos instantes y luego relaja los músculos disfrutando y atendiendo a esa sensación de alivio y bienestar. Repite tres veces.
- Respire abdominalmente un par de veces.
- Contrae con fuerza la pantorrilla, y luego relaje, siente la tensión y luego el alivio tres veces.

- Sube hacia arriba y contrae los muslos, siente la tensión y el alivio, tres veces.
 - Contrae y relaja las nalgas, tres veces.
 - Un par de respiraciones abdominales.
 - Contrae y relaja la parte inferior de la espalda, tres veces, concéntrate en las sensaciones. Respira pausadamente e imagina que tus piernas pesan más, al irse relajando notas que se apoyan más sobre el suelo, como si realmente pesarán más. Respira profundamente, un par de veces.
 - Pon dura la tripa y luego relaja, tres veces. Respira e imagínate el abdomen cada vez más flojo.
 - Cierra los puños y relaja, tres veces.
 - Contrae los músculos del brazo y relaja, tres veces.
 - Un par de respiraciones pausadas y profundas. levanta con fuerza los hombros y déjalos caer, siente la tensión y luego la agradable sensación de la relajación. Tres veces. Respira.
 - Contrae las paletillas de la espalda con fuerza, tres veces. Respira.
 - Contrae la nuca y relaja.
 - Gira el cuello a la derecha y relaja.
 - Gira el cuello a la izquierda y relaja.
 - Un par de respiraciones profundas.
 - Arruga la frente, arquea las cejas, cierra con fuerza los ojos, arruga la nariz, aprieta las mandíbulas, aprieta los labios, pega con fuerza la lengua al paladar. Respira profundamente y disfruta al sentir como su cabeza cada vez pesa más hundiéndose sobre el cojín.
 - Recorra mentalmente su cuerpo, nota la sensación de pesadez y ligero calor, te dices “Estoy tranquilo”.
 - Mueve lentamente brazos y piernas, abre los ojos y levántate lentamente.
-
- **¿Qué hago para mejorar mi sueño?**

El sueño es un estado natural y necesario para la recuperación del organismo y se repite en ciclos, estos ciclos pueden ir desajustándose sin que nos demos cuenta, debemos ser muy cuidadosos en el mantenimiento de un adecuado ritmo.

No todas las personas necesitan la misma cantidad de sueño, incluso en nosotros mismo podemos tener temporadas que con un menor tiempo de sueño nos es suficiente.

En general, con la edad se duermen menos horas y el sueño es algo más ligero con más despertares durante la noche. Pueden aparecer ronquidos y contracciones de piernas o brazos.

- Si pasamos más tiempo en la cama del que necesitamos podemos aumentar el sueño superficial y fragmentado. Mejor estar el tiempo necesario y nomás.
- Evita las siestas pues altean el ritmo corporal del sueño.
- Levántate a la misma hora, favorece la regularidad del sueño.

- Aunque no hayamos dormido, nos levantaremos, incluso fines de semana.
- Evitemos lo más posibles ruidos del exterior.
- Temperatura de la habitación ni muy alta ni muy baja.
- Nos vamos a la cama un rato después de una cena ligera, ni tras comilona ni con hambre.
- Un vaso de leche templada nos ayudará.
- Si bebemos mucho a última hora de la tarde, nos levantaremos varias veces a orinar, tampoco dormirse con la boca seca.
- Las bebidas con cafeína y el tabaco, alteran el sueño.
- El alcohol puede favorecer el inicio del sueño, pero lo altera de forma importante.
- El ejercicio físico nos ayuda a regular el sueño, no lo favorece el ejercicio ocasional ni extremo.
- Busca rutinas a la hora de dormir.
- Evita actividades excitantes o que mantengan tu atención como la TV.
- Si hay días que no consigues dormir, no te alteres, tómalos con calma. El insomnio es desagradable pero no especialmente peligroso. Acéptalo, cuanto más te actives menor te relajas. No te quedes dando vueltas en la cama, levántate y haz algo poco interesante que te distraiga, puedes practicar la relajación.
- Si hoy no duermes, mañana puede que duermas mejor.

- **¿Qué hago para ver la botella medio llena?**

Es frecuente que como personas aquejadas con trastorno de ansiedad nos mostremos pesimistas y tendamos a rumiar cada pequeño aspecto de nuestra vida desde la más negra de las perspectivas posibles, nos imaginamos dificultades sin solución y anticipamos siempre desenlaces fatales.

Esta predisposición se ve agravada por un estado depresivo añadido o por características de personalidad previas.

Nos podemos mentalizar y pensar que en muchas ocasiones estamos exagerando y dando demasiada importancia a temas que no lo requieren, eso lo sabemos, pero nos sentimos incapaces de frenar esos pensamientos.

Intentemos ver algunos aspectos positivos de la vida y valorémoslos.

Hay que esforzarse todos los días en encontrar algo bueno en nuestra vida.

- **¿Qué hago para superar el miedo a salir de casa?**

- Sin prisas, pero sin perder tu objetivo: enfrentar en vivo lo que te asusta ahora.
- De manera escalonada.

- Primero imagina las situaciones temidas en casa. Antes de comenzar relájate, luego imagina una situación, por ejemplo, un centro comercial, imagina el ambiente (ruidos, gente, etc), imagina los síntomas que tendrías si realmente estuvieses allí, deja que suba un poco tu ansiedad, luego relaja, para continuar desde donde lo dejaste.
- Después de conseguido perder el temor mediante la imaginación, hacemos lo mismo en vivo. Puede que al principio necesites la compañía de alguien de confianza. Marca objetivos escalonados, de menor a mayor grado de miedo.
- Dedica un tiempo diario a los ejercicios.
- No aceleres en los objetivos ni tareas, pueden ocurrir recaídas que reforzaran la evitación. Objetivos de uno a uno, solo una vez conseguido el primero se pasará al segundo.

- **¿Cómo relacionarme con otros?**

- Tener en mente, las ventajas que conlleva no aislarme por miedo o vergüenza. Las relaciones sociales proporcionan un importante sentimiento de compañía, aumenta la autoestima, ayuda a ampliar y relativizar nuestros propios puntos de vista. Es una de las principales fuentes de ayuda.
- La compañía nos ofrece la oportunidad de pedir ayuda y de ayudar, de esta forma, nos sentimos útiles y comprobamos lo importantes que podemos llegar a ser para los demás.
- El trabajo fuera de casa es una fuente de contacto social, si no trabajamos fuera de casa, tenemos que tener especial cuidado en proporcionarnos las oportunidades, por ejemplo, ir a la compra de forma diaria o apuntarnos a un taller que nos gusta.
- Tenemos que tener especial cuidado con nuestra familia, pues las tensiones que se generan pueden deteriorar nuestra relación con ella. Habla con tu familia directa y sinceramente, lo más que puedas, di el tipo de ayuda que necesitas en cada momento, teniendo en cuenta que ellos también tienen sus propias necesidades y, a veces, no llegan a comprender bien nuestra situación. Sea como sea, son fuente de ayuda y colaboración.
- Preocuparse, atender y dedicar un tiempo de forma altruista a su familia es una de las mejores formas de aumentar nuestra autoestima.

- **¿Puedo hacer ejercicio?**

- La respuesta es SÍ, teniendo en cuenta que debemos escoger el ejercicio que más se ajusta a nuestras necesidades y estado físico.
- Comienza progresivamente.
- Si ves que tu corazón se acelera, rebaja el esfuerzo físico y continúa.
- Queda con un compañero, ayuda a disminuir los abandonos.

- **¿Qué hago para mejorar mi sexualidad?**
- No intentes forzar la situación, para mantener relaciones satisfactorias necesitamos una dosis de espontaneidad, es complicado conseguir una relación plena mientras nuestra cabeza está pensando si lo conseguirá o no, si dará la talla o si mi pareja quedará satisfecha o no.
- Comenta las dificultades con tu pareja, explica que tu aparente desinterés no se debe a un alejamiento afectivo, sino por tu propio estado personal.
- Recuerda que no es necesario que siempre los dos miembros de la pareja queden totalmente satisfechos.
- Si las dificultades se derivan directamente del temor a sufrir una crisis durante la relación sexual, por un incremento del ritmo cardíaco o de la respiración, puedes actuar como en cualquier otro miedo. Toma tiempo suficiente para ir enfrentando poco a poco tus sensaciones, si consideras que te estás activando demasiado, coméntalo con tu pareja y descansa un rato. Cuando recuperes un mayor control de la situación, prosigue. Si no lo consigues el primer día, no te desanimes, es lógico.

Charles Darwin, descripción del miedo en 1896.

“...los ojos y la boca se abren más de lo normal y las cejas se elevan. Al principio la persona se queda quieta como una estatua, inmóvil y sin respiración, también puede agacharse como si instintivamente quisiera pasar desapercibido. El corazón late deprisa y de forma violenta, como si golpease contra las costillas... enviando gran cantidad de sangre por todo el cuerpo; la piel se pone inmediatamente pálida y puede aparecer una ligera sensación de desmayo. La palidez de la cara se debe en gran medida o totalmente a que los centros que regulan el sistema circulatorio se ven afectados y causan la contracción de las pequeñas arterias de la piel. Que la piel se ve muy afectada por la sensación de miedo, podemos observarlo en la forma maravillosa e inexplicable en que súbitamente transpira. Esta es una de las características más llamativas, ya que la cara después se enfría derivando de aquí el término sudor frío; una vez que la cara recupera el calor, las glándulas sudoríparas vuelven a activarse. El vello de la piel se eriza y los músculos más superficiales se ponen en tensión. A la vez que el corazón aumenta su actividad, la respiración se acelera. Las glándulas de la saliva actúan de forma irregular, la boca se seca, abriéndose y cerrándose repetidas veces. También he notado que en situaciones de miedo leve aparece una fuerte tendencia a bostezar. Uno de los síntomas más claros es el temblor de los músculos del cuello, que aparece en primer lugar en los labios. Por esta razón y a causa de la sequedad de boca, la voz se hace diferente, aparece ronca o puede fallar.

A medida que el miedo aumenta de intensidad acercándose al terror, podemos apreciar diferentes consecuencias en función de las violentas emociones a las que estamos sometidos. El corazón late de forma salvaje o fallar y producir desmayo; la palidez es semejante a la de la muerte; se respira trabajosamente; las aletas de la nariz se abren de forma marcada; aparece un movimiento tembloroso y convulsivo de los labios, un temblor en las mejillas, ...la garganta necesita aclararse continuamente, ...las pupilas están muy dilatadas. Los músculos del cuerpo se ponen rígidos o pueden empezar a moverse de forma convulsiva...”