

Pánico, un trastorno inesperado y complejo

Por Janet Cacelín

Ciudad de México. 26 de enero de 2018 (Agencia Informativa Conacyt).- El primer ataque de Armando sucedió poco después de haber terminado su examen profesional. Un día, mientras manejaba cerca de su universidad, sintió un fuerte dolor en el pecho, sudoraciones, confusión y dificultad para respirar. Espantado, con un estado de alerta extremo y con un evidente miedo a morir a causa de un evento cardiovascular, logró llegar a una clínica donde después de realizarle diversos estudios, para su asombro, descartaron que su corazón tuviera una falla.

Ese fue el comienzo de una serie de episodios que regresaban en el momento más inesperado en la vida de Armando y cada vez con mayor frecuencia. Llegó a tenerlos hasta cada tercer día y los síntomas se volvían más alarmantes: angustia extrema y claustrofobia.

“Estuve casi seis meses sin hacer otra cosa que buscar qué tenía. Yo hice mi propia investigación y me fui dando cuenta con qué se relacionaban estos síntomas. A veces terminaba pensando que tenía cáncer”, contó Armando.

Después de un largo tiempo sin respuestas, Armando fue diagnosticado con trastorno de pánico.

Según el [National Institute of Mental Health](#) (NIMH), el trastorno de pánico o angustia es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por episodios inesperados y repetidos de intenso miedo, acompañados por síntomas físicos que pueden incluir dolor en el pecho u opresión —que no llega a interpretarse como dolor torácico—, palpitaciones que las personas refieren como vuelcos en el corazón, aceleradas del corazón, taquicardias o incremento del ritmo cardíaco como síntoma asociado pero independiente a las palpitaciones, falta de aire, mareos, angustia o molestia abdominal; además de sudoración, sensación de desmayo, sensación de frío o calor, como parte del cortejo de síntomas mediado por el sistema nervioso autónomo.

En este trastorno, los episodios sucesivos de terror aparecen acompañados de cambios en el comportamiento del individuo y de una preocupación continua por que se produzcan nuevos ataques de pánico.

De acuerdo con el doctor Omar Minaya, médico psicogeriatra por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, la palabra pánico es la expresión para describir el miedo intenso, pero en el caso de un ataque de pánico, la experiencia es tan repentina, inesperada e involuntaria que generalmente remite a la formación de fantasías de muerte inminente.

“El trastorno de pánico está clasificado dentro de los trastornos de ansiedad. Este es un padecimiento muy discapacitante, puede tener un curso crónico y, aunque hay personas que en su vida presentan una sola crisis, muchos pacientes pueden presentar recaídas incluso después de un buen tratamiento y de haber sido dados de alta médica. Cuando una persona presenta dos o más crisis de angustia en un mes, es cuando lo tipificamos como trastorno”, señaló.

En México, este trastorno es frecuente. De acuerdo con estudios realizados en el [Instituto Nacional de Psiquiatría](#), se observó que, entre la población mexicana, los trastornos de ansiedad son muy prevalentes, incluso por encima de los trastornos del afecto y por alcohol.

De acuerdo con la investigadora Patricia Campos Coy, investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría, la prevalencia en México es de 1.1 por ciento en hombres y 2.5 por ciento en mujeres.

“Aunque pareciera poco, esto representa un gran número de personas que padecen este tipo de trastornos. Es diferente de si alguien tiene miedo a subirse a un avión o la lluvia, etcétera, porque ahí puedes presentar una crisis de ansiedad, pero si dejas de estar cerca de ese estímulo, no se presenta el problema. Por el contrario, en el trastorno de pánico se presentan de forma inesperada, sin importar dónde estés”, detalla la doctora Campos.

De acuerdo con el doctor Minaya, en un estudio poblacional donde se incluyeron personas de 18 años y más, se encontró que había sufrido al menos una experiencia de pánico 28.3 por ciento de una muestra de más de nueve mil personas, de las cuales, 1.1 por ciento cumplió con criterios diagnósticos de trastorno de pánico con el desarrollo de agorafobia.

En el mismo estudio, se encontró que 3.7 por ciento desarrolló el trastorno de pánico sin agorafobia; 0.8 por ciento desarrolló el ataque de pánico con agorafobia, pero sus crisis no fueron tan fuertes para llegar a la categoría de trastorno, y 22.7 por ciento presentó un ataque de pánico aislado, al menos una sola vez en su vida sin desarrollar agorafobia.

De forma general, las mujeres llegan a presentar casi dos veces más este tipo de trastorno que los hombres. Según explica el doctor Minaya, la razón puede estar ligada al sistema de la catecol-O-metiltransferasa, que está implicado en el metabolismo de la noradrenalina y la adrenalina y que tiene que ver con alguna vulnerabilidad genética. Sin embargo, aunque no hay un único gen implicado en esta enfermedad, es importante mencionar que se ha estimado una tasa de heredabilidad de 30 a 40 por ciento.

De acuerdo con el doctor Minaya, este trastorno puede causar una discapacidad importante en las personas, sobre todo en aquellas que presentan una condición secundaria a la experiencia de la angustia, llamada agorafobia, que es el temor intenso de que se repita una crisis de angustia, en donde la persona se sienta desvalida, atrapada en una vivencia catastrófica.

La doctora Campos coincide y agrega que gente cercana a los pacientes, como familiares, puede considerar que una persona es capaz de controlarse pero en realidad no, porque hay todo un mecanismo biológico a nivel del sistema nervioso que está actuando para que esas crisis se presenten y persistan.

“Es como si fuera una alarma descompuesta. Las crisis se van a presentar, aunque aparentemente no haya nada en el medio ambiente que las esté propiciando. Hay personas que limitan mucho su vida, deciden dejar de salir a la calle por el temor a que se presenten las crisis”, señaló.

Algo similar le sucedió a Armando. Después de los primeros cuatro ataques de pánico y de tratar de retomar su vida sin éxito, sus papás lo tuvieron que llevar a vivir con ellos porque claramente no se encontraba bien.

“Con mi familia era muy complejo porque no sabían qué tenía y les embargaba la preocupación de no saber qué hacer. Se vuelve algo que va contaminando el entorno familiar”, dijo.

El problema llegó a extenderse a las actividades sociales: “A veces me sentía inhabilitado para poder realizar actividades. Se vuelve una situación compleja incluso en el tema social. Empiezas a adentrarte en tu enfermedad y como no le encuentras respuesta, pues te empiezas a resguardar en ti mismo”.

¿Por qué se generan esos síntomas y por qué es tan difícil controlarlos?

Minaya señala que en un ataque de pánico hay un incremento en la actividad de la vía simpática del sistema nervioso autónomo, parte del sistema periférico e involuntario de la regulación nerviosa, la cual hiperfunciona como un sistema de alarma fallido liberando inapropiadamente adrenalina y noradrenalina al torrente sanguíneo, catecolaminas que pueden ser sintetizadas en el sistema nervioso central, el corazón y las glándulas suprarrenales, por lo cual al trastorno de pánico también puede llamarse “crisis simpática”.

Las dimensiones sintomáticas de un ataque de pánico se pueden dividir para una mejor comprensión en subjetivas y objetivas. Las experiencias subjetivas hacen referencia a síntomas como el miedo, sensación de desconcierto, no saber qué está pasando y aprehensión. Dentro de la subjetividad de la experiencia, hay una parte más cerebral que tiene que ver con la activación de ciertos pensamientos, debido a que los pacientes con crisis frecuentemente revelan que piensan que se van a morir, o tienen la sensación de que van a perder el control o van a enloquecer. Porque lo que se desencadena psíquicamente y corporalmente no lo pueden controlar.

La dimensión objetiva o somática hace referencia a lo corporal, donde hay una excitabilidad general del organismo, en donde no solo aparecen síntomas cardíacos, hay otros como los gastrointestinales: náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal. Otros sistemas que se ven afectados son el musculoesquelético por la presencia de dolor en alguna parte del cuerpo, síntomas vestibulares como el mareo y sensación de parálisis.

Ana Paula Mauret, de 58 años de edad, comenzó a sufrir ataques de pánico en 2007. En entrevista, asegura que comenzaron justo cuando murió una de sus hermanas, y piensa que ese factor fue un detonante. Curiosamente, dejó de tenerlos cuando otra de sus hermanas falleció.

“Cuando me pasaban esos ataques eran en el trabajo o en un taxi, una vez en la carretera y alguna que otra vez en mi casa, en mi cama. Pero en todas sientes que te vas a morir. Cuando te dan ataques de pánico, te mareas y desconcentras. Entonces lo que sirve son técnicas para estar concentrado. Estos ataques duraban alrededor de 20 minutos. A veces en ese tiempo se quita y te vuelve a dar otro”.

Cuando sus ataques comenzaron a ser más esporádicos, en Ana quedó el temor de que la sorprendieran en algún momento inesperado, por lo que, como un ritual, siempre llevaba consigo los medicamentos que usaba.

“Ahora, si me da algún ataque de pánico, no tengo ningún medicamento ya, pero ahora sé que si me vuelve a pasar, no me va a pasar nada”, señaló.

Comorbilidad con más enfermedades

De acuerdo con Minaya, este padecimiento tiene comorbilidad psiquiátrica con trastornos como: el trastorno de ansiedad generalizada; la fobia social, que es altamente frecuente en niños y adolescentes; la fobia específica; el trastorno por estrés postraumático, y el trastorno obsesivo compulsivo. También es común en personas con trastornos afectivos como la depresión mayor y la bipolaridad. Aquellos que consumen sustancias psicoactivas son más propensos al desarrollo de trastornos ligados al pánico.

Existen, además, trastornos ligados al pánico pero que su origen no es psiquiátrico. A estos se les llama trastornos de pánico secundarios por causas médicas. Las causas pueden incluir el uso de medicación, como algunos antibióticos como las fluoroquinolonas, o los corticoides, la mefloquina, la isotretinoína y el rimonabant que pueden desencadenar una reacción de pánico. El lactato se ha utilizado para inducir ataques de pánico de manera experimental en investigación.

Desde el punto de vista cardiológico, debido a que muchos de los síntomas asemejan los síntomas de infarto al miocardio, las personas acuden a servicios de emergencia y en muchos se descarta alguna afección cardíaca, pero en un gran porcentaje de pacientes se ha demostrado que un prolapso en la válvula mitral puede provocar un origen extracerebral de un ataque de pánico y muchos otros con lesiones cardíacas preexistentes pueden sufrir un ataque de pánico, lo que desencadena una crisis de angina de pecho o culminar en un infarto al miocardio.

“En origen cardíaco, como sería en el prolapso de la válvula mitral, puede provocar o desencadenar la reacción de pánico. A veces sucede sin que el paciente sepa que tiene una lesión cardíaca preexistente y esto se diagnostica con posterioridad a partir del estudio multidisciplinario del trastorno de pánico”, detalló el doctor Minaya.

Otras condiciones ligadas al trastorno de angustia son los problemas hormonales. La detección de problemas tiroideos, generalmente se encuentra con una alta prevalencia en los trastornos de ansiedad.

Gamaliel Machuca, de 28 años, fue diagnosticado hace un año, poco tiempo después de haber tenido un problema en el corazón.

“Yo tuve pericarditis, se me inflamó el pericardio y comenzaron a darme como síntomas de infarto. Lo que pasó es que no me di cuenta cuándo esta cuestión del corazón se convirtió en un trastorno de ansiedad. Porque pensaba que de verdad estaba teniendo los síntomas”, señaló.

Para Gamaliel, lo más difícil en estos meses ha sido separar lo que realmente es un síntoma físico con uno psicológico.

“El primer semestre sí afectó mi calidad de vida bastante porque no podía viajar en Metro, no podía estar en lugares donde hubiera mucha gente, en situaciones estresantes me ponía muy mal, inclusive ejercicio físico me ponía mal porque en el momento en que se me empezara a acelerar el ritmo cardíaco, yo asumía que algo malo me iba a pasar y eso desencadenaba otro malestar y luego se desencadenaba el ataque de pánico”, contó.

Se puede decir que es el trastorno psiquiátrico más médico de todos los trastornos psiquiátricos porque la dimensión corporal es tan compleja e importante, que se ha hecho investigación muy fina en donde se ha podido describir la compleja neurobiología del trastorno. No obstante, según la experiencia de Minaya entre sus propios pacientes, la tasa de recaídas es de aproximadamente 35 por ciento.

Fármacos y técnicas de respiración para eliminar los ataques

Como abordaje para este trastorno, los expertos coinciden en que es importante que los pacientes sean estudiados multidisciplinariamente y que de acuerdo con sus características individuales pueden llegar a requerir pruebas médicas y laboratorios clínicos especializados, el uso de psicofármacos y fármacos de otras especialidades, como los usados en cardiología o endocrinología; pero también desde el punto de vista psicoterapéutico, como terapia cognitivo conductual y la psicofisiología aplicada, en esta técnica se trabaja con las respuestas fisiológicas que se ven alteradas cuando hay una crisis.

“Como que alguien sude mucho o que su corazón esté latiendo muy rápido o que su respiración se acelere, entonces les vamos enseñando diferentes técnicas de respiración para que las personas aprendan a regularlas. Cualquier tipo de tratamiento debe tener la característica de que la persona tratada considere que está recuperando el control que siente que ha perdido cuando las crisis se empiezan a presentar, eso es algo fundamental para que la terapia funcione”, señala Campos.

Es muy importante trabajar en la regulación y el autocontrol porque el día que el doctor dé de alta a un paciente que recibía fármacos, no va a tener la preparación para autocontrolarse.

Armando buscó una alternativa a la medicación y, con ayuda de la doctora Patricia Campos Coy, comenzó un tipo de terapia que le ha sido de mucha utilidad.

“Lo que hicimos con la doctora Campos fue desasociar los males físicos que propicia el mismo mal. Empezamos con unas terapias que consistían en una respiración diafragmática que me permite ir

controlando tanto el ritmo cardiaco como la atención que tenía sobre mi padecimiento. Ya no estaba alerta de qué más me iba a pasar sino estaba pensando en controlar”, contó Armando.

Campos explica que el manejo de la respiración es fundamental pero, aunque pareciera que es algo muy simple, su complejidad radica en aprender a regular la respiración porque impacta el sistema cardiovascular y el sistema nervioso autónomo, ambos involucrados en la presencia de este tipo de síntomas.

“Es aprender a respirar diafragmáticamente, pero no podemos hacerlo sin ninguna supervisión, sobre todo cuando hay un trastorno. A nivel cardiovascular, cuando se hace una respiración profunda, lo que se logra es algo que se conoce como una arritmia sinusal respiratoria, lo que quiere decir que el corazón va a incrementar la variabilidad que tiene entre latido y latido, es algo muy saludable y que ayuda mucho. Nosotros les vamos diciendo cómo lograr esta arritmia, por ejemplo, cuando una persona inhala, su frecuencia cardiaca aumenta un poquito, y al momento de exhalar, su frecuencia cardiaca disminuye”, señaló Campos.

Campos afirma que con esto se está armonizando la actividad tanto del sistema nervioso autónomo como del sistema cardiovascular y respiratorio. Haciendo esto bien y supervisado, en poco tiempo las personas se dan cuenta de que esto que creían fuera de su control, en realidad no está fuera de su control porque respirando de esta forma se va revirtiendo el efecto.

Armando encontró maneras de relajar los músculos, el cuerpo y darse cuenta que existen herramientas a su disposición para poder hacerle frente al mal.

“Llevo cerca de 10 años con esto y así como evoluciona uno como persona y con herramientas para darle pelea a esto, también este tema regresa consecutivamente y se va manifestando de maneras distintas y hay veces que uno tiene que regresar otra vez a la terapia. A mí lo que ahora me sucede es que me dan episodios de hipertensión con la ansiedad y es algo que es muy complicado darse cuenta. Yo me tuve que hacer estudios para saber si no tenía hipertensión tipo 2 u otro padecimiento, pero simplemente es otra manifestación de la angustia y que debo volver a hacer los ejercicios que me permitan parar la angustia”, dijo Armando.

En México, se han desarrollado investigaciones sobre este tema tanto en el área biológica como genética, además de desarrollos terapéuticos y farmacológicos. Sin embargo, la doctora Campos asegura que es necesario generar más investigaciones tanto en los aspectos psicosociales, neurogenéticos, biológicos, conductuales.

Desde México se va avanzando en el tipo de tratamiento, también en los fármacos donde se busca cuáles son los que tienen menos efectos colaterales y cuáles son más efectivos. También por el lado de la psicoterapia, cuáles son las herramientas que más ayudan para que en poco tiempo el paciente pueda estar bien.