

ALGUNOS ASPECTOS PSICODINÁMICOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Luis Yllá Segura Catedrático jubilado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco/EHU

SUMMARY

The term “anxiety” evokes biological, psychoanalytical and behavioural variables which sometimes confuse professionals in Mental Health. It is to these professionals that this article is directed.

KEY WORDS

Anxiety, psychoanalysis.

RESUMEN

El término de ansiedad evoca variables biológicas, psicoanalíticas y comportamentales que a veces confunden al profesional de la Salud mental, a quienes va dirigido este artículo.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, psicoanálisis.

1. LA DIVERSIDAD DE LAS DEFINICIONES

Cuando hablamos de angustia, ansiedad o trastorno de pánico los psiquiatras nos referimos a múltiples formas de enfermar caracterizadas por diversas manifestaciones de dicha angustia.

En principio sin embargo la angustia tiene también una función adaptativa¹ como es provocar la formación de mecanismos de defensa que interfieran y frenen la impulsividad instintiva y con ello el peligro de que el Yo se vea inundado y sobrepasado por dichos impulsos o por sentimientos desagradables como la culpa, vergüenza, etc. (angustia señal). Con otras palabras, la angustia o ansiedad es al plano psíquico lo que el dolor es al plano corporal: una señal de aviso de que algo va mal.

La angustia se podría definir como “un temor a algo desconocido” o sea inconsciente. Si el motivo de ese temor es conocido no se llama angustia, sino miedo.

La ansiedad y la angustia son casi lo mismo aunque con matices distintos. En otros idiomas no se diferencia entre angustia y ansiedad. Para nosotros la angustia es un sentimiento que casi siempre es patológico en cuyo caso tiene un gran anclaje corporal, es decir, se vive como muy corporalizado (al igual que el dolor) y que nos paraliza y nos deja quietos, como protegiéndonos de un supuesto infarto de corazón o algo por el estilo; lo vivimos como una reacción de “sobrecogimiento”. Algunos animales quedan como paralizados cuando se asustan o sienten un peligro otros tienden a sobresaltarse y echan a correr o luchan; en estos casos la reacción es de “sobresalto”. Las personas podemos reaccionar de las dos maneras según la persona o la situación. Decíamos que la persona angustiada tiende a reaccionar con sobrecogimiento, queda como paralizada y parece protegerse el pecho encogiéndose. La ansiedad parece mas bien un sentimiento unido al sobresalto: se respira jadeando o suspirando y la persona con ansiedad tiende a moverse, a hacer aspavientos; es el clásico padre que espera que su mujer termine el parto en el paritorio y pasea por el pasillo del hospital como un león enjaulado o el estudiante que espera entrar en el examen. Pero en los trastornos psiquiátricos, no siempre es fácil diferenciar la angustia de la ansiedad por lo que muchos psiquiatras no creen necesario distinguirla.

Al igual que en las depresiones y en todos los demás trastornos psiquiátricos, el lado biológico de la persona tiene una importancia difícil de negar y de exagerar. Ciertamente el correlato de la angustia o ansiedad desde el punto de vista neurobiológico, tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafe y Locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia y otras como el Hipocampo y Amígdala pertenecientes al Sistema Límbico en donde las emociones se modifican.

El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria mas importante y a veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante en este sentido, pues en estrecha interacción con la adrenalina y dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Para terminar ciertas hormonas que tienen un papel destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) son también

¹ “Adaptativo” quiere decir en biología que sirve para mejorar la supervivencia del individuo o de la especie. En este caso nos referimos evidentemente al individuo.

importantes en el tema que nos ocupa. Todo esto, que evidentemente hace referencia al funcionamiento neurofisiológico, neuroquímico y hormonal del Sistema Nervioso Central, no tiene aquí mas interés que el de su mención y de dejar constancia aunque solo sea en forma nominativa testimonial, de la importancia de los factores biológicos en todo lo referente a la angustia.

Este es el motivo por el que la medicación adecuada en este tipo de enfermedades es necesaria y sin duda eficaz, aunque por otra parte si los tranquilizantes se toman mas de un par de meses, pueden empezar a ser peligrosos. Por esto y como ocurre en otros trastornos, no es útil ni prudente ignorar los factores psicológicos, sin los cuales, sería mucho menos probable que se desencadenasen los trastornos angustiosos, y que son por otra parte estos factores, los mas idóneos para la actitud o tarea de autoayuda.

Pero hagamos primero una descripción de las formas de presentarse la angustia y que según los trabajos clasificatorios actuales de la psiquiatría son fundamentalmente tres:

2. ANGUSTIA GENERALIZADA O FLOTANTE.

Que también se llama “neurosis de angustia”, es una angustia generalizada casi siempre de evolución crónica y oscilante, cuyos síntomas mas frecuentes son un desasosiego interno, tensión, palpitations, fatiga, temor de muerte inminente, sudoración, temblor, diarrea, dolores mas o menos difusos y mas o menos fuertes, irritabilidad, tensión muscular, trastornos digestivos y otros menos frecuentes. Muchos de estos pacientes que visitan al médico de cabecera son dirigidos al especialista de digestivo o al cardiólogo y suele ser mas frecuente en las mujeres que en los hombres y en algunas ocasiones es difícil de diferenciarla de la angustia normal estando a veces asociada a ciertas circunstancias vitales, vividas en forma exagerada y poco realista, por ejemplo, una madre cada vez que se marcha su hijo a pasear con los amigos y vuelve tarde, aunque se lo haya dicho previamente, cuando llegan las doce de la noche y el hijo aún no viene, la madre comienza un estado angustioso que le impide dormir e incluso irse a la cama de forma que está toda la noche levantada sufriendo y esperando a su hijo a quien *“puede que le haya pasado algo”* de forma que cuando este llega a las tres de la madrugada la madre invadida por la angustia se echa a llorar de emoción al ver que su hijo llegó. En este caso la crisis de angustia está ligada a la tardanza del hijo (avisada por otro lado) y a las fantasías truculentas de lo que hubiera podido pasarle. Después ya se queda todo el día siguiente con mal cuerpo, irritable y un tanto “desencajada”. Sin embargo muy frecuentemente es un trastorno que no está ligado a un contexto externo al paciente a diferencia de las fobias.

La palabra angustia viene de “angosto” que quiere decir estrecho y en general en casi todos los idiomas de nuestro entorno el comienzo de una palabra por la raíz “ang” quiere decir estrecho: la misma raíz tiene angina (la

garganta se estrecha por inflamación de las amígdalas, o las arterias coronarias que irrigan el músculo cardíaco, se estrechan -- angina de pecho -- y la palabra Inglaterra quiere decir también “tierra estrecha”). Así pues la angustia se vive como “*una estrechez atrozante en el pecho y que frecuentemente coge el estómago con la sensación de que sube hasta la garganta*” Así al menos lo describen los enfermos frecuentemente.

S. Freud trabajó desde el principio con enfermos cuyo problema central era la angustia por lo que desarrolló desde muy pronto la “teoría psicoanalítica de las neurosis”. Lo que mueve al desarrollo neurótico de angustia es el conflicto inconsciente entre un deseo tenido por prohibido por una parte y el sentimiento de culpa y amenaza por otra parte. Desde este punto de vista el enfermo se mueve entre la tendencia a satisfacer el deseo y la inhibición del mismo. Esto se llama en psicología “ambivalencia”.

La enfermedad se manifiesta con motivo de una situación estresante actual que recuerda o se asocia sin saberlo al troquelamiento² de un conflicto inconsciente antiguo, produciendo un desasosiego difícil de que desaparezca en el presente.

El mencionado conflicto antiguo, es según el psicoanálisis, el que se genera universalmente entre el hijo o hija y los padres hacia los tres a cinco años mas o menos. El niño en esas edades siente por su madre, además de necesidad, ternura, cariño y deseo de contacto placentero; al padre le necesita también pero le rechaza y le teme como a un rival en el anhelo de su madre. La niña lo mismo pero a la inversa³.

Como consecuencia se generan en el niño/a situaciones ambivalentes: por un lado quiere aproximarse a la madre pero por otro lado teme al padre: el conflicto así generado se resolverá en función de que sentimiento es mas intenso, si el miedo o el amor, pero frecuentemente no está la cosa tan clara y se quedan “enganchados” inconscientemente en semejante conflicto lo que es base para la aparición futura de la ansiedad. Este modelo troquelador de la angustia o ansiedad, no se puede tomar al pie de la letra, frecuentemente la angustia se genera en otras situaciones posteriores (pero recurrentes) al periodo edípico, pero con el mismo patrón de troquelamiento.

Una paciente de 32 años que había tenido una madre angustiada y sobreprotectora pasó su juventud queriendo independizarse hasta que por fin estableció una relación con un joven. La madre se mostró totalmente en contra y la amenazó con dejarla de querer y castigarla. A pesar de esto terminó casándose con el novio, el cual tenía una actitud que parecía continuar a la de la madre en el sentido de ser muy protector y darle mucha seguridad y afecto; sin embargo en el terreno de lo erótico sexual la relación no fue tan satisfactoria. Un día la paciente rompió su matrimonio cuando ella conoció a

² Forma en que está modelado o moldeado el funcionamiento psíquico de una persona y por lo tanto sus conflictos consigo mismo y con el mundo externo.

³ Es lo que Freud llamó “situación edípica o complejo de Edipo”.

otro hombre por el que se sentía atraída en el plano de lo erótico. En ese momento de su vida apareció su primer ataque de angustia.

En el contexto de estos renglones, son importantes algunos de los puntos de vista de la llamada “teoría de las relaciones objetales”, que tuvo su origen en la obra de Melanie Klein y posteriormente otros autores como W.R. Fairbain o más recientemente Otto Kernberg han aportado aspectos muy interesantes. Pero en concreto voy a referirme al concepto de “objeto conductor” de Karl König, intentando a continuación explicar de la forma más clara posible lo que este autor en su libro “Angst und Persönlichkeit” (1986) explica acerca de su concepto:

König parte del hecho de que los psiquiatras de orientación analítica cuando hacen lo que se llama una anamnesis profunda al paciente, recogen normalmente información sobre la conducta de la madre en estadios de desarrollo posteriores a los tres años de edad y haciendo extrapolaciones se puede deducir lo que habrá pasado en la relación madre hijo en épocas anteriores a esos tres años.

Es conveniente que el lector recuerde que llamamos “objeto interno” a la representación interna de un objeto, entendiendo por tal “todo aquello sobre lo que podemos interesarnos o poner nuestra energía psíquica”. El objeto interno pues, conlleva las huellas mnémicas del citado objeto (que en este contexto es una persona) y también de la interacción que se tuvo con él y de los sentimientos que envolvieron o emergieron en esa relación.

Los objetos internos procedentes de los primeros años de nuestra vida (es evidente que la madre es el principal y más significativo) formaron parte de las primeras interacciones y “representaciones de objeto” que constituyeron funciones del YO, las cuales contribuyeron a generar la autoestima o no, en la medida en que predominó el sentimiento de capacidad o el de incapacidad. Esas “representaciones de objeto” junto con las “representaciones del “SELF”, actúan dirigiendo o marcando la conducta de la persona, siendo la principal como dijimos más arriba, la “representación u objeto interno –madre-” (recordemos que conlleva la relación e interacción con esta, la forma en que se troqueló esta relación y los sentimientos que surgieron en el seno de tal relación). O sea que aprendemos de nuestras primeras experiencias en las interacciones con las personas significativas que nos rodearon, y consigo mismo.

Si determinadas situaciones se vivieron como peligrosas o dañinas, posteriormente este tipo de situaciones así troqueladas generarán angustia o bien conductas de evitación automáticas tan eficaces que ni siquiera se acompañan de afecto o emoción alguna.

Todas las competencias o capacidades básicas del niño se ponen a prueba en las relaciones interpersonales tempranas y lo que entonces tenía un matiz libidinal, ahora de adulto será emocional.

Aunque los trastornos de angustia son diversos y las personas que los padecen también, tienen sin embargo un denominador común, que es la búsqueda de funciones conductoras en el objeto: de ello se derivan rasgos de carácter que se manifiestan en el trato a los colegas, a los profesores, a los compañeros, etc. rasgos que por lo tanto no comienzan cuando aparecen las crisis de angustia, ni son consecuencia del trastorno, sino previos, son inherentes a su estructura de personalidad. Incluso puede ocurrir que haya personas que con tales rasgos de personalidad no hayan tenido aún trastorno alguno de angustia o que nunca lleguen a tenerlo, pero tienen una estructura de personalidad que se llama “fóbica”. Se trata de personas que tienen lo que podríamos llamar una “melladura” en su YO la cual, tuvo lugar en la relación con su madre durante una época crítica en el desarrollo del YO. En unos casos, cuando el niño empezaba a tener habilidades motoras y a andar, distanciándose de su madre con toda la autonomía que le era posible, su madre vivía esa nueva capacidad o competencia llena de angustia y su reacción era limitar y frenar la autonomía del niño, tendía pues a retenerle y controlarle demasiado; en otros casos la madre se mantiene excesivamente distante del niño en esa época, lo que dificulta el aprendizaje del niño con la madre.

Se trata pues de dos tipos distintos de madre: la madre tipo **A**, que es una madre a la que le angustia que el hijo ande, se mueva y sea autónomo; es una madre por lo tanto angustiosa, retentiva y asfixiante; y la madre tipo **D**, que deja que el niño se responsabilice de su vida y movimientos demasiado pronto, cuando aún no puede prescindir de la ayuda de la madre; es por lo tanto una madre distante y poco atenta o torpe. Estos dos tipos de madre son obviamente dos extremos de un continuo entre los que se encuentra una gamma de tipos intermedios tanto menos interesantes para nosotros cuanto mas en el centro estén pues no serían patógenos .

Los dos tipos de madre mencionados, actúan alterando el desarrollo de la autoestima, no consiguiendo el niño un estímulo suficiente para la buena evolución de la estructura yoica. Como compensación o contrapeso del deficiente objeto interno conductor, se buscan en el mundo externo objetos sustitutivos; estos pueden ser bien la madre real externa de la que queda el niño dependiente y enganchado para siempre o bien personas, grupos o instituciones con los que se relaciona posteriormente.

Por todo lo dicho, es evidente que König llama “objeto conductor” a la madre (o a quien la substituya) y que tiene un papel facilitador de la maduración y desarrollo.

3. ANGUSTIA FÓBICA.

A pesar de las diferencias que tienen psicodinámicamente los cuadros morbosos con sintomatología de angustia o ansiedad fóbica y a pesar de las diferencias individuales entre los diversos pacientes, hay un denominador común a todos ellos, tanto si la fobia recae en personas, cosas o situaciones, y es la búsqueda de funciones directoras del objeto.

Los pacientes con trastornos de angustia están en alerta respecto a cualquier impulso o conducta que pueda causar abandono y aislamiento por parte de quienes les rodean por lo que acaban teniendo las llamadas “conductas evitativas”.

Muchas fobias se basan en el mecanismo de defensa del Yo llamado “desplazamiento” por el cual, la carga emocional que vivimos en una determinada situación o frente a una determinada persona se traslada a otro objeto externo o interno a la persona que adquiere la fobia.

Por ejemplo, una persona a la que le han robado todo el equipaje al día siguiente de su boda en una determinada ciudad, puede desarrollar una fobia a la citada ciudad en vez de a los ladrones que son los culpables pero son más difíciles de determinar y pueden estar en cualquier sitio mientras que si se desplaza la angustia y frustración del robo a la ciudad en donde ocurrió, siempre es más fácil no visitarla y evitarla. La finalidad psicobiológica sería desplazar la carga de angustia a aquello más fácil de evitar o que produce menos ansiedad o culpa según las situaciones.

Otras veces, se trata más bien de una asociación emocional con la situación que produjo la situación angustiosa primitiva, aquella que suele ocurrir en las edades en las que se nos puede moldear o troquelar y por lo tanto las cosas que nos pasan pueden dejarnos huella.

Por ejemplo, una señora de unos 40 años casada y con un hijo se traslada con su familia a vivir a otra ciudad en donde hay muchas palomas y empieza a tener crisis de ansiedad muy frecuentes, cada vez que ve palomas o cree que puede encontrar alguna por su camino; acaba acudiendo a la consulta del psiquiatra. Prescindiendo de otros muchos problemas que la señora tenía, se pudo aclarar que cuando era niña de tres a cinco años aproximadamente vivía en Galicia en una casa que tenía un terreno con un gallinero y un palomar, y que muchas tardes en que sus padres le dejaban sola con una criada (así se llamaban entonces a las empleadas del hogar) esta, la encerraba a la niña en el gallinero durante horas cuando la niña daba la lata o no obedecía al pie de la letra cuanto le mandaba. En los años sucesivos la niña fue cogiendo una intensa aversión a las aves especialmente a las gallinas y palomas pero sin saber conscientemente el motivo (fobia); esta aversión le producía a su vez una conducta evitativa de dichos animales o de cualquier cosa que pudiera conducir o facilitar el encuentro con ellos.

4. ATAQUES DE PÁNICO.

Los llamados “ataques de pánico” pueden aparecer en diversas enfermedades tanto de causa corporal como psicológica y constituyen un elemento importante a tener en cuenta en el tratamiento de las neurosis de angustia y la mayoría de las agorafobias. También en los trastornos fóbicos de los que ya hemos hablado, especialmente de aquellas fobias relacionadas con el cuerpo aparecen crisis intensísimas angustia. Frecuentemente aparecen en forma repentina y a veces difícil de poner en relación con una causa concreta. En otras ocasiones ocurre en relación con espacios abiertos o sitios en donde hay masas de gente pero en todo caso son factores o situaciones desencadenantes pero no causantes. Hay que reconocer que impresionan como de origen muy biológico y ajenos a cualquier motivo o sentido psicológico. Ciertamente lo biológico está ahí y tiene gran importancia pero nos parece un error desechar causas psicológicas; cuando se estudia este trastorno con la lupa psicoanalítica siempre hemos visto un hilo conductor que nos lleva a comprender el origen de estos ataques en función de eventos biográficos pasados coherentes con la patografía⁴ del paciente.

Viene a la consulta un paciente de unos 40 años soltero y cuyo motivo es que cada vez está peor de un trastorno que tiene hace bastante tiempo consistente en unas crisis de angustia muy intensas que le duran horas y solo se le pasan tomando algún tranquilizante sin al parecer mucho control de la dosis y quedándose después durante días como agotado y a su vez aterrado de que le vuelva a dar tal ataque de angustia. No encuentra motivo ni relación constante con nada y tiene la sensación de que se va a “*volver loco*”. A veces “*se le desencadena la angustia solo por pensar que se puede angustiar*”.

Tiene una licenciatura universitaria que nunca ejerció pues no le hizo falta ya que trabaja en un negocio desgajado del de su padre yéndole muy bien económicamente y pudiendo llevar una vida de deporte, amistades y chicas y trabaja cuando puntualmente hace falta, lo que podría ser la envidia de muchos pero que a él se le amarga con sus frecuentes ataques de pánico y con las reuniones “familiares – empresariales” que convoca frecuentemente su padre, persona de mas de 70 años pero que sigue pretendiendo llevar las empresas y a los hijos que se ocupan de ellas, con mano férrea y control personal absoluto de todo evento o detalle. Y aquí es donde está el “quid” de la patología del paciente a que aludo.

Efectivamente su padre siempre fue así: con un carácter fuerte y enérgico pero sobre todo controlador infatigable y contumaz construyó el negocio empresarial familiar pero también el agobio, opresión y saturación de la familia o al menos del paciente en cuestión. El recuerda que en la adolescencia su padre no podía verle sin hacer nada ni siquiera los días festivos y de vacaciones y posteriormente tuvo que estudiar la carrera que su

⁴ Descripción de la enfermedad

padre le indicó imperativamente sin dejarle opción alguna de lección al hijo y frustrándole la vocación que entonces parecía tener este. Las discusiones y expresiones despectivas del padre hacia todo cuanto quería o hacía el hijo si no coincidía con sus exigencias y con su idea de cómo había que hacer las cosas, eran la norma y aunque el paciente ha logrado con el tiempo un cierto grado de independencia en el trabajo y en su vida, no ha cambiado en nada el autoritarismo del padre y la continua pretensión de controlar todo y a todos, sin que jamás la madre por su carácter haya podido frenarle ni poner coto a dichas actitudes.

En este contexto el paciente recuerda la angustia que le provocaba cuando él era estudiante e incluso hoy en día, las conductas controladoras de su padre y los altercados que tenían lugar en la medida en que el paciente se iba haciendo mayor.

Pues bien, aquella intensa angustia y el sentimiento de forzamiento a que se veía sometido en muchas cosas, que como decimos, de alguna manera ha llegado hasta nuestros días, le generó fuerte agresividad que en buena parte y comprensiblemente nunca se atrevió no solo a soltar sino ni siquiera a darse cuenta, o sea quedó inconsciente y dirigida contra si mismo en forma destructiva, lo que con el tiempo llegó a generarle las crisis de pánico. El pánico era producido por la destructividad de su agresividad retenida inconscientemente en su interior y las situaciones en que se desencadenaba la crisis curiosamente solían ser los fines de semana cuando “*no hacía nada de provecho*” o se quedaba en la cama y también algunas mañanas en que tardaba en ir por la oficina de trabajo o cuando estaba pasándolo bien: o sea en las situaciones en que antaño su padre se encolerizaba con él y le menospreciaba. En las crisis de pánico el paciente revivía aquellas situaciones sin saberlo. Cuando en el tratamiento psicoanalítico fue dándose cuenta de la relación de tales crisis con la historia de la relación con su padre, empezó a entender la causa de los ataques de angustia y porque le daban en esas determinadas situaciones antes citadas; ese “entender” ya fue el primer factor de mejoría pues lo que peor vivía era lo absurdo de unas crisis, que no tenían relación con nada malo que le pasase previamente, por eso creía enloquecer.

Si la psicoterapia la hubiésemos aplicado como tratamiento único hubiera sido muy difícil lograr una mejoría ostensible por dos razones: primero porque como venimos insistiendo hay un componente biológico u orgánico en muchos de los trastornos psiquiátricos que requiere medicación y en segundo lugar porque aunque este factor biológico no existiese como causa primera, existe siempre que sobre el enfermo han actuado durante mucho tiempo las situaciones traumáticas psicológicas o psicosociales o sus efectos llevan mucho tiempo actuando en el cerebro sin ponerle ningún remedio adecuado. En estos casos las zonas cerebrales afectadas llevan mucho tiempo funcionando viciadamente o alteradamente al menos a niveles bioquímicos o bioeléctricos haciéndose irreversible tal alteración funcional con el solo abordaje psicológico. Por otra parte, cuando una medicación disminuye la ansiedad (o la depresión, o lo que sea) hace posible que la psicoterapia actúe

con eficacia. Podría pensarse que quizá solo con la medicación ya bastaría pero esta conclusión sería en la mayoría de los casos un error pues el tratamiento psicológico actúa sobre aspectos distintos que el farmacológico (por lo que este sería casi siempre incompleto), dando calidad y estabilidad al resultado obtenido con los fármacos y permite que el paciente sea un sujeto activo de su mejoría y se sienta responsable de la misma.

En otro segundo caso el paciente también de unos 40 años pero casado y con dos hijos y con una profesión liberal técnica viene a consulta porque al igual que el paciente anterior padece de crisis de ansiedad cuyas características clínicas son las correspondientes a un “ataques de pánico”. En este caso el paciente con una personalidad evidentemente obsesiva, tiene claro la fecha cuando tuvo la primera situación angustiosa: ocurrió cuando al finalizar la adolescencia consumió algún porro de hasch junto con algunos amigos. La droga debió de sentarle mal y al parecer se sintió mareado y con sensaciones desagradables de despersonalización; las crisis de pánico vinieron poco tiempo después como casi siempre desencadenadas por la “angustia a angustiarse”. Quedó marcado por el terror a volver a padecer semejantes vivencias angustiosas. A partir de entonces dedicó su vida a controlar cualquier situación que a su juicio le pudiera acercar, asociar o provocar una crisis similar: poco a poco fue generando defensas de tipo evitativo y que con el tiempo se fueron automatizando. Evita toda situación que crea que él no podrá controlar, vg. ir en avión, hacer viajes a zonas lejanas, que sus allegados vayan de viaje lejos, los ascensores, etc. Haciendo una vida sistematizada de forma casi matemática para evitar imprevistos, no ha impedido las crisis de pánico que mas bien han ido en aumento.

El problema es que muchos jóvenes cuando consumen por vez primera una droga les sienta mal, incluso también con fenómenos de despersonalización, pero posteriormente no tiene mas consecuencias o en todo caso, desde luego lamentable, la adicción a la droga.

En este caso todo fue distinto: El paciente tenía un padre “perfecto”, todo padre es perfecto para un hijo pequeño pero según crecemos, vamos detectando su fallos y cosas que no nos gustan, hacemos crítica y nada de eso impide que sigamos queriéndole y que nos quedemos con muchas cosas buenas que nuestros padres nos han dado. Este padre siempre hacía todo bien, nunca se enfadaba, nunca chillaba ni pegaba, siempre tenía razón, *“una aplastante razón.....no se inmutaba por nada”*, la descripción que el paciente hacía recordaba a la descripción satírica de los ingleses que Julio Verne hacia de Fileas Fogg Squire en la novela “la vuelta al mundo en 80 días”.

En este caso llegó el paciente a los cuarenta años sin la mas mínima crítica referida a su padre y con una ostensible desvalorización respecto de su madre, quien por otra parte y según se desprendía de lo que iba diciendo el paciente, era una persona mucho mas realista e intuitiva que su padre. El padre por otra parte parece que era un perfeccionista incorregible y digno de mejor causa, lo que el hijo asumió mediante una identificación masiva hasta el punto de ser un “enajenado” (vivir en lo ajeno, o sea en su padre) lo que dañó a

su propia identidad. Por otra parte el perfeccionismo del padre incluía el ser “estrictamente legal” (como dicen ahora los jóvenes) en todo, lo que tras transgredir la norma fumando porros, fue falta muy grave para el paciente que nos ocupa, pues se sintió fuertemente culpable por hacer algo que sabía que no habría sido del agrado del padre, si se hubiese enterado. Esa culpabilidad fue nefasta para nuestro paciente pues junto con la agresividad reprimida, generada por la estricta educación recibida y por el alto ideal de perfección recibido y asumido pero lógicamente nunca alcanzado, fue la base sobre la que se desarrollaron los ataques de pánico.

Hablando de los diversos estados de ansiedad es importante saber que suele estar combinada con accesos de hiperventilación es decir con respiraciones más rápidas y jadeantes, es lo que se llama corrientemente “suspirar” lo que Delius (1972) llama “síndrome cardio-respiratorio tetaniforme” porque dicho suspirar conlleva una alcalosis secundaria en la sangre generadora de una contractura muscular y a veces de la pérdida de conocimiento, incluso aun sin que el sujeto en cuestión sea consciente de que está angustiado. Por otra parte, si la pérdida de conocimiento ocurre en ciertas crisis de angustia la persona puede angustiarse más aun de lo que está, creyendo que le ocurre algo grave corporalmente. Esto pasa más en los estados de ansiedad de tipo hipocondríaco que a continuación vamos a tratar y también en los trastornos de histeria.

5. BIBLIOGRAFÍA

Ayuso Gutiérrez J.L. “Trastornos de ansiedad: crisis de angustia”. En el Tratado de Psiquiatría, Volumen II, Directores: Julio Vallejo Ruiloba y Carmen Leal Cercós. Ars Médica. 2005

König Karl “Angst und persönlichkeit” Verlag für Medizinische Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, 1986