



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: La sociedad actual y los trastornos de ansiedad: una investigación cualitativa para la confección de un brief de cliente

Autores (en el caso de tesis y directores):

Cecilia Inés Cáceres Ocampo

Luciano Bó, tutor

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2011

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

"La sociedad actual y los trastornos de ansiedad"
Una investigación cualitativa para la confección de un brief de cliente

Tesina presentada para cumplir con los requisitos finales para la obtención del título de
Licenciado en Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales U.B.A.

AUTOR: CECILIA INÉS CÁCERES OCAMPO

TUTOR: LUCIANO BÓ

AGOSTO 2010

DATOS PERSONALES

NOMBRE: CECILIA INÉS CÁCERES OCAMPO

DNI: 29570437

FECHA DE NACIMIENTO: 08-09-1982

NACIONALIDAD: ARGENTINA

DIRECCIÓN: GRECIA 4720 9° 56 CABA (1429)

TELÉFONO: 4701-8326

CELULAR: 15 6926 2517

CORREO ELECTRÓNICO: CECI_CACERES@HOTMAIL.COM

Agradecimientos

Al Licenciado en Ciencias de la Comunicación, Luciano Bó por aceptar debutar como tutor con mi tesina y por toda la ayuda que me ofreció desde el primer día.

A los ayudantes de la cátedra Rosenthal de Taller de Publicidad; Miguel Lentino, Sabrina Delmas y al Licenciado en Ciencias de la Comunicación Juan Manuel Aralda por darle una mano a mi tutor para la corrección de la tesina.

A todos los pacientes que ofrecieron sus testimonios volcados en estas páginas.

A todos los profesionales que me dedicaron su tiempo para poder realizar la entrevista.

A la Directora de Prensa de Fobia Club Alicia Yebra, por proporcionarme la información sobre la Fundación y material para poder anexar en mi tesina.

A la Licenciada en Sociología y gran amiga Luciana Patiño Aráoz, que desde Mar del Plata demostró que la distancia no es un impedimento, y me auxilió en la redacción de la investigación con sus conocimientos sociológicos.

A la Psicóloga y gran amiga Daniela Velázquez, por prestarme el material necesario para poder redactar la parte psicológica de la tesina y guiarme en cómo trabajar con el mismo.

A la Licenciada en Administración de Empresas y hermana del alma María Victoria Avellaneda por acompañarme varias tardes mientras yo redactaba mi tesina, ayudarme con los gráficos de la misma y por el estímulo que me brindó día a día.

A las Licenciadas en Ciencias de la Comunicación y grandes amigas, Ludmila Vázquez y Nancy Palacios, por guiarme con sus experiencias académicas y por ayudarme en la corrección del trabajo.

A la Técnica en Marketing y gran amiga Mayra Calfa Rivadeneira, por sus tardes de compañía mientras yo elaboraba esta tesina.

A mi amigo Germán Pedersen por su ayuda en la traducción del abstract.

A la cuasi Licenciada en Ciencias de la Comunicación y gran amiga María Ximena García Tellería, por asistirme en la parte académica y darnos aliento mutuamente para concluir.

Al Doctor y amigo Gastón Muñoz, por contribuir con su opinión en la corrección de la investigación y alentarme para terminar la misma.

Y fundamentalmente al Ingeniero Civil Jorge Cáceres Collazo, a vos Papá por brindarme tu apoyo incondicional desde el primer día, por corregirme la redacción y cooperar con el tipeo de las entrevistas.

Por último a todos mis afectos: mis amigos, mis compañeros de trabajo y del proteccionismo animal, y especialmente a mi Mamá y a mi gatita Fiona por tantas tardes y noches de compañía mientras pasaba horas escribiendo.

ÍNDICE

Presentación General

Abstract	Pág.7
0. Introducción	Pág.10
<u>Capítulo I. La ansiedad y sus trastornos</u>	Pág. 17

I.I. ¿Qué es la ansiedad?

I.II ¿Qué diferencia hay entre ansiedad y angustia?

I.III ¿Qué es el pánico?

I.IV ¿Qué diferencia hay entre ataque de pánico y trastorno de pánico?

I.V Factores que intervienen en el desarrollo de una personalidad con tendencia a padecer trastornos de ansiedad.

I.VI ¿Qué es la agorafobia?

<u>Capítulo II. El consumo como ansiolítico</u>	Pág. 23
--	----------------

II. I El consumo como ansiolítico

II.II La hiperactividad como camino para huir

II.III El individualismo como rasgo de la actualidad

II.IV El control del cuerpo y de las personas. Los “call centers”

II.V Manipulación genética y clonación.

II.VI La noción de poder y biopoder

<u>Capítulo III. Investigación cualitativa</u>	Pág.46
---	---------------

III. I Limitaciones de la investigación cualitativa

III.II Entrevista

III.III Entrevista en profundidad

III.IV Análisis de entrevistas

a. Profesionales

b. Pacientes

Capítulo IV. Interpretación de los discursos

Pág.64

IV. I Agorafobia

IV. II ¿Desde cuándo se habla de trastorno de pánico?

IV.III Inicio de la enfermedad

IV.IV Fármacos

IV.V Ocultamiento de la enfermedad

IV.VI El trastorno de pánico y el entorno afectivo

IV.VII Campaña de bien público sobre los trastornos de pánico

IV.VIII Recomendaciones y consejos para salir adelante

IV.IX Causas del trastorno de pánico

IV.X El Trastorno de Pánico: ¿un problema físico o psicológico?

IV.XI ¿Cuáles son las causas biológicas de un ataque de pánico?

IV.XII ¿Es una enfermedad genética?

IV.XIII ¿Existe una cura definitiva?

Conclusiones generales

Pág.79

a. Brief de cliente

b. Conclusión final

Bibliografía

Pág.85

Anexos

Pág. 87

“Investigación cualitativa sobre los trastornos de pánico”

Área temática: Comunicación Social.

Abstract

En esta tesina nos proponemos generar, a partir de una investigación cualitativa sobre los trastornos de pánico, información idónea para la creación de canales eficaces de comunicación entre las personas que sufren trastornos de pánico y la fundación Fobia Club, que brinda orientación, asesoramiento y sostén a las personas que padecen la enfermedad. A su vez, ofreceremos información a la población en general sobre los trastornos de ansiedad y los ataques de pánico para desestigmatizar las opiniones peyorativas sobre los mismos.

Actualmente muchas de las personas que padecen la enfermedad no son concientes de la misma porque desconocen la sintomatología propia de los trastornos y ataques. Y son muy pocos los que, además, saben que hay una fundación como el Fobia Club que tiene como misión ayudar a la población a superar los trastornos y mejorar la calidad de vida de la población.

Para poder llevar a cabo nuestra tarea hemos ejecutado una investigación que nos brindó las herramientas para sistematizar información, en forma de brief de cliente, que se presentará en una agencia de publicidad o comunicación, seleccionada por Fobia Club, para que sirva como punto de partida de una campaña de bien público que hará foco en la prevención y tratamiento de los ataques de pánico.

Efectuamos esta investigación realizando un corte geográfico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Luego elegimos para nuestra muestra a trabajar con la población sintomática entre los 18 y 35 años de edad, debido a que las estadísticas de Fobia Club indican que el 80% de los casos se producen en esta etapa de la vida.

Para empezar nuestro trabajo describimos qué son los trastornos de ansiedad para poder situarnos en la problemática a estudiar. Luego pasaremos a detallar cuáles son las características de la sociedad actual y de su modo de vida que estimulan el desarrollo de la enfermedad: trabajaremos sobre “consumismo”, “hiperactividad”, “individualismo”, “call center”, “manipulación genética”, “clonación” y “biopoder”. Los cambios sociales traen aparejados el surgimiento de nuevas formas de enfermedad y sus consecuencias más visibles son un aumento de la ansiedad y angustia de las personas.

En nuestro estudio de campo entrevistamos a 10 profesionales (psicólogos y psiquiatras) y 20 personas que sufrieron trastornos de pánico en algún momento de su vida. Después

desarrollamos un análisis discursivo en donde se ponen en tensión las diferentes opiniones tanto de pacientes como de profesionales.

Con este estudio cualitativo se podrán establecer los lineamientos generales de una campaña de comunicación para que los que necesitan ayuda sepan adónde concurrir para superar sus trastornos.

Palabras clave: Fobia Club - trastornos de pánico - angustia - ansiedad - difusión - representaciones sociales - campaña de bien público - psicólogos - psiquiatras.

Inglés

In this thesis we intend to generate, from a qualitative research on panic disorders, information suitable for the creation of effective channels communication between persons with abnormal Panic and Phobia Club Foundation, which provides guidance advice and support to people living with disease. At the same time, provide information to the population in general anxiety disorders and attacks stigmatize panic pejorative views on themselves.

Currently, many people with this disease are unaware of it, because they ignore the symptoms characteristic of disorders and attacks. And very few people also know that there is a foundation like the Phobia Club whose mission is to help people overcome the disorder and improve the quality of life of the population.

To carry out our work we have carried out an investigation which gave us the tools to systematize information in the form of client brief, to be presented in an advertising or communications agency, selected by Phobia Club to serve as a starting point, a public service campaign that will focus on the prevention and treatment of panic attacks.

We conducted this research by geographic cut the Autonomous City of Buenos Aires. Then we choose for our sample to work with the symptomatic population between 18 and 35 years of age due to Phobia Club statistics show that 80% of cases occur in this stage of life.

To begin our work, we describe that anxiety disorders are to place ourselves in the problem to study. Then we provide details of which are the characteristics of modern society and its way of life that encourage development of the disease: work on "consumerism", "hyperactivity," "individualism," "call center", "genetic manipulation" "cloning" and "bio-

power." Social changes do come with the emergence of new forms of disease and its most visible consequences include increased anxiety and distress of people.

In our field study interviewed 10 professionals (psychologists and psychiatrists) working with the disease and 20 who suffered from panic disorder at some point in their lives. Then we develop a discourse analysis where put pressure on different views of both patients and professionals.

With this qualitative study may establish general guidelines for a media campaign so that those who need help know where to attend to overcome their disorders.

Keywords: Club Phobia - panic disorder - distress - anxiety - diffusion - social representations - public service campaign - psychologists - psychiatrists.

0. Introducción

Desde hace algún tiempo, todos los que vivimos en grandes urbes nos hemos acostumbrado a agregar en nuestro diccionario y a nuestra vida un ingrediente más al que denominamos “estrés”. El estilo de vida actual está caracterizado, entre otras cosas, por un aumento de las presiones laborales, sociales, económicas y un debilitamiento de los vínculos afectivos. La exigencia al máximo del rendimiento físico e intelectual y la casi ausencia de redes afectivas de contención nos llevan a que sea común el sentirse “angustiado” o “ansioso”. Estas palabras son “casi naturales” en nuestro vocabulario y han dejado de preocuparnos como realmente deberían.

Según el psiquiatra Alfredo Cía, en la Argentina, una de cada treinta personas sufre ataques de pánico concentrándose básicamente en las grandes ciudades como Capital Federal y Gran Buenos Aires. Aunque esta proporción (una de cada treinta) es indicativo de que muchas personas se ven afectadas por los trastornos de ansiedad, seguimos notando en el sector público y privado, una gran carencia de información al respecto. La dificultad radica en el hecho de que no existen campañas en las que se difunda la existencia de este trastorno psicológico y social, por lo que las personas que lo padecen carecen de información veraz para acceder a los tratamientos adecuados para la cura de esta patología.

A todo esto se suma otro gran inconveniente. La mayoría de los pacientes afectados por este trastorno tienen miedo de expresar lo que sienten, por temor al ridículo y ser considerados dementes en su círculo social y de desarrollo profesional. Vale destacar que en el imaginario colectivo, desde siempre, se tendió a asociar los trastornos psiquiátricos con connotaciones negativas. Es así como hemos escuchado en reiteradas ocasiones términos como “loquito”, “enfermito”, haciendo alusión a las personas que padecen una enfermedad que afecta a la salud mental.

El disparador del tema de esta tesina fue que la autora de este trabajo sufrió, durante muchos años, ataques de pánico. Al enfrentarse con la enfermedad, fue descubriendo las estigmatizaciones existentes en la sociedad sobre las enfermedades psicológicas y la dificultad de hablar de los ataques de pánico ante algunos individuos. Muchas personas tienen prejuicios ante los psicólogos, psiquiatras, y aun más hacia la medicación farmacológica que supone la enfermedad como el uso de antidepresivos y ansiolíticos.

Así fue como comenzamos a preguntarnos la manera de poder ayudar a que las personas que sufren trastornos de pánico encuentren un lugar adecuado donde obtener información o realizar un tratamiento para poder salir adelante y superar la enfermedad. Y a la vez, brindar

información a la población en general acerca de los trastornos de ansiedad para poder desestigmatizar las opiniones peyorativas sobre los mismos y ayudar a modificar prejuicios en el imaginario colectivo.

“El diseño de investigación incluye un conjunto de decisiones referidas a qué materia se va a estudiar, entre qué población y qué métodos de investigación para qué objetivo.” (Babbie: 142) Para esta investigación decidimos hacer un corte geográfico que nos llevó a analizar un distrito en particular, en este caso la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La elección del mismo responde a que la ciudad es el distrito más activo del país y al cual tenemos fácil acceso, por vivir en el mismo, para realizar nuestro estudio. Luego realizamos un recorte poblacional para el análisis conformado por personas que padecieron la enfermedad de entre 18 y 35 años de edad, puesto que el 80% de los casos se desarrollan en esta etapa de la vida.

Establecimos que la metodología de trabajo más eficaz para la recolección de datos sería el de realizar entrevistas en profundidad. Buscamos, encontramos y seleccionamos las personas para dichas entrevistas y nos cercioramos que las mismas estuviesen abiertas a narrar su experiencia. Partimos de la premisa de que el hecho de que la entrevistadora también haya sufrido la enfermedad, las tranquilizaría y las soltaría más a la hora de contar sus propias vivencias. Añadimos que disponemos del material bibliográfico y periodístico para la investigación de la enfermedad, y del acceso a la institución Fobia Club y a sus dirigentes, mediante las charlas gratuitas que brinda el vicepresidente de la misma todos los martes en una sala en Recoleta.

La muestra que procederemos a entrevistar, se conformará por profesionales (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos) y pacientes (que hayan sufrido ataques de pánico). En las entrevistas indagaremos sobre si una campaña¹ de bien público sería de utilidad para ayudar a una persona que sufre ataques de pánico, cuáles serían los puntos más importantes para destacar en una campaña de este tipo, cuáles son los principales motivos por los que se genera este trastorno de ansiedad, si la enfermedad fue ocultada en algún momento, si se sentía discriminado por la misma, a que edad se manifestó por primera vez, si es una cuestión de género o estrato social, etcétera.

Cabe señalar que Fobia Club actualmente no desarrolla una campaña masiva de comunicación externa donde mencione los servicios y tratamientos que brinda. Lleva a cabo una tarea de divulgación y orientación a través de su página web: www.fobiaclub.com, el Facebook

¹ Es el mensaje que se quiere transmitir. Un mensaje exitoso debe responder a la combinación de lo relevante y lo pertinente. Lo relevante es aquello que va contra la categoría, la historia del producto, es aquello que agrego a la comunicación para lograr que el aviso se destaque. Lo pertinente es la información dura del producto.

y un blog. Estas herramientas de difusión no logran producir un gran impacto social y transformarse en un canal eficaz de comunicación que ayude a los enfermos a obtener información sobre la enfermedad y sus tratamientos adecuados para la cura de la misma.

Frente a este panorama nuestro compromiso como comunicólogos es poder generar una vía de comunicación entre los pacientes que sufren trastornos de ansiedad y la Fundación Fobia Club; que brinda orientación, asesoramiento y sostén a los pacientes.

Para abordar la temática, realizaremos un estudio cualitativo de pacientes que presentan trastornos de ansiedad, con el objetivo de realizar un “brief del cliente” para presentar a una agencia de publicidad o comunicación. Posteriormente la agencia podrá realizar una campaña de bien público para la prevención y tratamiento de los ataques de pánico, gracias a los datos consignados en esta investigación.

La investigación es otra de las áreas que ejerce influencia en el trabajo del creativo. No todas las agencias de publicidad cuentan con un departamento de investigación interno. Pero igualmente, si la agencia no cuenta con esta área dentro de su estructura, contratará externamente los servicios de investigación necesarios para que el departamento creativo cuente con toda la información y los elementos convenientes para llegar a una solución efectiva y elaborar una campaña del trabajo propuesto por el cliente. Aunque el trabajo de los creativos está planteado por la estrategia publicitaria, el objetivo puede llegar a distorsionarse, porque una cosa es decir qué hay que decir y una muy distinta es cómo decirlo, encontrar la forma adecuada para hacerlo. La investigación proporciona datos acerca de la validez del material creativo, como así también le entrega a los creativos datos valiosos sobre el comportamiento del consumidor, su perfil psicológico y su contexto social. Datos que les permitirán conocer más el grupo al cual tienen que dirigir el mensaje, asegurándoles, de esta manera la utilización correcta y adecuada de los códigos de comunicación corresponden a dicho grupo.

En primera instancia quisimos desarrollar la campaña directamente como si fuéramos una agencia de publicidad, pero realizar la misma implicaba justificar, entre otras cosas, el origen del presupuesto que financiaría la misma. Como no contábamos con entidades que nos financien nuestro proyecto, decidimos hacer un estudio cualitativo previo a la campaña, para que en un futuro se pueda realizar la misma con la ayuda de este trabajo de investigación.

Para realizar el análisis discursivo de las entrevistas recurrimos a la semiótica. La misma, estudia los procesos de significación o de producción de sentido a partir de la relación entre discursos (configuraciones espacio-temporales investidas de sentido) La semiótica social es infinita ya que abarca todos los fenómenos sociales. Para nuestro estudio recortamos la misma y estudiamos los ataques de pánico en tanto fenómenos sociales.

Toda producción de sentido, en efecto, tiene una manifestación material. Esta materialidad del sentido define la condición esencial, el punto de partida necesario de todo estudio empírico de la producción de sentido. Siempre partimos de “paquetes” de materias sensibles investidas de sentido que son productos; con otras palabras, partimos siempre de configuraciones de sentido identificadas sobre un soporte material que son fragmentos de la semiosis. (Verón: 1987:126)

La teoría de la producción de sentido es uno de los capítulos fundamentales de una teoría sociológica, porque es en la semiosis donde se construye la realidad de lo social. El análisis de los discursos sociales abre camino, de esa manera, al estudio de la construcción social de lo real. Los trastornos de ansiedad se han convertido en un fenómeno social. La ansiedad y la angustia que derivan en el pánico conllevan un sentido intrínseco para ser estudiado, y dispara muchos interrogantes.

A partir de los '90 la Argentina experimentó un deterioro económico sin precedente, con cambios profundos que incluyeron una importante reforma del Estado, la privatización de empresas públicas, cambios tecnológicos, novedades en la legislación laboral y una nueva distribución del trabajo. (Shapira: 2009:89)

Los discursos tienen sentido siempre en contraposición con otros discursos. En este sentido es fundamental referir a la época, el contexto histórico, en el que prevalecen ciertas teorías. Lo que llamamos un discurso o conjunto discursivo no es otra cosa que una configuración espacio-temporal de sentido. Por eso el estudio sobre las enfermedades mentales fue avanzando con el tiempo, como expondremos más adelante. Los investigadores sociales utilizamos para explicar el “avance de las teorías”, lo que Kuhn denomina “cambio de paradigma”, para remarcar un cambio en la forma en que una determinada sociedad organiza e interpreta la realidad. Siempre existe un paradigma dominante en la sociedad en un momento determinado, luego se produce una ruptura del mismo, y se consolida un nuevo paradigma. Un "paradigma dominante" se refiere a los valores o sistemas de pensamiento en una sociedad estable, en un momento concreto. Los paradigmas dominantes son compartidos por el trasfondo cultural de la comunidad y por el contexto histórico del momento.

La relación entre un discurso y otro, está basada en que para poder producir sentido siempre necesitamos referirnos a otros escritos anteriores. Tal es así, que un discurso es formado a través de las “marcas”³ encontradas en textos anteriores. Se puede hablar de marcas cuando se trata de propiedades significantes cuya relación, sea con las condiciones de producción⁴ o con las de reconocimiento⁵, no está especificada. Cuando la relación entre una propiedad significativa y sus condiciones se establece, estas marcas se convierten en “huellas”⁶ de uno u otro conjunto de condiciones.

En la medida en que siempre otros textos forman parte de las condiciones de producción de un texto o de un conjunto textual dado, todo proceso de producción de un texto es, de hecho, un fenómeno de reconocimiento. E inversamente: un conjunto de efectos de sentido, expresado como gramática de reconocimiento, sólo puede manifestarse bajo la forma de uno de varios textos producidos. (Verón: 1984: 18)

Partimos de la siguiente hipótesis: Considerar que la mayoría de los afectados no expresan la sintomatología que les ocasionan los ataques de pánico por temor a ser considerados dementes y/o hacer el ridículo. Esto plantea la necesidad de concientizar a la población sobre los trastornos de ansiedad como el pánico para que los que sufren la enfermedad puedan hablar de sus síntomas sin que se emitan prejuicios.

La Fundación Fobia Club no cuenta con los recursos económicos y materiales necesarios para poder desarrollar una campaña masiva de alto impacto en la sociedad. Al realizar una campaña de esta índole, se logrará vincular a los pacientes con el Fobia Club para que los mismos puedan encontrar un tratamiento adecuado para poder superar los trastornos de pánico.

Con el objetivo de dar cuenta de los resultados a los que arribamos organizamos la presentación en los siguientes capítulos:

³ Marcas: encontrar operaciones, propiedades o configuraciones significativas en el discurso de análisis. Las marcas están sobre los textos. Existen distintos tipos de marcas.

⁴ Condiciones de producción: dan cuenta de las restricciones de generación de un discurso o de un tipo de discurso.

⁵ Condiciones de reconocimiento: son las determinaciones que definen las restricciones de su recepción.

⁶ Huellas: marcas conectadas con configuraciones que se encuentran en la superficie de otros discursos. Relación entre marcas de distintos textos (discurso analítico, CP, DR, y CR), ausencia o presencia de ciertas marcas. Existen distintos tipos de huellas.

1. La ansiedad y sus trastornos. Definimos la ansiedad, el pánico, la angustia y la agorafobia. Utilizamos la información provista por Alfredo Cía.

2. Realizamos un análisis de las características presentes en nuestra sociedad actual, causantes del estrés y ansiedad que vivimos hoy en día. Nuestro corpus de análisis está integrado por los siguientes autores:

Georges Bataille, nos sirve para explicar el gasto improductivo el cual relacionamos con el consumismo, que parte de la idea de comprar bienes que no son necesarios para vivir sino que son un lujo que nos brindamos.

Valeria Shapira, en “La Argentina como ansiolítica” describe, entre otras cosas, la vida agitada que llevamos en la actualidad. También hace referencia al individualismo, comentando cómo con el pasar de los años vivimos más aislados del resto de las personas.

Michael Foucault, utilizamos la descripción que realiza el autor sobre el panoptismo creado por Bentham para compararlo con el nuevo modelo de trabajo que son los call centers. Ambos son víctimas de un control estricto en sus actividades, ya sea por los supervisores o diferentes autoridades a cargo.

Hans Jonas, pone en tela de juicio la posibilidad de manipular genes patógenos para evitar diferentes enfermedades. Planteamos la disyuntiva que genera la manipulación genética y la clonación.

Paula Sibilía, introduce el concepto de “Prozac genético” donde plantea la existencia de un gen que opera reduciendo la ansiedad y depresión. Se instala un nuevo paradigma que privilegia eliminar el síntoma para poder seguir con el ritmo acelerado de vida, sin indagar en la causa del mismo.

Para concluir, retomamos Foucault y Sibilía para mencionar cómo fue cambiando la definición de biopoder. Primero centrado en lo que el individuo hace y ahora en lo que el individuo es.

3. Investigación cualitativa. Por empezar, detallamos las herramientas metodológicas que utilizamos para las entrevistas. Explicamos las limitaciones de la investigación cualitativa, definimos la noción de entrevista y entrevista en profundidad. Luego, realizamos una descripción de la muestra indicando los resultados cuantitativos que arrojó la misma, tanto en profesionales como pacientes. Elaboramos gráficos para poder visualizar los porcentajes obtenidos por las respuestas de las entrevistas.

4. En el último capítulo efectuamos una interpretación de los discursos obtenidos de la investigación de campo. La misma, la dividimos por diferentes temas de acuerdo al cuestionario con el que interrogamos a los profesionales y pacientes.

5. Para finalizar, resumimos las conclusiones y presentamos el brief de cliente.

Capítulo I. La ansiedad y sus trastornos

“No hay camino para la paz, porque la paz es el camino.” Mahatma Gandhi



La ansiedad y sus trastornos

I.I ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es una de las tantas emociones que tenemos los seres humanos. La misma se presenta cuando existe una real amenaza que pone en riesgo la vida del ser vivo y la finalidad es la protección. Incluso muchos otros seres vivos poseen esta emoción porque es instintiva para la sobrevivencia.

I.II ¿Qué diferencias hay entre la ansiedad y la angustia?

*Las palabras angustia y ansiedad, si bien serán empleadas aquí como sinónimos, tienen diferencias sutiles en cuanto a su origen y significado. El término **Ansiedad**, proviene del latín “anxietas”, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo transformándose en pánico.*

***Angustia**, así como “angor”, “angina”, provienen de la misma raíz griega o latina y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras. Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir, que la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas. La angustia patológica, en cambio, es desmedida y persistente, planteando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y el desarrollo personal de quien la sufre. (Cía: 21:2006)*

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad:

Trastorno de pánico

Fobias específicas

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Trastorno de ansiedad social (TAS)

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Trastorno por estrés post-traumático

Para este estudio vamos a tratar únicamente los trastornos de pánico.

I.III. ¿Qué es el pánico?

“Según la mitología griega, Pan aterrizaba a los hombres desprevenidos con un grito espeluznante. De aquí la palabra pánico designe la experiencia de un terror extremo.” (Keegan: 107). Existe una gran diferencia entre el miedo y el pánico. Tener miedo es cuando una persona teme a un objeto o ser específico, por ejemplo los fóbicos padecen temor a algo concreto como ser las arañas, los gatos, etcétera. Sin embargo, cuando una persona siente pánico, no está definido a que se le teme y esto es lo que causa la sensación de terror.

I.IV Diferencia entre ataque de pánico y trastorno de pánico

El trastorno de pánico es una patología bastante común que se da en gente joven, particularmente en mujeres. Consiste en haber padecido no menos de dos ataques de pánico en el curso de un mes y a partir de estas experiencias tener un temor constante de sufrir nuevos ataques. Los ataques han aparecido, aparentemente, “de la nada”. La experiencia es vivida con gran desagrado y un enorme temor, lo que lleva a que cambie la conducta habitual de las personas afectadas. Convencidos de que están a punto de morir, acuden desesperadamente a las guardias médicas. Suelen pensar que están por sufrir un infarto, morir ahogados, que están por enloquecer o perder el control por completo. Viven temerosos, pendientes de cualquier signo que indique la proximidad de un ataque. Tras cierto tiempo viviendo en estas condiciones muchos de ellos caen también en la depresión.(Cía.2006: 55)

I. V Factores que intervienen en el desarrollo de una personalidad con tendencia a padecer trastornos de ansiedad.

Entre los factores intervinientes se encuentra la herencia biológica y en segundo lugar una serie de experiencias y eventos comunes que pueden observarse en el entorno de las personas que más tarde padecerán una enfermedad ansiosa. Solamente la combinación de varios de estos factores (genética + aprendizaje + desencadenantes) llega a producir un trastorno de ansiedad:

- Influencia parento-filial: *respecto de la familia deben considerarse los valores y creencias del grupo de crianza, los métodos y disciplinas utilizados, los modelos ofrecidos por los adultos significativos – en especial los padres – el lugar que ocupa el enfermo en relación con los hermanos, si es hijo natural o adoptivo, y si ha habido divorcios y/o nuevos casamientos.*

Los padres que padecen ansiedad severa u otros trastornos que se manifiesten en el trato cotidiano, implican un riesgo de que el niño los imite, por modelado o aprendizaje imitativo. Dentro de las posibilidades de trato que pueden tener influencia negativa, encontramos:

- Padres sobreprotectores: *Son aquellos que amparan excesivamente al niño de las adversidades de la vida. Muchas veces esto surge porque necesitan tener a alguien que dependa exclusivamente de ellos. Desgraciadamente, esto tiende a afianzar la creencia de que todo en el afuera es riesgoso y que conviene evitar salir del círculo familiar. Aunque actúe con la mejor de las intenciones, el sobreprotector impide al niño el aprender a manejar adversidades y asumir algún riesgo como parte de la vida.*

- Ausencia parental: *Física o psicológica, de uno o ambos padres. Éstos no están presentes o es como si no estuvieran, pues no cubren las necesidades básicas de afecto, orientación, límites y supervisión de la crianza. Dentro de este estaría la ausencia o de privación afectiva que sufren aquellos niños cuyos padres nunca están disponibles afectivamente, ni se interesan por ellos para charlar, para acariciarlos, o para retarlos. Un niño puede experimentar mucha ansiedad cuando es separado de los padres por mucho tiempo, sobre todo cuando no entiende los motivos; esto puede darse por trabajo en el exterior, hospitalizaciones prolongadas, divorcio, abandono, muerte, etc.*

- Abuso infantil: *Si bien las categorías antes descritas son abusivas, hay formas más activas de maltrato, como el abuso psicofísico, presente en los padres castigadores que lastiman a sus niños de diferentes maneras, y el abuso psicológico, que causa un sufrimiento mental innecesario y excesivo, que incluye la desvalorización permanente, las*

amenazas de abandono o las críticas excesivas. El abuso sexual es una de las formas más dañinas y traumáticas de maltrato infantil y origina patologías muy severas.

Expectativas parenterales que demanden del niño un comportamiento de adulto más allá de sus posibilidades como por ejemplo, obligar al hermano mayor a cumplir un rol materno o paterno, son también formas de sometimiento.

- Reglas familiares rígidas: *Criarse en una familia caracterizada por reglas muy rígidas o por exigencias desmedidas, puede establecer un patrón de todo o nada, de blanco o negro, que se continuará sosteniendo en la adultez. Estas reglas severas pueden ir de la mano con exigencias desproporcionadas que suelen estar basadas en algún patrón moral, religioso o sectario inflexible, expresado de una manera fundamentalista.*

- Aprobación según el desempeño: *Muchos niños son valorados por sus padres como personas, solamente cuando su desempeño cumple las expectativas de los mismos; por ejemplo, al obtener muy buenas notas escolares, o al desarrollar algún talento. La aprobación según el desempeño, lleva a la creencia errónea de que una persona tiene valor únicamente cuando hace algo valioso. Este hecho es más impactante cuando los padres son perfeccionistas y no sólo quieren que sus hijos aprueben con buenas notas, sino que además esperan de ellos perfección y que superen, ampliamente, la capacidad de un niño promedio.*

- Supresión o negación de sentimientos: *Puede darse de dos maneras: directamente instruyendo al niño para que suprima la expresión de sus sentimientos, usando frases como “no llores”, “no tienes que mostrarte avergonzado”, “no te enojas conmigo” o indirectamente, como se observa en los padres que bloquean o niegan sus propios sentimientos o, lo que es más grave, niegan la validez de los sentimientos del niño, y ante su rabia dicen “tú no estás realmente enojado”. Si la demostración de los sentimientos gatilla reacciones violentas o abusivas de algún progenitor, el niño aprende a suprimirlas para sobrevivir. En muchas familias, la poca expresión e información de los afectos es una norma. (Cía: 2006: 31.32)*

I. VI ¿Qué es la Agorafobia?

“Libérate de la ansiedad, piensa que lo que debe ser, será, y sucederá naturalmente.”

Facundo Cabral. La agorafobia viene de ágora, que era la plaza o mercado de las ciudades griegas. En el 95% de los casos según el Fobia Club, los trastornos de pánico suelen vincularse directamente con la agorafobia. La misma, consiste en el miedo a los lugares abiertos, de ahí su nombre. Las personas que padecen esta fobia prefieren permanecer en sus hogares por miedo a tener un ataque de pánico y no poder ser asistidos. Permanentemente buscan el auxilio de algu-

na persona que puede ser un ser querido o un extraño, pero en general padecen terror a permanecer solos por miedo que no tengan quien los ayude.

Capítulo II. El consumo como ansiolítico

“Quien no está preso de la necesidad, está preso del miedo: unos no duermen por la ansiedad de tener las cosas que no tienen, y otros no duermen por el pánico de perder las cosas que tienen.” Eduardo Galeano



El consumo como ansiolítico

En este apartado, sostenemos que el consumo es una de las salidas que buscan los individuos para calmar su ansiedad y angustia. Introducimos la noción de Bataille acerca del “gasto improductivo” para poder clarificar nuestra idea.

Las sociedades contemporáneas se encuentran caracterizadas por la noción de gasto improductivo, entre otras cosas, consecuencia de varios factores generadores de estrés.

La actividad humana no es enteramente reducible a procesos de producción y conservación, y la consumición puede ser dividida en dos partes distintas. La primera, reducible, está representada por el uso de un mínimo necesario a los individuos de una sociedad dada para la conservación de la vida y para la continuación de la actividad productiva. La segunda parte está representada por los llamados gastos improductivos: el lujo, los duelos, las guerras, los juegos, las artes etc. Es necesario reservar el nombre de gasto para estas formas improductivas, con exclusión de todos los modos de consumición que sirven como medio de producción. (Bataille: 1987:28)

Hoy pareciera que estamos alienados en varios de los aspectos de nuestra vida. El tiempo libre lo utilizamos habitualmente para realizar gastos que la misma sociedad nos impone como “industria del entretenimiento”: vamos al cine, al teatro, a restaurantes, a shoppings, a bares, realizamos viajes, etc., para divertirnos con nuestros afectos o solos. Gastamos una gran parte de nuestro salario en objetos o servicios que no nos son imprescindibles para sobrevivir. Estamos inmersos en la cultura de lo efímero, compramos artículos que en poco tiempo se vuelven obsoletos. Tal es así, que se crea un círculo sin fin, que permanentemente nos induce a volver a salir a buscar el “último grito de la moda”, logrando que nunca estemos totalmente satisfechos con nuestras adquisiciones. Otro de los motivos del consumismo compulsivo, se debe a que con ello calmamos nuestras angustias y ansiedades ocasionadas por diferentes factores como: el estrés laboral, los problemas familiares, amorosos, académicos, etc. Utilizamos el “ir de compras” como un parche para evadir los problemas cotidianos. Podemos observar esta nueva adicción en la película “*Loca por las compras*” protagonizada por Rebecca Bloomwood, del año 2009. La actriz es adicta a las compras y con su trabajo no alcanza a pagar las

deudas por lo que debe recurrir a sus padres para que la ayuden a poder pagar todo y volver a empezar.

Es un círculo vicioso: nos estresamos trabajando y gastamos el sueldo en cosas improductivas, nos endeudamos y volvemos a trabajar arduamente para pagar lo que compramos por estar angustiados, y así sucesivamente.

A las empresas les corresponde organizar y articular territorios, poblaciones, cuerpos y subjetividades, desplegando su accionar sobre toda la superficie del planeta. El soporte ideal para canalizar ese control disperso y total es una institución omnipresente en el mundo actual: el mercado. Producir sujetos consumidores: tal es el interés primordial del nuevo capitalismo postindustrial de alcance global. (Sibilia: 2005: 214)

En este análisis pudimos observar, que en las grandes ciudades, el consumo se vuelve una adicción más, que pareciera atenuar las angustias y ansiedades que sufren las personas producto del estrés.

La hiperactividad como camino para huir

“La mente tiene su propio lugar, y en sí misma puede convertir al infierno en cielo, o al cielo en infierno.” John Milton



La hiperactividad como camino para huir

Con este título, estudiamos uno de los factores de este nuevo paradigma social, “la hiperactividad”, que desencadena trastornos emocionales como la ansiedad y angustia de manera excesiva.

A la dependencia económica se suma la dependencia psíquica: el trabajo se convierte en una adicción “ de la que el placer está excluido, pero que cumple, en una dinámica de escalada, una función ‘calmante’ y protege del riesgo de descompensación psíquica.” Los mandos medios de las empresas hoy se ven empujados a desarrollar una alta hiperactividad, lo que favorece una excitación psicomotora que no deja tiempo para la elaboración mental. (Shapira: 2009:90)

Las grandes urbes imponen hoy un estilo de vida que hace que debamos estar activos todo el tiempo. O nos encontramos trabajando, o estamos estudiando o realizando algún curso o actividad de entretenimiento como para mantenernos con la mente despejada del trabajo y del estudio. Tal es así, que seguimos el ritmo sin detenernos a pensar sobre nuestros verdaderos gustos y necesidades, pareciera como si la hiperactividad estuviera asociada a un modo de evasión de los problemas.

Josep Monseny, psicoanalista y director del Institut Psicomatic de Barcelona, resume los “dos grandes síntomas de nuestra época: angustia y depresión; y dos remedios: ansiolíticos y antidepresivos. Freud no veía la angustia como una molestia que eliminar, sino como un síntoma de que algo sucede. Tomar en serio esta señal permite asumir los deseos inconscientes. Lo contrario equivale a destruir el piloto que avisa que el coche no tiene gasolina”. (Id: 2009:95)

En la actualidad, la angustia y la ansiedad son percibidas para la sociedad como “molestias” que hay que solucionar lo más rápidamente posible, ya que son incompatibles con el ritmo acelerado de vida que propone el modelo de producción contemporáneo. Por lo tanto, el sentir que debamos continuar sea como sea, hace que en ocasiones decidamos recurrir al uso de

psicofármacos como los ansiolíticos y antidepresivos, que atenúan las sensaciones displacenteras, permitiéndonos seguir con la rutina diaria.

Contrariamente a esta teoría psicofarmacológica, Freud sostiene en el psicoanálisis que hay que hacer una introspección personal para buscar las causas que generaron el malestar emocional. A su vez, Lacan decía:.. “*que si nos interesamos por el pasado de alguien es porque tiene un futuro*”. La gran diferencia de las teorías radica, que si no se busca el origen del problema, atenuarlo solo va a ser un parche que no va a radicar el mismo.

Lakoff insiste: “Si partimos de la idea de que la ansiedad es una condición subjetiva, resulta difícil en qué punto deviene necesario o saludable el hecho de tomar medicamentos para aliviarla. Pero lo que no puede negarse es que, en este punto, el marketing es un factor clave para dar a la gente la información de que existe una solución química para su sufrimiento”. (Id: 2009: 190)

Todo parece indicar que la ansiedad, el estrés y la angustia se incrementaron en las últimas décadas. El ritmo de vida que creó la posmodernidad representó un avance en la calidad de vida de la población. El desarrollo de las nuevas tecnologías generó soluciones a los problemas de la vida cotidiana. Paradójicamente trajo aparejado nuevos problemas. No podemos decir que son enfermedades creadas por “estos tiempos”, porque sabemos que la historia de la ansiedad proviene de muchos siglos atrás (ver anexo), pero sí podemos afirmar que hoy es más difícil llevar un modo de vida relajado en las grandes ciudades. Las emociones como la ansiedad y la angustia existieron desde siempre, pero las enfermedades causadas por las mismas y la somatización producto de la patología de estas emociones, se generalizaron desde fines del siglo pasado.

Culminamos nuestra idea con la disyuntiva que se plantea en este nuevo escenario, producto de la hiperactividad: frenar y analizar la causa de nuestros malestares emocionales, o tomar un psicofármaco y seguir nuestras actividades cotidianas.

El individualismo como rasgo de la actualidad

En este apartado hacemos mención de cómo la tecnología volvió a muchas personas seres más aislados en sí mismos. Sumamos ésta nueva característica, como una más que genera trastornos emocionales.

Como afirmaba Galende, el individuo de la sociedad actual está más lejos del grupo social que en otros tiempos, y el anonimato se observa como la ventaja de una mayor separación de lo personal. Sin embargo, la incertidumbre y la complejidad del mundo nos dejan solos; somos víctimas de nuestros propios miedos y nuestra vida se construye en una cultura en la que asumimos riesgos personales y, como ciudadanos, somos únicos responsables de nosotros mismos. Define una “nueva nerviosidad”, nuevos modos de sufrimiento que ahora llamamos ataques de pánico, ansiedad y depresiones. En ese escenario, el consumo masivo de psicotrópicos llega para aliviar “los malestares surgidos del peso de una presión psíquica inédita y de una crisis identitaria.” (Id: 2009:102)

Hoy estamos más que nunca, encerrados en nosotros mismos. La tecnología hace que muchos individuos nos aislemos cada vez más, pasando del escritorio de la oficina al de nuestro hogar. Muchos de nosotros nos encontramos todo el tiempo sumamente ocupados en actividades a las que denominamos productivas, y con este nuevo modelo de vida hiperactivo casi no tenemos posibilidades de satisfacer nuestros auténticos deseos.

El desarrollo de las comunicaciones nos ayuda a poder seguir en contacto. Podemos estar disponibles u ocupados, conectados o desconectados. Nos pueden encontrar en cualquier momento por el celular, un correo electrónico, los servicios de mensajería instantánea, y las redes sociales. Se ha producido un cambio en nuestra percepción interna. Se dice que con las nuevas herramientas sociales la distancia con el otro está a un “click” (el pulsar un botón del mouse de la computadora), no importa donde sea que uno viva. A su vez, esto lleva a tener la opción de poder conectarse con el otro sin necesidad de verse. Se cambian muchas charlas en un café por una charla por “msn” (un programa de chat). Sin embargo, sigue siendo una “opción” el privilegiar las relaciones personales ante las virtuales. No todos caemos, ni de la misma manera, en las redes de la informática. Podemos elegir si preferimos establecer una video conferencia o juntarnos en una sala de reuniones.

Sin embargo, para muchas personas lo que generaron estas nuevas implementaciones informáticas fue encontrarse cada vez menos cara a cara y estar cada vez más alejados y solos. Habitualmente, se privilegia el placer personal por sobre lo colectivo, lo que parece hacernos olvidar que somos seres sociales que necesitamos “del otro” para poder complementarnos. Uno de los nuevos rasgos de este nuevo modelo contemporáneo, es la individualidad y el egoísmo. Y este escenario se ve claramente en las grandes ciudades informatizadas. La contracara de este fenómeno sigue siendo, por ahora, algunas zonas del interior de las provincias junto con las franjas menos desarrolladas y económicamente más humildes, donde sigue prevaleciendo, y a su vez es privilegiado el contacto cara a cara de los habitantes. Así también, muchas personas de las grandes urbes siguen eligiendo no abusar de las herramientas de comunicación tecnológicas y solo utilizan las mismas lo justo y necesario para su labor profesional.

El proceso de individuación de las urbes ocurre básicamente en los sectores medios y altos. Con la soledad se confunden términos como “independencia” o “autodeterminación”, dos supuestas conquistas modernas que cambiaron roles, corrieron espacios femeninos y masculinos, y dieron más espacio al “yo hago lo que quiero y como quiero”, con las ventajas y desventajas que eso acarrea.

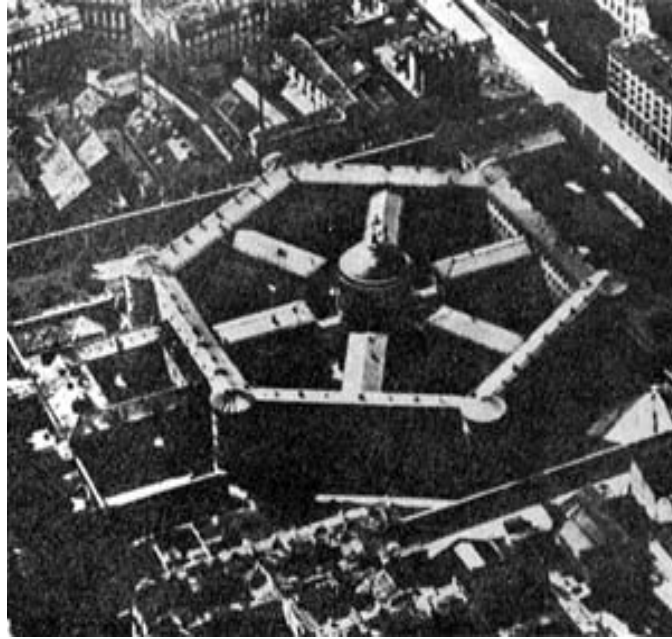
Vivimos tiempos en los que proliferan los encuentros de solos y solas, las propuestas que invitan a conocer “ocho personas en ocho minutos”, las mesas compartidas en los restaurantes, los grupos de reflexión, de autoayuda, de encuentro; los chats para solteros, los programas de televisión en los que se puede conseguir pareja, las agencias matrimoniales cada vez más sofisticadas y las agencias de viajes que cobran tarifas diferenciales por armar “paquetes” que sólo venden a aquéllos que viajan con ganas de conocer gente nueva. (Id: 2009:103)

Realizamos muchas actividades mediante el uso de Internet: hablar, comprar, trabajar, investigar etcétera. Si nos extrapolamos de una manera apocalíptica, pareciera que pronto fuéramos a vivir como cuenta la película “*Los sustitutos*”. El film relata, por causa de la inseguridad en que se vive se crean robots que pasan a ser sustitutos de las personas, y que son los que salen a la calle y viven nuestra vida en el exterior mediante el control de los humanos desde sus propias casas, por lo que nadie está en contacto con otro sino a través de “estos sustitutos”. Un mundo de representaciones, donde cada uno vive encerrado en una habitación conectado a su

robot, que se vincula con otros robots y son los responsables de interactuar. Dirigida por Jonathan Mostow y protagonizada por Bruce Willis. Año 2009.

Este nuevo panorama, nos hace concluir que estas nuevas condiciones de vida son los principales factores que generan angustia y el estrés. Vivimos hiperactivos, aislados y consumimos para desahogar nuestras penas y calmar la ansiedad. Aún así, seguimos teniendo la posibilidad de elegir no recluirnos muy a fondo en este nuevo escenario y optar por un modo de vida más sano emocionalmente.

El control del cuerpo y de las personas. Los “call centers”



Cárcel de Petite Roquette.- sistema panóptico, París, Francia.

El control del cuerpo y de las personas. Los “call centers”

En esta parte, nos proponemos abordar uno de los nuevos modelos de producción, los call centers. Tomamos la noción de panoptismo de Foucault para explicar cómo se encuentran delimitados los espacios en estos tipos de trabajo, y el estricto control que ejercen los jefes sobre los empleados.

La condena natural de los hombres es hoy inseparable del progreso social. El aumento de la producción económica que engendra por un lado las condiciones para un mundo más justo, procura por otro lado al aparato técnico y a los grupos sociales que disponen de él una inmensa superioridad sobre el resto de la población. El individuo se ve reducido a cero frente a las potencias económicas. Tales potencias llevan al mismo tiempo a un nivel, hasta ahora sin precedentes, el dominio de la sociedad sobre la naturaleza. Mientras el individuo desaparece frente al aparato al que sirve, ese aparato lo provee como nunca lo ha hecho. En el estado injusto la impotencia y la dirigibilidad de la masa crece con la cantidad de bienes que le es asignada. (Adorno: 01)

Altos porcentajes de trabajadores necesitamos una computadora para poder desempeñar nuestra tarea, por lo que pasamos horas y horas enfrente de un monitor y encerrados en un cubículo. Ahora bien, cuando regresamos a nuestros hogares solemos utilizar el tiempo libre en desarrollar diferentes actividades frente al monitor. Es usual que nuestra nueva manera de “despejarnos” y “descansar” sea chateando, buscando artículos de interés, mirando películas, videos, etcétera a través de Internet. Esta nueva realidad trae aparejada nuevas enfermedades para nuestra salud porque forzamos permanentemente la vista, permanecemos sin actividad física y sentados muchas horas frente a la computadora y adquirimos problemas de postura corporal entre otras cuestiones.

Los cambios en las condiciones de producción, los avances tecnológicos y sus consecuencias sobre nuestro estilo de vida son responsables del surgimiento de nuevos puestos de trabajo como el de “operador de call center” o telemarketers. Los telemarketers pueden ser tomados como iconos para mostrar cómo una persona puede llegar a ser casi como una extensión de la computadora. “*La racionalidad técnica es hoy la racionalidad del dominio mismo. Es el carácter forzado de la sociedad alienada de sí misma.*” (Adorno y Horkeimer: 01). Traemos a

colación este ejemplo, ya que la autora de esta investigación trabaja desde hace más de 4 años en un “call center”, por lo que pudo observar y vivenciar que existe un alto índice de empleados de estas empresas que sufren ataques de pánico.

El surgimiento de los denominados “call centers” es consecuencia de un nuevo modelo de ventas que desarrolló el capitalismo y el mercado. El incremento del mercado sumado a la fusión de las nuevas tecnologías instauró este nuevo tipo de trabajo que en Argentina tiene su nacimiento en la década del 90. La devaluación convirtió al país en un paraíso para el crecimiento del negocio del “call center” por los bajos costos de energía eléctrica, telecomunicaciones y mano de obra. En el boom de esas inversiones fue decisiva la alta calificación educativa de los argentinos, y hoy es una de las actividades que mayor cantidad de empleo genera. Para la mayoría de los jóvenes se transforma en la primera práctica profesional y por lo tanto es el primer trabajo al que acceden, y por eso aceptan condiciones de extrema flexibilidad que genera un mercado desregulado.

Para una empresa el “call center” se define de la siguiente manera: es un centro de servicio telefónico que tiene la capacidad de atender altos volúmenes de llamadas, con diferentes objetivos. Su principal enfoque es el de la generación de llamadas de Salida (Llamadas de Outbound) y la recepción de llamadas (Llamadas de Inbound), cubriendo las expectativas de cada una de las campañas implementadas.

Estas empresas reclutan gente joven entre los 18 y 35 años (la misma franja etaria que recortamos para nuestro análisis de la enfermedad). Es especial para los estudiantes ya que las jornadas laborales son habitualmente de 6 horas (en algunos casos se acortan a 4 o 5 horas). Esta modalidad laboral que no requiere una extensa carga horaria deja tiempo disponible para cursar una carrera, estudiar y desarrollar otras actividades. Tal es así que es considerado por las autoridades como un trabajo “part-time”.

Aunque sean pocas horas las que el trabajador pasa en su puesto de trabajo el estrés surge por la presión constante a la que se someten los operadores, especialmente los telemarketers (los cuales venden productos o servicios telefónicamente) a quienes les exigen llegar a un objetivo diario, mensual y anual, si estos no se consiguen es habitual perder el puesto. Los salarios básicos son muy bajos, siendo un alto porcentaje del sueldo la comisión producto de las ventas. También se encuentran los operadores que brindan exclusivamente atención al cliente, donde la presión recae en los tiempos que dura cada llamada (“talking-time”), el mismo suele rondar 1, 15 minutos. Ambos tipos de operadores deben tener habilidad para poder resolver inconvenientes en el menor tiempo posible.

Es preciso mencionar que los problemas de salud que traen aparejados estos tipos de trabajos se vuelven más grandes y preocupantes en el largo plazo: disminución de la vista, de la audición, nódulos en la garganta por hablar constantemente, problemas de contracturas por la posición y hasta trastornos psicológicos tratados con fármacos. Producto de la monotonía, la presión, y la atención constante de gente que trasmite problemas generando tensiones, los empleados sufren trastornos de ansiedad como el pánico, motivo por el cual deben ser medicados con ansiolíticos y/o antidepresivos, pedir en algunos casos licencias psiquiátricas y realizar terapia para poder recuperar la armonía.

Según la “Ley del teleoperador” aún no aprobada por el Congreso, *“el avance tecnológico fue utilizado durante muchos años para flexibilizar y “agilizar” a los trabajadores en tareas que ya de por sí eran insalubres; las premisas del avance tecnológico no pueden sostenerse por más tiempo como un “determinismo técnico” que inevitablemente se impone a los/as trabajadores/as. La persona que se desempeña como teleoperador/a debe dejar de ser considerado/a como un simple anexo de la computadora”*

Es la objetivización del sujeto que se genera en estos puestos de trabajo, donde el teleoperador pareciera ser una máquina que debe responder cada vez más rápido, vender cada vez más, no enfermarse, no solicitar días de estudio, no sentirse mal y ser casi una especie de robot. Los operadores telefónicos se encuentran inmersos dentro de lo que en términos de Foucault es un *panóptico*. El autor introdujo la noción de “panoptismo”, la cual surgió de la palabra “panóptico” que fue una idea arquitectónica creada por Bentham. Este modelo desarrolla una forma de poder y control que consiste en ocupar un lugar desde donde se le permite a uno ver todo sin ser visto por los otros.

Cada cual, en su lugar, está bien encerrado en una celda en la que es visto de frente por el vigilante; pero los muros laterales le impiden entrar en contacto con sus compañeros. Es visto, pero él no ve; objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación.
(Foucault: 1976:204)

Es el poder que tienen los enfermeros y médicos de los manicomios de estudiar a los individuos a cada hora, con una estructura edilicia particular que permite tener el control sobre los internos en cada momento. Los internos saben que son observados pero no saben en qué momento preciso lo están siendo, al menos no siempre es visible y explícito el poder que se

ejerce sobre ellos. Este tipo de “control” que se da con los edificios diseñados de esta manera se asemeja al que se realiza en los “call centers”. En los mismos, los supervisores ven a sus operadores “cara a cara”, realizan monitoreos constantes de llamadas a través de grabaciones, y hasta utilizan cámaras para ver que hace cada uno de los empleados. Sumado a las herramientas de informática que incorporan los empleadores que permiten detectar si un empleado navega por páginas externas, se conecta a un programa de chat (como el “msn”), o manda e-mails extraempresariales. Ahora bien, los teleoperadores suelen encontrar la manera para poder transgredir este estricto sistema y buscar una salida para la distensión.

Siempre que se trate de una multiplicidad de individuos a los que haya que imponer una tarea o conducta, podrá ser utilizado el esquema panóptico. Es aplicable “a todos los establecimientos donde, en los límites de un espacio que no es demasiado amplio, haya que mantener bajo vigilancia a cierto número de personas”. (Id: 1976:209)

El panóptico es una manera de disciplinar y controlar a las personas.

A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las “disciplinas”. (Id: 141)

Las disciplinas siempre se refirieron a una manera de realizar algo, bajo ciertas reglas que no hay que transgredir. En los colegios se dice que los alumnos tienen disciplina cuando no desobedecen a sus maestras, y hacen las tareas en tiempo y forma como se les pide. En los trabajos la disciplina es efectuar el trabajo que el empleador manda de la mejor manera posible, respetando los tiempos que se piden, y sin utilizar el tiempo laboral para asuntos personales. Foucault sostiene que la disciplina fabrica cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles”, que respondan a la voluntad de los jefes con rapidez y eficacia.

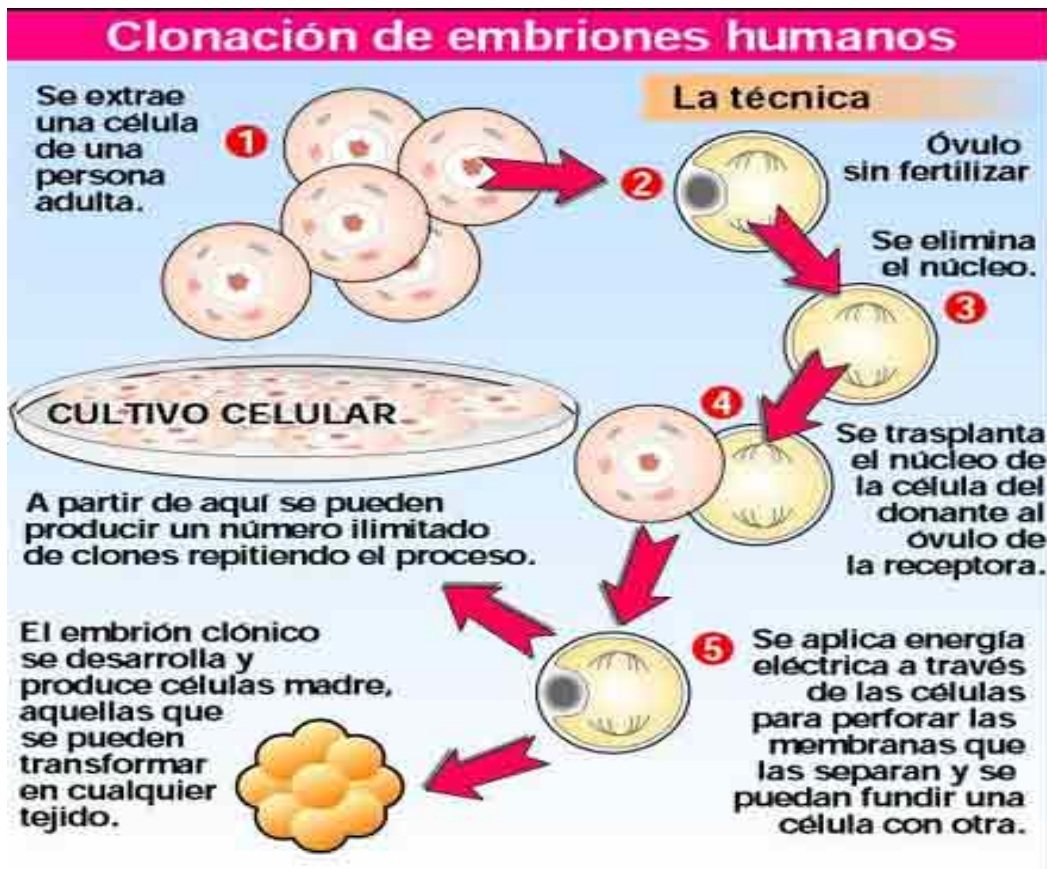
El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido. Pero este sometimiento no se obtiene por los únicos instrumentos ya sean de la violencia, puede ser sutil, sin hacer uso ni de las armas ni del terror, y sin embargo permanecer dentro del orden físico. Puede existir un “saber” del cuerpo que no es exactamente la ciencia de su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas: este saber y este dominio constituyen lo que podría llamarse la tecnología política del cuerpo. (Id: 1976:33)

En los “call centers” se emplea el control del tiempo de manera exhaustiva como detallamos anteriormente. Taylor introdujo el cronómetro a través del cual controlaba los horarios de entrada y salida de la fábrica. Actualmente la conexión con la computadora permite controlar los horarios al “loguearse” o “desloguearse” de la misma. A su vez, algunas empresas poseen un molinete a la entrada del edificio, donde al pasar una tarjeta magnética quedan registrados los horarios. Si no se está “conectado a la matriz de la empresa” es como si se estuviera ausente. Vale la pena observar que numerosas empresas tienen un sistema que consiste en un semáforo: donde el tiempo rojo es el “break”(el descanso de 30 minutos o las veces que el operador se levanta de su asiento para ir al baño o para hacerse un café), el tiempo amarillo denominado “auxiliar” (cuando no se habla con el cliente porque se están cargando datos o verificando otras cosas.) y el tiempo verde llamado “avail”(cuando se está esperando que caigan llamados o no realizándolos). De estos tres tiempos se hace un cálculo y surge el tiempo blanco que es el tiempo “productivo” (o sea el tiempo en que se está hablando con un cliente). Es importante tener en cuenta que la cantidad de llamados atendidos y realizados promedio por un operador en un turno de 6 seis horas es de 100 llamadas.

Concluimos en este apartado, que como adelantaban Horkeimer y Adorno hace más de 60 años atrás, la técnica domina a los individuos. Hoy en día, seguimos inmersos en el mismo escenario, sin embargo, siempre cabe la posibilidad de estrategias de escape. Podemos utilizar la tecnología de una manera positiva, tanto para cuestiones laborales y sociales, sin dejar que por esto, nos genere una adicción el hecho de permanecer constantemente conectados a estas nuevas herramientas informáticas como ser: Internet, el celular, etc. A su vez, podemos afirmar que los “call centers” son una variante de control que se ejerce en las personas, uno de los motivos causantes de trastornos de ansiedad. Cabe señalar, que esto no significa que todas las personas que trabajan en estas empresas sufren trastornos de ansiedad, depende la manera en que cada individuo pueda manejar la tensión.

Manipulación genética y clonación

La vida sólo aparece como deseable en la medida en que se adapte a pautas preestablecidas que no incluyan imperfecciones. (...) El hombre había sido hasta ahora un “borrador”. Las biotecnologías podían “pasarle en limpio”. Héctor Schmucler



Manipulación genética y clonación

En este apartado, hablaremos del nuevo paradigma en el que vivimos, (como vimos anteriormente con Kuhn) consecuencia de las nuevas tecnologías que nos plantean nuevos interrogantes en lo referente a la salud y la enfermedad. Por empezar explicamos lo que es un gen, para luego traer a colación la manipulación genética creando la biogenética y la clonación.

El gen, único miembro en la cadena cromosómica, formado por moléculas de ADN, que determina o co-determina una propiedad hereditaria del organismo. Su modificación, supresión o sustitución en el germen de un futuro organismo generará una modificación genética, hereditaria del mismo. (Jonas: 1997: 114)

Con el control genético se pueden evitar la propagación de los genes patógenos y de esa manera tener una mejor calidad de vida. Al modificar dichos genes, la humanidad tendría menos enfermedades, incluidas entre ellas los trastornos de ansiedad. Sin embargo, al querer evitar enfermedades también estamos alterando la naturaleza, y podemos crear otras enfermedades o consecuencias que desconocemos. La disyuntiva está en que para poder quitar lo considerado “enfermo”, hay que determinar a qué llamamos enfermedad y a que salud.

Una vez que se desencadena este proceso y se ingresa al mundo de la biogenética es difícil diferenciar que es lo “éticamente correcto” y que no lo es. Las posibilidades de elección incluyen en la lista reproducciones en las cuales se podría elegir el sexo y color de ojos de nuestra descendencia. “*El control biológico del ser humano, especialmente el genético, plantea cuestiones éticas enteramente nuevas, para las que no nos ha preparado ni la práctica anterior ni el pensamiento anterior.*” (Id: 109) Si hubiera menos enfermedades habría menos sufrimiento, por ende menos estrés y menos predisposición a los ataques de pánico. Podría pensarse que esta es una de las posibilidades, no obstante es posible que también al ser todos más sanos e iguales, se generen otros y nuevos conflictos que desencadenen en crisis de angustia.

Hoy tenemos la posibilidad de conocer al ser humano con mucha más profundidad y empezar a desarmar la telaraña que forman todos los genes que lo hicieron existir. La tecnología además posibilita el clonar, es decir, poder “crear” una persona idéntica a si misma. En este sentido, la existencia de un ser humano igual a otro podría traer aparejados múltiples inconven-

nientes jurídicos, morales, y de otras índoles, porque al ser dos personas exactamente iguales, hipotéticamente, podría una intentar contra la otra y para un jurado ser imposible diferenciarlas.

Uno de los motivos para la clonación:

Réplica de sanos para evitar el riesgo de enfermedades hereditarias contenido en la teoría de la recombinación sexual.

¿Qué es clonar?

La clonación es una forma de reproducción no sexual, que se da en muchas plantas junto a la sexual y, a diferencia de ésta, produce copias genéticamente exactas de la planta originaria. Se basa en la capacidad de germinación de las células diploides normales, que en condiciones adecuadas empiezan a retoñar. A los animales en general les está vedada esta reproducción alternativa.

Se ha desarrollado un procedimiento de laboratorio mediante el cual se puede llevar a una célula del cuerpo adecuadamente seleccionada a empezar por sí misma el mismo proceso que de lo contrario inicia la célula germinal fertilizada, dado que posee toda la información genética que ya había regido el crecimiento del individuo originario, a producir una copia exacta del organismo padre o madre. La madre es una mera incubadora y no aporta genéticamente nada de sí al fruto, excepto si aloja a un núcleo celular a clonar tomado de su propio cuerpo, en cuyo caso lo aporta genéticamente todo y se duplica a sí misma; el óvulo privado de núcleo puede-pero no tiene que- proceder de ella; y el producto final puede repetir a un individuo conocido o desconocido por ella. El papel femenino seguirá siendo instrumentalmente necesario mientras no se disponga de sustitutos artificiales de la placenta “in vitro”.

El resultado físico de la clonación: La clonación produce un doble genético del donante celular, con el mismo grado de similitud en su apariencia. Clon y donante son de hecho gemelos idénticos con una diferencia temporal: su no simultaneidad será un importante punto de vista en nuestra posterior valoración. En el caso de gemelos idénticos se puede hablar de imágenes contrapuestas en el espejo; el clon es unilateralmente la copia de un original preexistente. La distancia temporal es a voluntad: Dado que los cultivos de tejidos se pueden mantener vivos y regenerativos durante un período de tiempo indefinido, el brote clónico puede estar derivado de un donante que ha muerto hace mucho. (Jonas: 1997: 120-122)

Los nuevos descubrimientos hicieron que el biopoder cambie hacia otro foco, que es el gen, donde se crea la barrera entre la técnica y la vida, el cuerpo y el alma, lo éticamente co-

recto y lo que transgrede los valores de la misma especie humana. “Uno de los fenómenos asociados a tales procesos es un cierto debilitamiento del psicoanálisis clásico, a favor de tratamientos ultra rápidos y súper eficaces basados en la nueva generación de psicofármacos.” (Sibilia: 235).

El surgimiento de los psicofármacos y su aplicación como tratamiento para los humanos data de la década del 50. Desde aquella época, hasta la actualidad, se intenta descubrir cuáles son los orígenes de los trastornos de ansiedad. Entre otros fue Freud uno de los que más ahondo en el tema. Utilizando el psicoanálisis se buscó indagar en el pasado del paciente para poder llegar a entender los síntomas que sufre en el presente, como mencionamos anteriormente. Con el devenir de los años se fueron descubriendo nuevas drogas que lograban atenuar, y de mejor manera, los causantes de la ansiedad y la angustia.

Las neuronas son las que reciben, procesan, transforman y envían señales a través de la sinapsis, una instancia de unión que hace funcionar la gran red. Las formas de comunicación intercelular son variadas, aunque las principales sustancias que intervienen en la sinapsis son los neurotransmisores⁷ y los neuromoduladores químicos, expertos en facilitar el paso del impulso nervioso. Son los mismos que señalan un alerta cuando algo no funciona bien. Un cambio en los niveles cerebrales de serotonina (otro neurotransmisor) puede anunciar un trastorno del ánimo. Los neurotransmisores y otras sustancias químicas bailan en el cerebro a ritmos diferentes, suben o bajan según nuestro estado de ánimo. El sistema límbico, responsable de nuestra respuesta a las emociones, es particularmente receptivo a ciertas drogas que se llevan bien con los receptores de esos neurotransmisores, y se unen a ellos para provocar efectos beneficiosos en pacientes con “trastornos de ansiedad”. (Shapira: 2009:67-68)

Para poder inhibir a los neurotransmisores se crearon diferentes drogas, siendo las más conocidas: Fluoxetina, Clonazepam, Benzodiazepinas, Alprazolam, Paroxetina, Venlafaxina, Citalopram, Fluvoxamina y Sertralina.

⁷ Existen diferentes tipos de neurotransmisores. Entre ellos, pueden mencionarse las monoaminas-como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina-, los aminoácidos, las prostaglandinas y los neuropéptidos. Los neuromoduladores actúan más allá de la sinapsis, ya que extienden sus funciones por el fluido extracelular.

Para ser más precisos solemos hacer una distinción entre tres diferentes conceptos: fármaco, como señal química pura. Placebo como principio simbólico del canal binario y social, pero farmacológicamente vacío. Medicamento, que cumple con las tres condiciones de señal química, símbolo del canal binario y símbolo social, constituyéndose en lo que es a través de la totalidad de su naturaleza significativa. (Id: 2009:150)

Hoy, básicamente, se busca eliminar en el sujeto el síntoma para que pueda continuar con el ritmo acelerado de vida que le impone la sociedad. Si es posible se buscará la causa, pero eso queda en segundo plano, porque es un tratamiento que requiere tiempo, que es lo que en la sociedad actual falta (como se vio con anterioridad). En un futuro, no tan lejano, se planteará como desafío la posibilidad de alterar genéticamente a las personas para que no sufran enfermedades como la ansiedad. El descubrimiento del “Prozac genético” alerta sobre la concreción de esta manipulación genética para evitar los trastornos de ansiedad.

El “Prozac genético” ocurrió en un laboratorio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. El genetista Dean Hamer relata su participación en esa investigación, según la cual el 32% de los seres humanos posee una versión diferenciada del gen transportador de serotonina, “que opera como un Prozac natural, reduciendo la ansiedad y la depresión”. Según el equipo responsable por el hallazgo, el 68% restante de la población mundial carecería del gen, y por tal motivo esos sujetos serían mucho más propensos a sufrir depresiones y crisis de ansiedad. Los investigadores lograron aislar el gen responsable y estudiar sus efectos en varias centenas de individuos, que antes se habían sometido a dos test de personalidad. Luego procesaron todos los datos en las computadoras del laboratorio, con el fin de relacionar determinados rasgos subjetivos con la presencia o ausencia del gen en cuestión. La aparición del gen demostró una altísima tasa de correlación con otra serie de características analizadas: ansiedad, estabilidad emocional y tolerancia al estrés. El descubrimiento del gen y su fuerte correlación con tales factores, según los científicos involucrados, abrió el horizonte para el tratamiento genético de las depresiones leves. (Id: 2009:239)

Finalmente, con el apogeo de las nuevas tecnologías, se genera un debate sobre la utilización de nuevas invenciones como: la manipulación genética, la biogenética y la clonación.

Con este nuevo hallazgo se plantea la posibilidad de alterar o *“corregir de manera definitiva el “pequeño error de programación” en el código genético de las personas afectadas por trastornos como la ansiedad crónica y la inestabilidad emocional.”* (Id: 240)

La noción de poder y biopoder

En esta sección desarrollamos los conceptos de poder y biopoder, para advertir como las empresas cuando exigen con su “poder” el máximo rendimiento a sus empleados, se transforman en generadores directos de causas para los trastornos de ansiedad.

Foucault, piensa al poder no como algo que se posee, o que se toma, o que tiene un grupo, sino como unos puntos siempre en tensión. Es una red de relaciones de fuerza, que se encuentra siempre en tensión una con otra. Siguiendo con nuestro ejemplo entre empleador y empleado. El poder se ejerce, por eso en las relaciones, ese ejercicio de poder puede pasar de una a otra persona. El autor, también piensa el poder en términos de táctica y estrategia, emplea un lenguaje si se quiere bélico, por así decirlo, un lenguaje de batalla. El poder se conquista para luego ejercerlo.

Completamos el concepto de poder, sosteniendo que para Foucault el mismo se encuentra en todas partes, no es que un grupo dominante tiene poder sobre un grupo subordinado, no es jerarquizante, no viene de arriba. El poder se construye desde abajo. Con esto no quiere invertir la ecuación, no quiere decir que las bases sociales tienen el poder para derrocar a los de arriba. Quiere decir que el poder está hasta en el más mínimo detalle. Por eso, cuando las personas ejercen poder, su ejercicio, es decir, su forma de ponerlo en práctica, es a través de unas disposiciones, unas maniobras, unas tácticas, unas técnicas, unos funcionamientos. Esto se observa con la emergencia de la sociedad capitalista, en las instituciones que surgen durante el siglo XVIII. Instituciones como la escuela, la fábrica, la prisión, el manicomio. En estas instituciones se disciplina el cuerpo siendo transformado en útil y dócil. Es la llamada “sociedad disciplinaria”. En nuestros días, el ejemplo que vimos antes del “call center” muestra como seguimos inmersos en este tipo de sociedad disciplinaria. No sólo los operadores telefónicos son víctimas, sino la mayoría de los empleados en relación de dependencia, que deben cumplir cada vez más tareas en menos tiempo, lo que conlleva un alto grado de estrés que trae como una de sus consecuencias los diferentes trastornos de ansiedad.

A partir del siglo XVIII las sociedades modernas tomaron lo biológico como fundamental. En este escenario, el *biopoder* hacía referencia a los mecanismos por los cuales la vida se convertía en una estrategia política, como táctica de poder. En la actualidad esta noción de biopoder ya no es la misma, como citamos precedentemente, Sibilia concluye que en el día de hoy el biopoder se cruza con la lógica del consumo y adquiere una nueva dinámica asociada al mercado. A su vez la enfermedad también se redefine como un error en la programación que debe ser corregido. *“El biopoder no apunta más hacia lo que el individuo hace (o hizo), sino a*

lo que él es. Todos los miembros de la especie humana tienen probabilidades de enfermarse y morir, todos poseen errores grabados en sus códigos, todos están virtualmente enfermos.”
(Id.:2009)

Como todos estamos virtualmente enfermos, la salud pasa a ser una “mercancía” más. Cada vez las personas queremos rendir más física e intelectualmente, cuidándonos de los riesgos que generan agotamiento, enfermedad, estrés. Como la consigna es “no parar”, se venden diferentes tipos de productos y servicios, para estar siempre bellos, enérgicos, relajados y aptos para seguir en circulación. Como si fuéramos un automóvil, vamos a hacernos “chapa y pintura” al taller y luego volvemos al ruedo.

Por lo tanto, las empresas suelen ejercer “poder” sobre los empleados, los cuales se sienten presionados. A su vez, el viraje que realizó el “biopoder” hace que las personas se preocupen por lo que son física y emocionalmente, sumando otra inquietud. Ambas situaciones generan estrés poniendo en riesgo la salud psíquica.

Capítulo III. Investigación cualitativa

“El método cualitativo surgió de los trabajos realizados a mediados del siglo XVIII por el investigador Giambattista Vico, quien escribió que sólo las personas son capaces de comprender a otras personas y que hacen esto mediante la facultad llamada comprensión intuitiva.” (Carl McDaniel, Jr.- Roger Gates: 1999:125)

“La investigación cualitativa intenta brindar perspicacia en la percepción, motivación y actitudes, para responder a las preguntas: ¿qué?, ¿por qué?, ¿cómo?” (Peter M. Chisnall, Prentice Hall: 43) En nuestra investigación el “qué” son los ataques de pánico, el “por qué” es para desestigmatizar la enfermedad y ayudar a los que padecen la misma brindando información de dónde concurrir ante la sintomatología, el “cómo” es mediante las entrevistas a pacientes y profesionales recabando datos útiles para la realización de la futura campaña de bien público. *“La investigación cualitativa se caracteriza en general por muestras pequeñas, lo que constituye el punto focal de la crítica de todas las técnicas cualitativas.”* (Id: 125)

Nuestra muestra es de treinta entrevistas. Está formada por veinte entrevistas a pacientes y a diez profesionales. Siempre se recalca que la muestra tiene que ser significativa de acuerdo a la cantidad de casos que hay sobre el tema a estudiar.

Una de cada treinta personas de la población general tiene el sistema de alarma del cerebro hipersensible, que en ella el umbral para que se dispare la respuesta de alarma es más bajo. En algún momento de su vida la respuesta se gatilla sola, sin motivo aparente... la alarma se activa en forma de falsa alarma. Se produce entonces una respuesta similar a la que habría en caso de una amenaza verdadera y es lo que constituye el ataque de pánico.” (Alfredo Cía: 2006: 33)

Como cita Alfredo Cía: una de cada treinta personas padece la enfermedad, por eso optamos por una muestra representativa conformada por treinta entrevistas (entre pacientes y profesionales). Este número no fue elegido en forma azarosa o arbitraria sino que responde a la factibilidad de llevarla a cabo, ya que este trabajo será realizado por una sola persona. Por otra

parte es un número significativo del corpus a estudiar para poder orientarnos a marcar tendencias en cuanto a las características psicológicas y hábitos de las personas que padecen estos trastornos.

La popularidad de la investigación cualitativa se desarrolla sin cesar. Se debe a diversos motivos: primero, suele ser más económica que la cuantitativa. En segundo lugar, no hay nada mejor que la investigación cualitativa para comprender las motivaciones profundas y los sentimientos de los consumidores. El tercer motivo por el cual la investigación cualitativa es popular es que puede mejorar la eficacia de la investigación cuantitativa.

Cada vez es más frecuente que los investigadores de mercados combinen la investigación cualitativa con la cuantitativa en un estudio o serie. Todo tipo de investigación se efectúa para aumentar la eficacia de la toma de decisiones de mercadotecnia. La investigación cualitativa se mezcla con las medidas cuantitativas para proporcionar una comprensión más profunda de las demandas de los clientes. Las técnicas cualitativas incluyen preguntas abiertas y sondeo. Los datos son ricos, humanos, sutiles y a menudo muy reveladores. (Id.:126,127)

La elección del método cualitativo en nuestro caso, no tiene que ver con un tema de presupuesto ni con contribuir a dar más datos a una previa investigación cuantitativa. El motivo de la decisión de utilizar este tipo de investigación, es por la necesidad de descubrir los sentimientos profundos de potenciales pacientes/clientes de los tratamientos de ayuda que brinda Fobia Club para lograr salir adelante de los ataques de pánico.

III.I Limitaciones de la investigación cualitativa

Su primera limitación se relaciona con el hecho de que éxitos y fallas en mercadotecnia a menudo se basan en pequeñas diferencias de la mezcla de la mercadotecnia. La investigación cualitativa no permite distinguir pequeñas diferencias como lo hace la investigación cuantitativa a gran escala. (Id: 127)

Al realizarse una pequeña muestra siempre se corre el riesgo de no contar con toda la información necesaria para el análisis de la misma, con la posibilidad de que quede afuera algún detalle importante para una futura conclusión general.

Una segunda limitación de las técnicas cualitativas es que los estudios cualitativos no necesariamente son representativos de la población de interés para el investigador. Las muestras de tamaño pequeño y la discusión de tipo libre pueden conducir a los proyectos de investigación cualitativa por diversos trayectos. Los sujetos de investigación cualitativa a menudo sienten la libertad de comunicar sus intereses. (Id: 127)

En las entrevistas personales suele generarse un ambiente cálido amigable donde los entrevistados se sienten cómodos y contestan de manera amena y relajada. Es usual que se expliquen en ciertas cuestiones que ellos consideran importantes. Nuestro tema pertenece a la psicología social por lo que no sería raro que se sientan casi como en una sesión con un terapeuta y compartan información de la vida personal como catarsis. Aquí es donde el entrevistador se puede enfrentar a un problema, de ser así, debe poner el freno para no desvirtuar la entrevista hacia otros temas que no son los de análisis.

Dentro de los diferentes métodos cualitativos podemos encontrar los:

Directos	Entrevistas en profundidad
	Reuniones de grupo (también llamadas Focus Group)
Indirectos	Técnicas proyectivas
	Técnicas de creatividad
Observación	Personal
	Análisis de contenido
	Auditoría

Elegimos la entrevista en profundidad como método de análisis para nuestro trabajo porque es donde hay más privacidad para hablar de temas delicados como ser sentimientos, miedos, angustias, y para no inhibir a una gran parte de los entrevistados. No serían útiles los métodos indirectos porque necesitamos información precisa que no se ve a la luz, sino que tie-

ne que ser indagada por alguien para que el entrevistado pueda responder. Tampoco hay observación posible que se pueda realizar dado que una de nuestras hipótesis explica que se oculta la enfermedad que estudiamos.

III.II Entrevista

La entrevista observa datos objetivos (características físicas, económicas, profesionales, sociales, etc.) y subjetivos (ideas, creencias, opiniones, actitudes, sentimientos, conductas) del encuestado. El instrumento de observación es fundamentalmente el cuestionario. (Restituto Sierra Bravo: 1994:350)

La entrevista siempre genera una interacción entre el entrevistador y el entrevistado. Al haber una relación entre los mismos es muy factible que ambos formen una imagen personal y social del individuo que tienen enfrente. Esta imagen que uno se forma hace que generemos expectativas de nuestro interlocutor.

La finalidad de la entrevista de obtener respuestas veraces se ve afectada por las propias opiniones y actitudes del entrevistador. Hay que tener mucho cuidado en no imponer nada al entrevistado. Con gestos de aprobación o desaprobación el entrevistado podrá cambiar su respuesta y no brindarnos su verdadera opinión por temor a ser juzgado.

Una vez elegida la muestra y seleccionadas las personas que han de ser entrevistadas se pautará con cada una de ellas una cita con la debida anticipación (no inferior a quince días). Las entrevistas durarán entre 30 minutos y 2 horas. La diferencia de la extensión de las mismas puede tener que ver con la profundidad que se puede obtener del entrevistado, y con la desviación hacia otros temas que no son los de interés de la misma. Cuando se desvirtúa el tema, es necesario que el entrevistador intervenga de manera sutil volviendo al tema central, con cuidado de no generar que el entrevistado sienta que no le importa la información que está comentando, porque puede generar mala predisposición.

Para la ejecución de la entrevista es importante encontrar el ambiente adecuado donde se desarrolla la misma, la manera de hacer las preguntas, y cómo se anotarán las respuestas. En el caso de utilizar un grabador es imprescindible que se avise apenas comienza la entrevista, explicando que es confidencial y que sólo el entrevistador escuchará la misma al desgravarla

para poder analizar la información obtenida. En cuanto al ambiente es importante que se esté en un lugar cómodo, si es posible con un refresco o café. También es fundamental que no haya terceros escuchando la entrevista y que se cuente con tiempo suficiente para el desarrollo de cada pregunta.

El primer contacto con el entrevistado debe ser agradable. En nuestro trabajo nos ayudaremos contando brevemente el objetivo de la entrevista. A su vez, revelando que la persona entrevistadora también padeció la enfermedad, los pacientes pueden sentirse más comprendidos, ya que sigue siendo un tema “tabú” para algunas personas.

Ahora enumeraremos las ventajas y desventajas de las entrevistas frente a las encuestas como Restituto Sierra Bravo enumera:

“La encuesta por cuestionario simple presenta con relación a la efectuada por medio de la entrevista las ventajas principales siguientes:

- 1. Su menor coste y exigencia de personal.*
- 2. Evita la diversa influencia que ejercen los entrevistadores en las respuestas de los entrevistados.*
- 3. Asegura de modo más perfecto el carácter anónimo de las respuestas y de la encuesta.*

La entrevista respecto al cuestionario simple, las ventajas siguientes:

- 1. Posibilidad de aplicación a personas analfabetas o que leen y escriben con dificultad.*
- 2. La mayor importancia que los encuestados suelen conceder a la entrevista con relación a la frecuentemente escasa que conceden a los cuestionarios simples.*
- 3. Es más seguro en ella obtener la cooperación del encuestado.*
- 4. La entrevista permite lograr una comprensión de las condiciones psicológicas y ambientales del encuestado en la entrevista, y de su intención y disposición de ánimo en la contestación de las preguntas, así como aclarar el sentido de éstas cuando no sean suficientemente claras.*
- 5. La entrevista permite obtener una información más completa, profunda y rica, sobre todo en cuestiones comprometidas”*

III. III Entrevista en profundidad

Una entrevista personal poco estructurada. El entrevistador está perfectamente capacitado en habilidades para sondear y obtener respuestas detalladas a cada pregunta. A medida que la entrevista se desarrolla, el entrevistador sondea a fondo cada respuesta y la emplea como base para otras preguntas. (Carl McDaniel, Jr.- Roger Gates: 1999: 150)

La entrevista profunda deja que los entrevistados opinen libremente sobre cada tema sin cortarles ni acotarles sus ideas. Solamente cuando se desvía mucho del objetivo de la misma, el entrevistador sutilmente volverá al tema central con otra pregunta. Aunque sean preguntas en su mayoría abiertas, es necesario tener un cuestionario guía para no olvidar ninguno de los puntos a analizar. El orden de las respuestas suele variar y/o intercalarse porque al ser preguntas abiertas muchos entrevistados se explayan y contestan en una sola pregunta lo que está en varias dentro del cuestionario. Luego el entrevistador deberá recortar la respuesta para cada pregunta y generar una mayor facilidad para el futuro cotejo de los datos obtenidos.

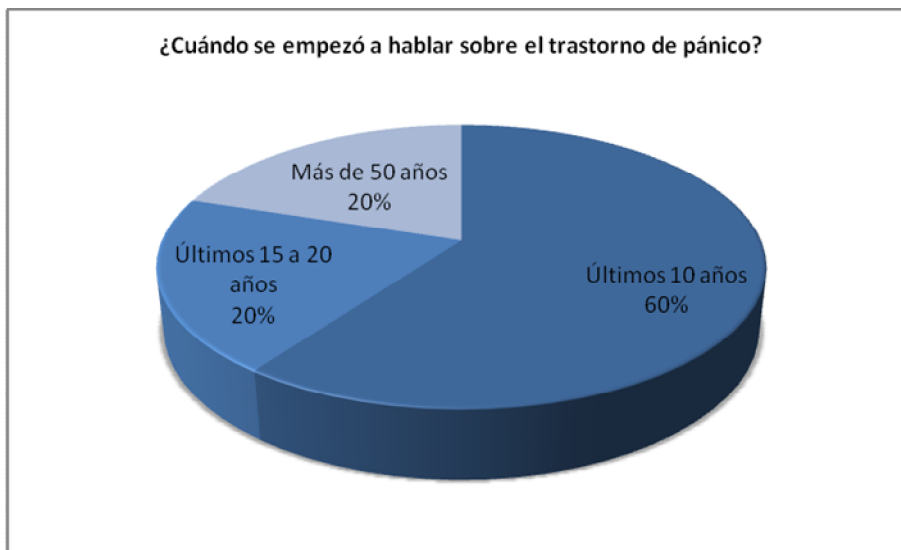
III. IV Análisis de entrevistas

Descripción de la muestra

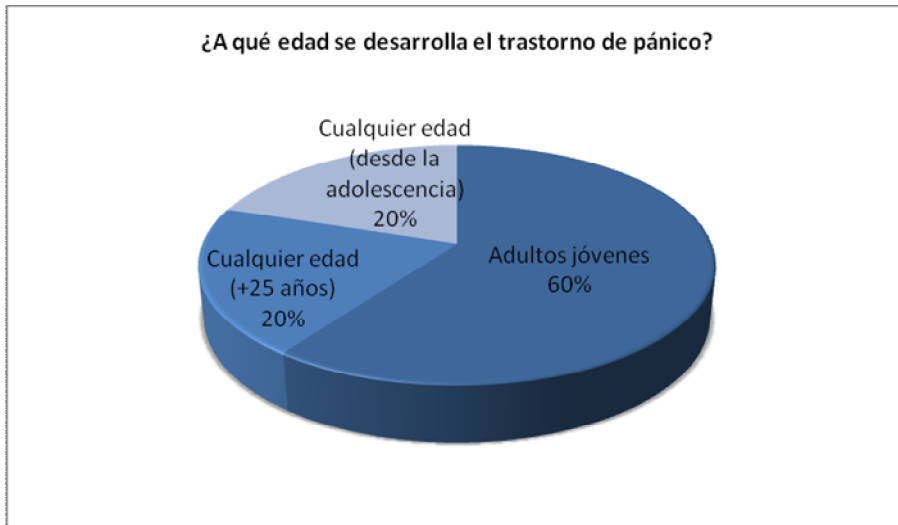
a. Profesionales

Se entrevistaron a 10 profesionales (psicólogos, psiquiatras, psicopedagoga) de Buenos Aires, entre diciembre 2009 y enero 2010. La mayoría de los entrevistados fueron mujeres.

Cuando indagamos sobre hace cuánto se comenzó a hablar sobre el trastorno de pánico, descubrimos que un 60% ratifica que en los últimos 10 años. Otro 20% menciona que entre los últimos 15 a 20 años; y el otro 20% aduce que la temática tiene 50 años o más.



Un 60% considera que se desarrolla en los adultos jóvenes, otro 40% considera que es a cualquier edad, pero de estos mismos el 50% añade que se suele dar desde los 25 años en adelante. El otro 50% concluye que lo padece desde la adolescencia en adelante.



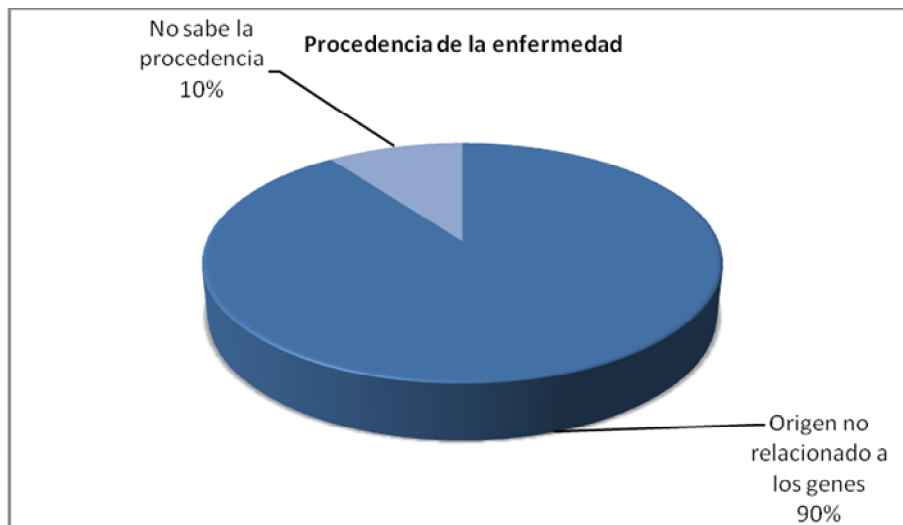
Un 50% recomienda un tratamiento dual entre psicofármacos y terapia, la más aconsejada es la terapia cognitiva conductual. El 50% restante considera que la medicación no es necesaria en todos los casos.



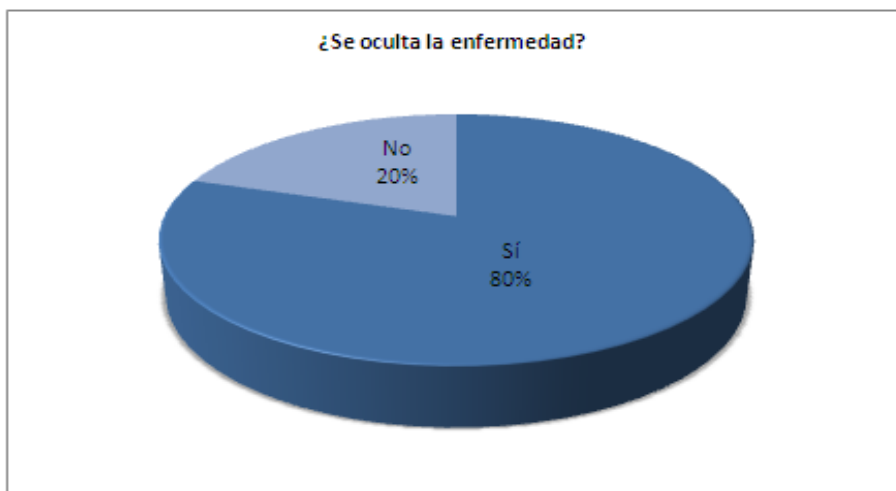
Un 70% considera que sería productivo hacer una campaña de bien público. Un 30 % no cree adecuada una campaña porque sugestionaría más a las personas.



El 90 % asegura que la enfermedad no es genética y un 10% no sabe su procedencia.



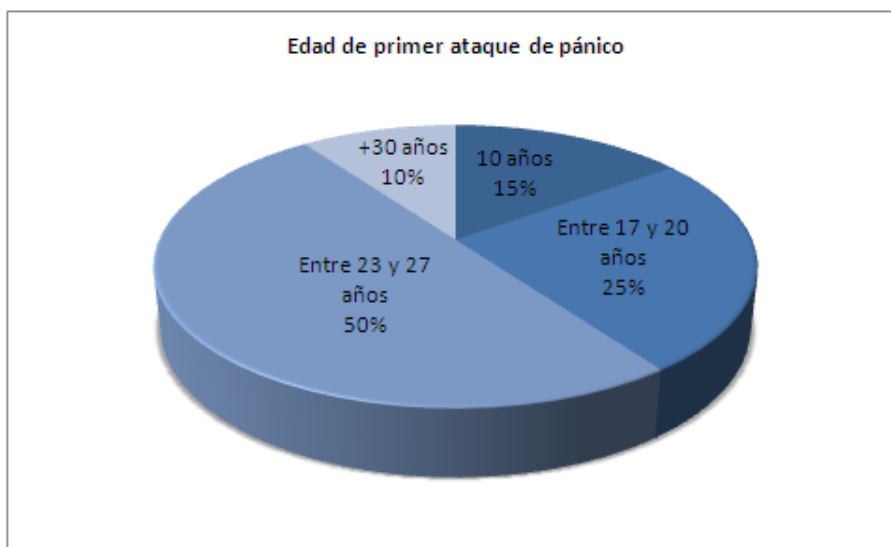
El 80% considera que la enfermedad se oculta por diferentes motivos. El otro 20% que no se oculta.



b. Pacientes

Se entrevistó a 20 personas que padecieron o aún padecen la enfermedad. En su mayoría mujeres. Todos de Buenos Aires y mayores de 23 años.

El primer ataque de pánico el 50% lo tuvo entre los 23 y 27 años de edad. El 25% entre los 17 y 20 años, el 15% a los 10 años y el 10% a los treinta y pico. Coincide con lo que los profesionales confirmaron de los adultos jóvenes el pico entre los 23 y 27 años. A su vez llama la atención que un 15% sufrieron la enfermedad de niños, cuando sólo una minoría de los profesionales reconocen que la enfermedad se puede dar a cualquier edad.



Características de una crisis o ataque de pánico

“Describiremos a continuación, siguiendo los lineamientos del DSM-IV, en qué consiste una crisis o ataque de pánico. Para definirla podemos decir que comprende la “aparición temporal o aislada de miedo o de malestar intensos acompañada de 4 o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos”.

*Los **síntomas** de las **crisis** o **ataques de pánico** son ordenados, según la frecuencia estadística de aparición, de mayor a menor y también, según la intensidad del miedo. Los síntomas son los siguientes:*

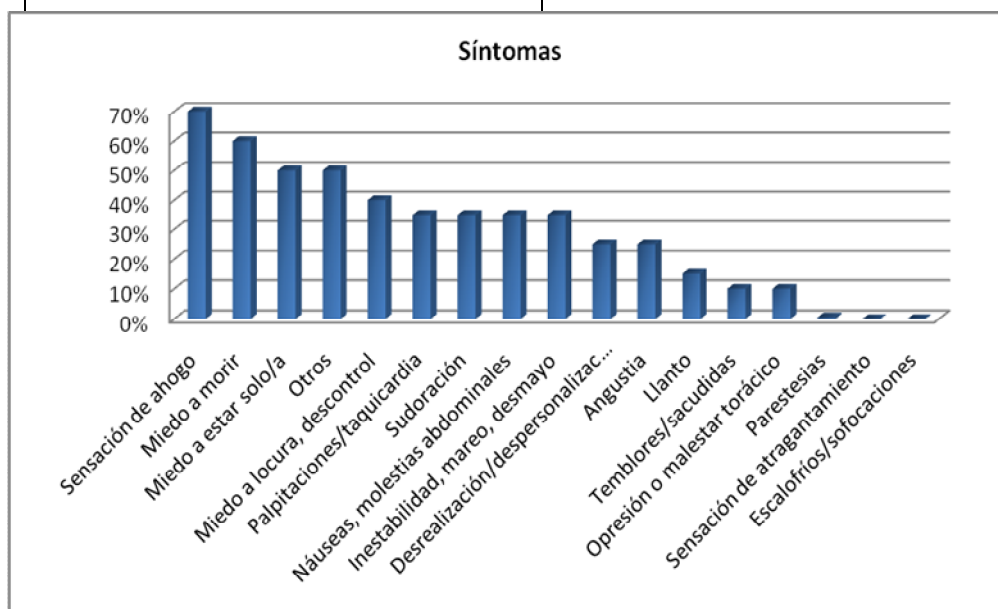
<i>1. Palpitaciones o taquicardia</i>	<i>Síntomas fisiológicos o somáticos</i>
<i>2. Sudoración</i>	
<i>3. Temblores o sacudidas</i>	
<i>4. Sensación de ahogo</i>	
<i>5. Sensación de atragantamiento</i>	
<i>6. Opresión o malestar torácico</i>	
<i>7. Náuseas o molestias abdominales</i>	
<i>8. Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo</i>	
<i>9. Desrealización o despersonalización</i>	<i>Síntomas Cognitivos</i>
<i>10. Miedo a volverse loco o descontrolarse</i>	
<i>11. miedo a morir</i>	
<i>12. Parestesias (hormigueos o entumecimientos)</i>	<i>Síntomas fisiológicos o somáticos</i>
<i>13. Escalofríos o sofocaciones</i>	

De los mencionados, como dijimos, debe haber 4 o más para que la crisis sea completa.” (Cía: 35.36: 2006)

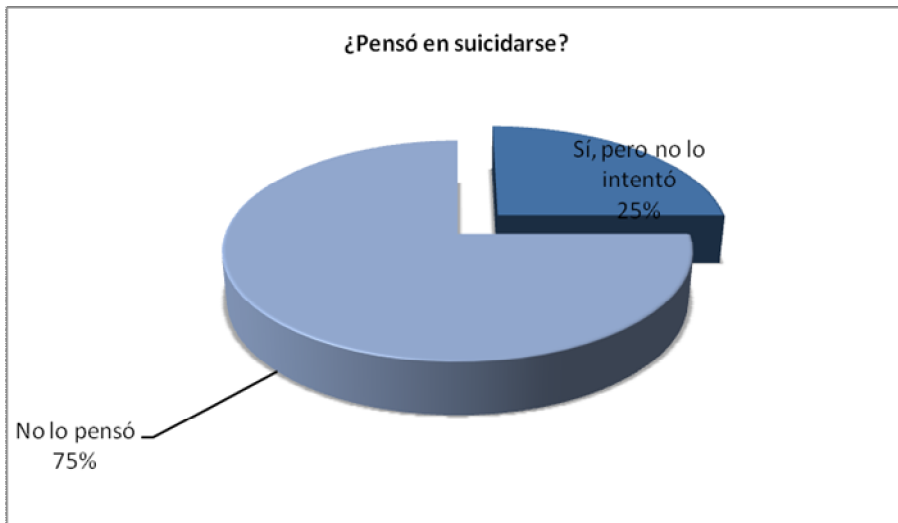
En nuestro estudio pudimos encontrar diferentes porcentajes de acuerdo a los síntomas previamente detallados según el DSM 4. Agregamos Angustia, Miedo a estar solo, Llanto y Otros. Estos síntomas también surgieron en las charlas por eso los especificamos. Creemos que la sensación de atragantamiento es lo que los pacientes denominaron angustia, por lo cual nos dio 0% en ese síntoma, pero los pacientes entrevistados no supieron definirlo de esa manera.

A continuación, efectuamos una tabla y un gráfico de barras con los datos obtenidos, para poder analizar cuales son los síntomas más comunes en este trastorno de ansiedad.

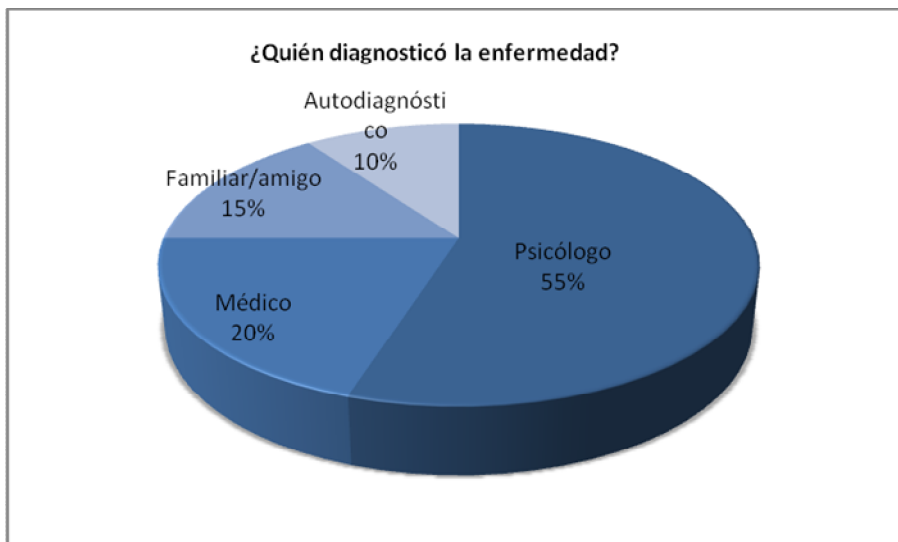
1. Palpitaciones o taquicardia	35%
2. Sudoración	35%
3. Temblores o sacudidas	10%
4. Sensación de ahogo	70%
5. Sensación de atragantamiento	0%
6. Opresión o malestar torácico	10%
7. Náuseas o molestias abdominales	35%
8. Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo	35%
9. Desrealización o despersonalización	25%
10. Miedo a volverse loco o descontrolarse	40%
11. Miedo a morir	60%
12. Parestesias (hormigueos o entumecimientos)	0.5%
13. Escalofríos o sofocaciones	0%
14. Miedo a estar sola	50%
15. Llanto	15%
16. Angustia	25%
17. Otros	50%



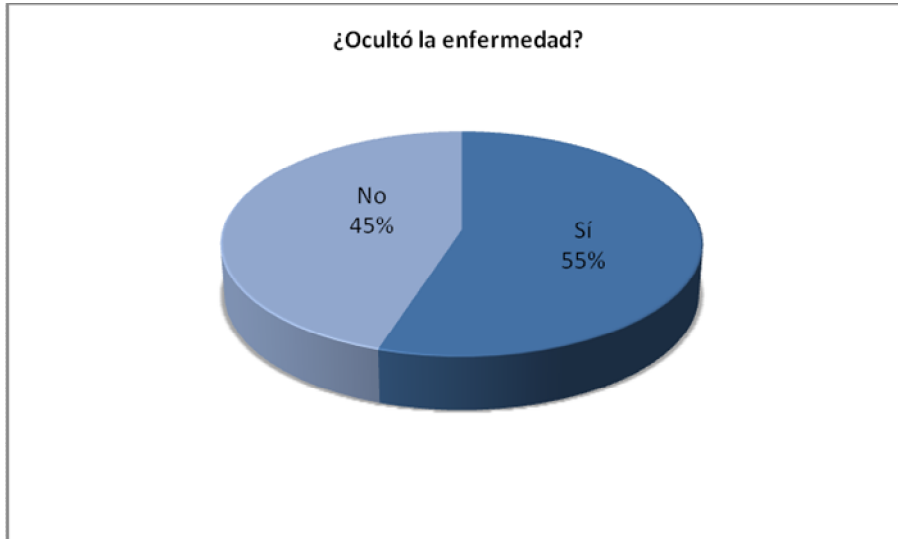
El 25% solamente lo tuvo como pensamiento al suicidio, y en algunos casos que quisieron llevarlo a cabo fueron frenados en el momento justo. El 75% no pensó en sacarse la vida, aunque muchos confesaron querer dormir para no pensar, para no tener los síntomas, para olvidar.



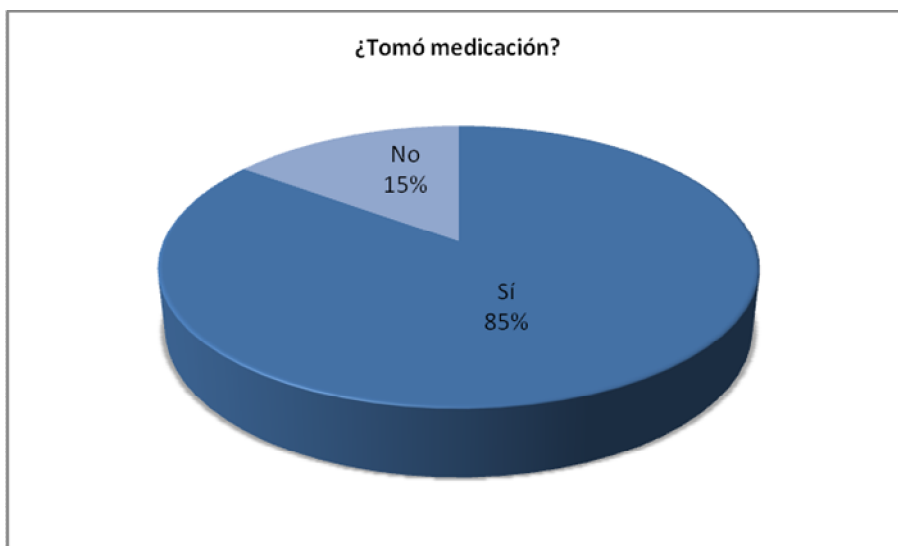
El diagnóstico de la enfermedad fue dado un 55% por psicólogos o psiquiatras, el 20% por otros médicos, el 15% por un familiar o amigo, y el 10% por su propia cuenta descubrieron que la tenían.



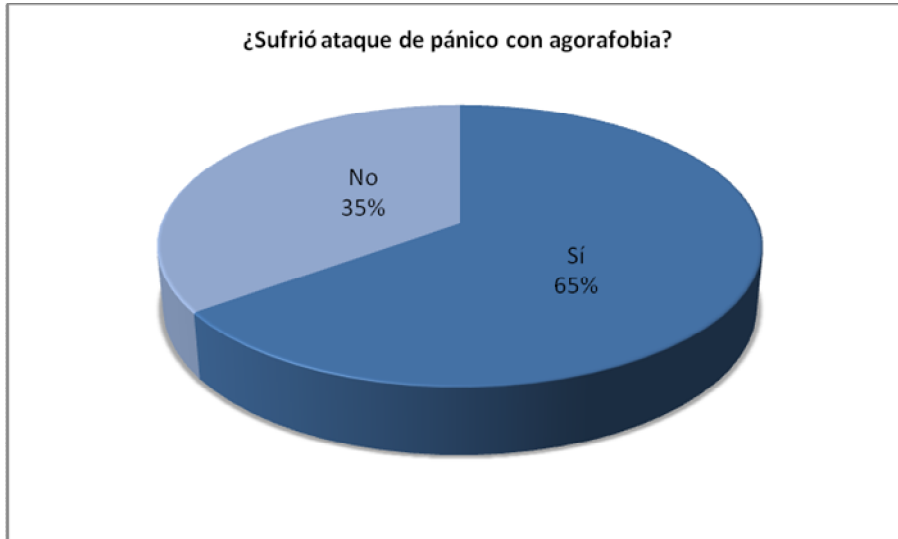
El 55% ocultó la enfermedad mientras el 45% no tenía problemas en mencionar lo que estaba padeciendo.



El 85% tomó medicación, aunque sea por poco tiempo. El 15% se rehusó a tomar medicación por una apreciación negativa de la misma o porque sus psicólogos no se la prescribieron.



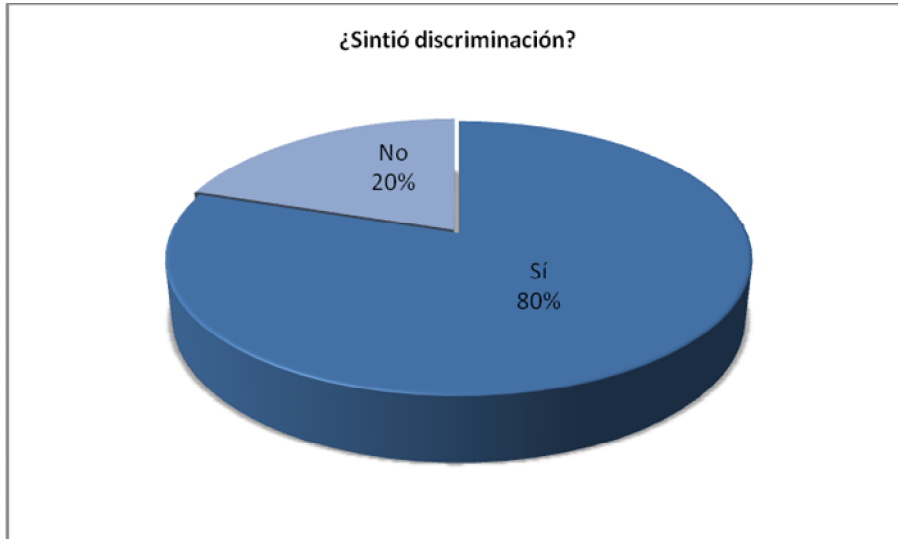
El 65% tuvieron ataques de pánico con agorafobia, mientras el 35% no tenía miedo de salir a la calle, incluso preferían salir durante los ataques mismos.



El 90% considera que sería productivo realizar una campaña. El 10% esta en desacuerdo.



El 80% no se sintió discriminado, pero muchos señalan que sí se sintieron incomprendidos. Mientras el 20% se sintió como bicho raro.



Un 60% opinan que no hay cura definitiva, que siempre puede resurgir otro ataque de pánico, que tiene que ver con el temperamento de cada uno, con la predisposición, la personalidad. Un 20% aduce que sí hay cura definitiva y el otro 20% no sabe.



El 60% se sintió apoyado por su entorno de familia y amigos, el 40% se sintió muy solo en la enfermedad.



Capítulo IV. Interpretación de los discursos

IV.I Agorafobia

“Según Barlow, con quien coincidimos por nuestra experiencia clínica, la Agorafobia está presente en un 95% de los TP diagnosticados.” (Id: 2006) Sin embargo en nuestro estudio los porcentajes fueron diferentes: un 65% tuvo TP con agorafobia, mientras el 35% no tenía problemas con salir a la calle, al contrario, algunos casos comentan que necesitaban salir para despejarse, para no pensar, porque estaban inquietos.

Esto se relaciona con una de las preguntas de nuestras entrevistas, acerca de si continuaron con las actividades cotidianas. El 60% siguió todas las actividades, aunque con algunos inconvenientes, y el 40% tuvo que discontinuar las actividades lúdicas, extralaborales, no obligatorias, en algunos casos necesitaron licencia psiquiátrica porque no estaban capacitados para cumplir con sus tareas laborales. Uno de las complicaciones del trastorno de pánico es viajar, por ende, los transportes públicos en los horarios pico para acudir al trabajo suelen convertirse en una gran pesadilla para quienes sufren estos trastornos. La aglomeración de una gran masa de gente, sumada a la falta de espacio, traen aparejado un síntoma muy característico de esta enfermedad que es la “falta de aire”, esta sintomatología se presenta especialmente en los subtes, por lo que muchos de los afectados evitaron durante las crisis estos transportes, optando por medios de locomoción alternativos como taxis o remises.

Varios testimonios coincidieron al señalar que una de las consecuencias indeseadas de esta enfermedad es fue la falta de rendimiento, señalando que la cabeza les iba a otro ritmo, que estaban “zombies” por no poder conciliar el sueño o no tener un descanso reparador.

La gran ayuda para los que siguieron con sus actividades fue la medicación para bajar los síntomas. Una de las entrevistadas reveló haber cortado vínculos con sus amistades debido a la enfermedad. Otras lo que mencionaron durante la charla, fue que el no ser comprendidas, el tener miedo a salir a la calle, tuvo como consecuencia refugiarse en el hogar y perder sociabilidad.

IV. II ¿Desde cuándo se habla de Trastorno de Pánico?

El TP es una categoría diagnóstica relativamente reciente. La descripción fenomenológica surgió a partir de observaciones clínicas del psiquiatra norteamericano Donald Klein (1964). Unos años después, en 1972, fue formalmente reconocido como entidad en EE.UU. por los Criterios Diagnósticos de Feighner. Este fue el antecedente para su inclusión formal en el DSM-III, dispuesta por la APA (American Psychiatric Association) en 1980. El DSM-III es un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales elaborado por dicha entidad, que se va actualizando periódicamente. La última versión, actualmente vigente, es el DSM-IV, de 1994. En 1992, la OMS (Organización Mundial de la Salud) con sede en Ginebra, incluyó este cuadro en su versión española, denominada CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión). En la misma se enfatiza que el nombre correcto para designar esta entidad es pánico, dado que esta es la palabra que habitualmente mencionan los pacientes para describir su dramático padecimiento. (Cía: 35:2006)

Las respuestas de los profesionales respecto a cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad coincide con lo que Alfredo Cía expone. La mayoría considera que recién en los últimos años comenzó a hablarse de ataques de pánico. También mencionan el DSM-IV como el manual de la psiquiatría donde están detallados los síntomas de este trastorno. Otros aducen que se habla hace más de 50 años, por lo que hacen alusión a Freud, que en su teoría especificaba las neurosis de ansiedad y las histerias de ansiedad donde se describía un comportamiento de los pacientes al igual que los que hoy sufren trastornos de ansiedad.

IV. III Inicio de la enfermedad

La edad del inicio del trastorno de angustia varía considerablemente, si bien lo más típico es inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y el trastorno puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años.

Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso. Aunque la agorafobia puede aparecer en cualquier momento, suele hacerlo en el primer año de las crisis de angustia recidivantes.

Algunos individuos manifiestan que disminuyen la frecuencia de las crisis de angustia evitando exponerse a ciertas situaciones. Los estudios de seguimiento efectuados en personas tratadas en centros de asistencia terciaria, sugieren que, al cabo de 6-10 años de tratamiento, cerca del 30% de los individuos se encuentra bien, entre el 40% y el 50% han mejorado, pero siguen con algunos síntomas, y el 20-30% restante sigue igual o incluso peor. (Manual de psiquiatría: 2001: 408)

La Fundación Fobia Club agrega que el pico se da entre los 20 y 30 años. La edad parece estar asociada al comienzo de la adultez, cuando la persona se vuelve más activa y asume mayores responsabilidades en la vida. Una psicóloga determinó: “Entre los 25 y 50 años, la gente está más productivamente activa y puede estar más propensa a factores de stress pero no se circunscribe solamente a esa edad”. Muchos especialistas suelen mencionar el rango etario como “adultos jóvenes”, desde los 18 años en adelante.

Observamos que no todos los profesionales se encuentran bien informados ya que algunos afirmaban que no se podía padecer en la niñez.

Confirmando lo que los profesionales, el DSM-IV y Fobia Club mencionan, la mitad de las personas entrevistadas tuvieron su primer episodio entre los 23 y 27 años. En segundo lugar entre los 17 y 20 años, edad que denota el fin de una etapa (el secundario, la adolescencia) y el comienzo de otra (la adultez y el estudiar y/o trabajar, la independencia del individuo no solo económicamente). Por último corroboramos como se detalla en el DSM-IV, que hay un número reducido de casos que se dan en la segunda infancia, como 3 de nuestros entrevistados que a los 10 años comenzaron con los síntomas.

En cuanto al género todos los entrevistados concuerdan que no tiene que ver con el sexo. Algunos profesionales añaden que hay más porcentaje de mujeres que de hombres. Cabe señalar que todos coinciden con que puede padecerlo una persona proveniente de cualquier estrato social, como una de las psicólogas entrevistadas opina: “Lo que a una persona lo estresa es independiente del estrato social, creo que cada persona en su estrato social tiene ciertas responsabilidades que exceden el nivel económico”.

Si bien constituye un problema universal que se encuentra en todas las culturas, razas, y niveles socioeconómicos, es posible que en el Trastorno de Pánico existan algunas diferencias culturales que parecen influir levemente en su presentación. Se estima que 1 de cada 10 personas tiene una crisis de pánico aislada a lo largo de su vida, sin que la misma vuelva a repetirse. Diferentes estudios epidemiológicos indican que la prevalencia

(porcentaje de personas afectadas) de por vida del Trastorno de Pánico –con o sin Agorafobia- en la población general, oscila entre el 2 y el 5%. Esto nos habla de que 1 de cada 30 personas padece la enfermedad, con lo que habría un millón de afectados en la Argentina, donde aún hoy es una enfermedad subdiagnosticada y, por consiguiente, mal tratada. El subdiagnóstico hace mucho más daño que el diagnosticarla en exceso, lo cual de todas maneras no ocurre. La edad típica de comienzo del Trastorno de Pánico es entre los 25 y los 30 años y tres de cada cuatro afectados son mujeres. (Cía:38: 2006)

IV. I Fármacos

“Si el techo de tu casa está roto y tenés goteras, ¿no ponés un balde? Bueno, hay una diferencia entre poner un balde y arreglar el techo. Si tenés goteras en la terraza y te llueve en el comedor, vos sabés que con el balde la solución es pasajera. Los ansiolíticos funcionan como baldes. Arreglar el techo es posible, aunque mucho más complejo. Hay que tener ganas”. Shapira



Fármacos

El nacimiento de los psicofármacos corresponde a la década del '50.

La verdadera hora de la ansiedad y la depresión llegó al borde de los '60. En 1957, Leo Sternbach inauguró la era de las benzodiazepinas: sintetizó el clordiazepóxido y, después de esa droga, llegaron el diazepam (que con el nombre comercial Valium fue una de las sustancias más vendidas en el mundo, desde 1963), el lorazepam y otros ansiolíticos que hoy ocupan las primeras filas en las estanterías de las farmacias.

Las benzodiazepinas son drogas que interactúan en el cerebro con el sistema GABA, la estrella de los neurotransmisores inhibitorios del sistema nervioso. Ayudan al normal funcionamiento de ese sistema y sus usos múltiples. Abarcan los llamados trastornos de ansiedad, el insomnio, la fobia social, la depresión, la abstinencia alcohólica, la agitación psicomotriz, los movimientos anormales provocados por los antipsicóticos y los síndromes convulsivos.

A fines del siglo XX, también los antidepresivos tuvieron su carrera en ascenso. Aparecieron los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), un grupo de drogas que bloquean el metabolismo de los neurotransmisores causado por esa enzima, que habitualmente no tiene afinidad con ellos. Además llegó otro grupo, el de los antidepresivos tricíclicos (ATC), que inhiben la recaptación de varios neurotransmisores (como la serotonina, la dopamina o la noradrenalina).

En 1972, el norteamericano Ray Fuller sintetizó la fluoxetina. La más famosa se llamó Prozac. Su comercialización masiva estalló a fines de los 80. La fluoxetina fue la primera molécula antidepresiva eficaz.

A esa molécula le siguieron otras, como sertralina, fluvoxamina, citalopram y paroxetina. Y hoy también existen nuevas clases de antidepresivos que no actúan a través del sistema serotoninérgico, sino de otros circuitos, como ocurre con los ansiolíticos no benzodiazepínicos.

La mayor parte de las drogas disponibles se desarrollaron, en principio, para curar otros males; pero terminaron calmando la ansiedad.

Hoy se emplean dos grandes grupos de drogas: el de los fármacos de efecto rápido, cuyo paradigma son las benzodiazepinas y los inductores del sueño, el grupo de los antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores, cuyo efecto demora unas tres semanas en aparecer.

En el primer grupo la ventaja es la rapidez de acción. En el caso de las benzodiazepinas, hay que sumarle la seguridad. La desventaja, es que estos medicamentos pueden generar tolerancia (la persona que los toma necesita una dosis cada vez mayor para conseguir el mismo efecto) y dependencia (dificultad para abandonar el medicamento). En el segundo

grupo, como el mecanismo de acción es diferente y el efecto primero no es el terapéutico, lo “bueno” es que la dependencia brilla por ausente. Lo “malo” es que para que logren el efecto deseado hay que tenerles paciencia. “Los antidepresivos pueden estimular el crecimiento de las células en el hipocampo, región clave para la memoria y el aprendizaje. Eso explica por qué lleva cerca de un mes alivianar nuestros estados de ánimo, el mismo tiempo requerido para el desarrollo de las células”.

La primera línea para el tratamiento de lo que los psiquiatras definen como ansiedad generalizada pasa por los inhibidores de la recaptación de serotonina y otros fármacos de acción dual (los que actúan sobre más de un neurotransmisor). Al mismo tiempo, las benzodiazepinas continúan vigentes. (Shapira: 78-83:2009)

El tema de la medicación generó siempre controversia. Es un tema muy delicado porque la sociedad aún señala a los que acuden a un psicólogo, más aún a los que acuden a un psiquiatra y se medican. Muchos al confesar que tomaron psicofármacos decían durante la entrevista: “como una muletilla, me dijo el psicólogo que tome”, o “no quiero depender de un medicamento”. Otros se justificaban: “tomé porque no soportaba los picos de ansiedad”, o “tomé porque estaba muy mal”, como excusándose del hecho de recurrir a un ansiolítico o antidepresivo. La mitad de los especialistas recomienda un tratamiento interdisciplinario entre un psiquiatra y un psicólogo, con medicación de por medio. La otra mitad de los entrevistados considera que el uso de psicotrópicos sólo es necesario en casos graves, donde el paciente queda incapacitado para desarrollar sus actividades diarias. Como terapia la mayoría recomienda la terapia cognitiva-conductual. También adicionan que un análisis personal es productivo, a la vez la posibilidad de registrar las sensaciones para trabajar sobre ellas, como la respiración durante la hiperventilación. Casi la totalidad de los pacientes entrevistados fueron tratados con medicación, algunos más tiempo que otros. Varios, tardaron más en recurrir a un psicofármaco por desconocimiento de la enfermedad o por prejuicios propios. A su vez, muchos realizaron un tratamiento compuesto por antidepresivo y ansiolítico, y otros solo con uno de ellos.

IV. V Ocultamiento de la enfermedad

La mayor parte de los profesionales consideran que la enfermedad se oculta porque está mal vista, por temor a ser considerados insanos mentales. Solamente se menciona en ciertos ámbitos como por ejemplo en ciertas clases sociales que lo toman como un signo de distinción

haber padecido ataques de pánico, cuando quizás no lo sufrieron jamás y lo utilizan como moda, en general personas famosas y mediáticas.

No hay gran diferencia de porcentaje entre los pacientes que ocultaron la enfermedad y quienes no tuvieron inconveniente en comentarla. Un especialista menciona que la gente desconoce lo que tiene. Otro profesional cuenta que se popularizó porque los laboratorios crearon el “panic attack” como si fuera una enfermedad cuando es un síntoma de una situación. Los motivos por los cuales se oculta señalan ser los mismos por los que los profesionales consideran que no se revela. Sin embargo, una gran cantidad de entrevistados no titubea a la hora de enfrentar a otro y contar que tiene síntomas panicosos. El lugar donde más se esconde el trastorno de ansiedad es en el trabajo, por una cuestión de miedo a ser despedido. Incluso como una de las entrevistadas comentó: “En una entrevista de trabajo no puedes poner que tomas antidepresivos porque olvídate que te llamen. Hasta para los seguros de vida que vendo en el banco si declaras tomar antidepresivos o ansiolíticos no puedes tenerlo.”

Una de las preguntas para los pacientes fue si se sintieron discriminados por la enfermedad, a lo que vale la pena observar que para nuestra sorpresa sólo algunos se sintieron discriminados, los demás se sintieron incomprendidos, juzgados u observados pero no al punto de la discriminación. Los que se sintieron desplazados relatan haberse visto como “bichos raros”, lo que les generaba un cuadro de angustia mayor a la que ya venían padeciendo.

IV. V El trastorno de pánico y el entorno afectivo

Más de la mitad de los entrevistados tuvieron el apoyo de sus seres queridos durante el transcurso de la enfermedad. Algunos contaban con más personas que otros, varios se lo mencionaban únicamente a su círculo de familiares y amigos más íntimos, por lo que sólo ellos podían ayudarlos. Es bien sabido que para enfrentar cualquier enfermedad ya sea física o mental, la ayuda del entorno es decisiva para salir adelante. El poder contar con un familiar o amigo no significa que lo comprenda, pero sí que se preocupe y busque la manera de ayudar al otro a recuperarse. El ayudar al que padece la enfermedad no implica comprender la misma, como una de las damnificadas expone: “Sólo te entiende el que pasó por la enfermedad”. Vale la pena observar que los padres resultaron más contenedores que los amigos según los entrevistados.

Al aislarse, la persona se encierra sobre sí misma, los pensamientos perturbadores se acrecientan y el paciente corre riesgo de suicidio. Una parte considerable de los entrevistados confiesan haber tenido ideas suicidas, algunos hasta estuvieron a punto de intentarlo. En general lo que prevalece no es el suicidio pero sí el dormir para no pensar, para no experimentar

sensaciones desagradables, para calmarse, para despejarse. Una señora nos declara: “vendía mi alma al diablo con tal de sacarme la sensación de encima”.

IV. VII Campaña de bien público sobre trastorno de pánico

Una de las hipótesis planteadas al comienzo de este estudio, es que al aumentar la difusión de la enfermedad se ayudaría a las personas que sufren la enfermedad sin saber donde acudir, y a su vez concientizar a la población en general sobre el trastorno de ansiedad para prevenir y a su vez desestigmatizar las opiniones negativas al respecto. Casi la totalidad de los entrevistados coinciden en que sería de gran utilidad una campaña de conocimiento masivo sobre la enfermedad por la poca difusión que hay al respecto, y los grandes prejuicios. Aportar tranquilidad y seguridad para una prevención en la medida de lo posible, una higiene en la vida, respetar muchas cosas que en la modernidad no se hace. También se ve que los profesionales se encuentran en menor acuerdo de realizar una campaña que los pacientes, que es a quienes son dirigidas las mismas. Igualmente, sólo un tercio de los especialistas se opone a realizar una campaña arguyendo que podría suggestionar a las personas presentar una lista de síntomas, y de esa manera resultar peor el difundir que el permanecer callados. Agregan que habría que dar información en hospitales públicos, colegios, guardias para que sepan derivar correctamente a los pacientes que sufren de este trastorno de ansiedad.

Salvo en el caso de una minoría, consideran que en la publicidad debería figurar un listado de los síntomas, para que los que sufren puedan identificarse y solicitar ayuda. Una psicóloga argumenta que la mejor manera es: “Contarle al público que es un trastorno de pánico, dar una buena definición, clara y concisa. Todo lo que tenga que ver con pequeñas técnicas, pequeños consejos en el cómo uno día a día puede lidiar con el estrés de una forma más sana.” Transmitir un modo de vida diferente porque llevamos una vida muy agitada donde sus consecuencias las carga nuestro cuerpo de diferentes maneras, como ser los trastornos de ansiedad.

Cuando le preguntamos a los pacientes sobre qué resaltarían se emocionan detallando diferentes propuestas y contando sus experiencias. Lo primero que resaltan es el hecho de informar sobre el trastorno de ansiedad, debido al desconocimiento que hay del tema. Sugieren que la publicidad detalle los síntomas, que anime al que padece la enfermedad a buscar ayuda. Para poder captar la atención recomiendan que se refleje tal cual es un ataque de pánico, que se muestren las sensaciones que provoca como el miedo a la muerte (que es el punto común que presentan la mayoría de los pacientes), aconsejan que aparezca una persona que lo padeció explicando lo que le pasó, para clarificar el tema para que no se asusten y consulten urgente a un

profesional. También agregan el tema de la hiperactividad que vivimos hoy en día, que es una de las causas de este trastorno, concientizar que no se puede vivir todo el tiempo corriendo, los tiempos son otros, se vive con mucha presión, estrés y exigencia. Uno de los temas que surgió es que tiene que haber un respaldo para que la gente concurra, que tenga un aval de una ONG o el Estado, y los tratamientos se brinden de manera gratuita, ya que los psiquiatras y psicólogos privados tienen aranceles muy altos y no todos pueden acceder a los mismos. Aconsejar una consulta sin brindar el apoyo económico es como hacer la mitad del trabajo.

Los que están en desacuerdo sobre las campañas piensan que habría que hacer una campaña de salud mental y emocional en general, una campaña de todas las enfermedades del “cuello para arriba”.

IV. VIII Recomendaciones y consejos para salir adelante

“La ansiedad es un arroyito de temor que corre por la mente. Si se le alimenta puede convertirse en un torrente que arrastrará todos nuestros pensamientos.” (A. Roche)

Los pacientes se entusiasmaron en dar consejos para las personas que sufren del trastorno de ansiedad. Remarcaron el hecho de que comiencen aceptando la enfermedad, poder conversarlo con quien tengan más confianza. Es un camino muy difícil para transitarlo solo porque se genera una crisis mental. Otro de los ítems destacados fue la autoexigencia, el creerse omnipotentes, hay que aceptar que no se puede con todo, que hay que frenar, aprender a delegar, “bajar un cambio”, asumir que uno está pasando por un mal momento, porque como una de las entrevistadas añade: “el cuerpo acusa recibo de todo”. El sujeto no debe sentirse solo, debe entender que éste estado se supera y no debe entrar en pánico si se repite.

Es imprescindible no exagerar el cuadro para evitar una situación de “victimización”. Es una enfermedad como cualquier otra, hay que dejar de verla como algo “tabú”. Uno de los ingredientes para la cura es la confianza en sí mismo, quererse, porque nada sirve si el cambio no empieza por uno y si uno mismo no se quiere ayudar.

Buscar cosas que a uno lo hagan sentir bien, hacer gimnasia, yoga, hacer terapia y en la mayoría de los casos agregan que tomar medicación. Una de las terapias más recomendadas es el aprendizaje cognitivo para trabajar los miedos. Siempre hay un detonante que lo activa hay que buscar las causas con una buena terapia.

Para ayudar a los pacientes, como antes mencionamos la gran parte recomienda terapia y medicación. A su vez dar herramientas para que el paciente pueda relajarse; las técnicas de

respiración son muy importantes porque uno de los síntomas principales es la hiperventilación, al aprender a controlarlo se puede utilizar como recurso estando en cualquier lado incluso en un transporte público, que es donde suele manifestarse la denominada “falta de aire”. El tratamiento cognitivo conductual ayuda a cambiar el pensamiento sobre los miedos y enfrentarlos. Reconocer los episodios e ir aprendiendo que uno no se va a morir, que es un mal momento que dura unos minutos pero tiene principio y fin. Una psicóloga explica: “Pienso el pánico como la punta del iceberg, debajo de ese síntoma está la enfermedad que controla el síntoma, para ver la enfermedad hay que ver las causas y porque elige ese síntoma”. Hay que buscar todo lo que sirva para bajar la ansiedad como la alimentación, el deporte, disminuir la cafeína, viajar, hacer relax en algún momento del día, tener tiempo para dedicarse a uno mismo.

IV. IX Causas del trastorno de pánico

Prácticamente, una de cada treinta personas de la población general tiene el sistema de alarma del cerebro hipersensible, es decir, que en ella el umbral para que se dispare la respuesta de alarma es más bajo. Por ello, en algún momento de su vida la respuesta se gatilla sola, espontáneamente, sin motivo aparente. Es decir, que sin que existan condiciones de peligro real en el exterior, la alarma se activa en forma de falsa alarma. Se produce entonces una respuesta similar a la que habría en caso de una amenaza verdadera y es lo que constituye el ataque de pánico. Esto fue muy bien descrito en 1988 por el psicólogo estadounidense David Barlow.

Tanto el estrés físico –producido, por ejemplo, por accidentes, cirugías o ciertas enfermedades- como el estrés mental – causado por frustraciones, desgracias o pérdidas emocionales- suelen ser antecedentes frecuentes a la aparición de una primera crisis de pánico. Circunstancias reiteradas de estrés van estimulando crónicamente al sistema nervioso simpático. Quienes están por sufrir un Trastorno de Pánico (TP) presentan una vulnerabilidad particular que los hace generar falsas alarmas, debido a la existencia de un conjunto de factores que, sumados, llegan a producir el pánico. Hay una predisposición familiar a padecer el TP. Que en parte es hereditaria y en parte tiene que ver con el aprendizaje de los modelos parentales a lo largo de la infancia. También pueden ser factores desencadenantes el estrés acumulado en los meses anteriores a las primeras crisis, (casamiento, divorcio, embarazo, nacimientos de hijos, muerte de algún ser querido,

dificultades económicas y, en algunos casos, consumo de drogas estimulantes o panicógenas). Lo habitual es que la persona suponga que su primera crisis ha ocurrido sin un factor desencadenante, dado que la relación entre el primer ataque y estos factores no es directa o inmediata. La primera crisis, generalmente, tiene lugar cuando los hechos ya han pasado y está todo en calma aparente; por lo tanto es necesario explorar qué ha sucedido en la vida en los meses anteriores. En el pánico, la reacción física es similar a la que ocurre en una respuesta de alarma ante un peligro real, con la diferencia de que, en este caso, es gatillada en ausencia de una amenaza concreta.

El panicoso espera, con mucho temor, la manifestación de algún desastre personal, siente que se va a morir, desmayar, descontrolar o enloquecer, dado que el ataque es realmente dramático y no le encuentra una explicación valedera a su aparición. Es entonces cuando la evaluación cognitiva del afectado comienza a operar automáticamente, generando pensamientos e interpretaciones negativas o catastróficas, El componente comportamental se manifiesta provocando cambios en la conducta habitual del panicoso. Cuando las crisis tienden a repetirse una y otra vez, el enfermo deja de ser el que era antes, no tiene descanso, se vuelve asustadizo, pierde su seguridad y trata de evitar las situaciones o lugares en los cuales ocurrieron los primeros ataques y donde se pueda sentir atrapado o desamparado. Comienza a consultar repetidamente a salas de guardia emergencias, va a cardiólogos o clínicos, buscando un reaseguro y para que le digan qué le está pasando con su cuerpo. Tiene miedo a la soledad o al desamparo, en caso de que se repitan sus crisis, cuyos motivos no alcanza a comprender. Empieza a pensar de que el ataque debe ser una señal de que algo anda muy mal dentro suyo:” ¿qué pasa si tengo una crisis cardíaca y me muero?”, “puedo enloquecer”, “puedo descontrolarme o desmayarme”. Es habitual que no se anime a contarle a los demás lo que le ocurre, por temor a ser juzgado como loco y porque su aspecto exterior no evidencia ningún cambio. Además, cuando consulta a un médico clínico, la mayoría de las veces éste lo examina en detalle y le dice que “todo está normal”, “son sus nervios”, “es el estrés”. Esto se debe, muchas veces, al desconocimiento profesional que aún hay del tema y que, afortunadamente, cada vez es menor. (Cía: 2006: 33-34)

IV. X El Trastorno de Pánico: ¿un problema físico o psicológico?

Hoy se considera que es un problema neurobiológico, que puede traer severas consecuencias psicológicas, si no se lo trata. Hay factores estudiados en profundidad que señalan la existencia de una tendencia familiar, tanto genético – hereditaria como debida a influencias del aprendizaje infantil. También la respuesta terapéutica específica obtenida con ciertas medicaciones, ha demostrado que el modelo biopsicosocial es el que mejor explica el trastorno. Los dos aspectos fundamentales en la terapia del Trastorno de Pánico son: primero el bloqueo de la crisis y luego el aprendizaje del paciente para afrontarlas sin temor, con lo cual disminuirá también su ansiedad anticipatoria. Al recuperar la seguridad en sí mismo reduce la evitación fóbica, o sea los síntomas agorafóbicos. La medicación es un tratamiento de primera línea para bloquear las crisis y lo mejor es que el paciente también aprenda habilidades cognitivas-comportamentales para afrontarlas.

Los únicos tratamientos para el TP de efectividad comprobada, a través de rigurosos estudios científicos y estadísticos, son la farmacoterapia específica y la terapia cognitiva-comportamental.

El considerar al pánico como un problema médico, originado en una vulnerabilidad genética o neurobiológica, libera la paciente del estigma de ser un débil o un incapaz de superarlo por sí mismo y lo exime de la culpa de ser el responsable de su enfermedad. Por otra parte, amplía su aceptación y cumplimiento de las indicaciones médicas, al identificar este trastorno dentro del espectro de los problemas médicos, como la úlcera péptica, la diabetes o la hipertensión arterial.

Impedirla a un paciente con TP acceder a una medicación adecuada es como privar a un hipertenso de su medicación específica, o no administrar un antiulcerosos en presencia de una úlcera péptica. Actualmente es tan descabellado como impedir a un asmático en crisis, o aun diabético, tomar su medicación. (Cía: 2006: 34-35)

IV. XI ¿Cuáles son las causas biológicas de un ataque de pánico?

La respuesta a este interrogante permanece aún incompleta; si embargo algunas claves comienzan a develarse y quizás en los próximos años podamos dar una

contestación definitiva. Hay diferentes estructuras hiperreactivas; una de ellas es el locus ceruleus, un pequeño centro nervioso ubicado en la protuberancia o cerebro medio, que controla más de la mitad de las neuronas noradrenérgicas del sistema nervioso central (SNC). Este centro se relaciona con la alarma y con la mayor parte de la noradrenalina liberada al SNC. Una parte del sistema nervioso es el sistema nervioso vegetativo que, a su vez, se divide en dos: una vinculada con la alarma, que es el simpático y la otra, con el estado basal y las condiciones de calma o reposo, que es el parasimpático. La respuesta parasimpática tiende a volver al organismo a sus condiciones de reposo o basales, enlentece el corazón y la respiración, disminuye la tensión arterial y relaja los músculos, con lo que desciende el consumo de oxígeno, dando un sentido de tranquilidad y calma a la mente.

Algunas técnicas comportamentales, como la respiración diafragmática o abdominal, pueden estimular al sistema parasimpático y contrarrestar los efectos activadores de la adrenalina. Se sabe actualmente que en el cerebro hay unos 200 neurotransmisores; entre ellos los más estudiados son la noradrenalina, la serotonina y el GABA (ácido aminobutírico), todos ellos de especial relevancia en el problema del pánico y de la ansiedad en general. Los antidepresivos que bloquean las crisis de pánico incrementan, inicialmente, los niveles efectivos de la noradrenalina y de serotonina, en diferentes proporciones y modulan la actividad de los neurotransmisores.” (Cía: 33-35:2006)

IV. XII ¿Es una enfermedad genética?

Ninguno de los profesionales denota que la causa sea estrictamente genética. Las causas que insinúan es que son síntomas de una situación que se desborda, situaciones de estrés, emociones descontroladas y desorganizadas por eso tantos síntomas. Muchos profesionales hicieron mención a la “predisposición genética” como uno de los posibles factores que genera el trastorno. Vulnerabilidad genética y estilos familiares, un temperamento ansioso que en determinadas familias favorece el desarrollo del síntoma. Si partimos del psicoanálisis freudiano la estructura familiar es la fuente de los traumas y trastornos que uno padece de adulto. Tal es así, que el psicoanálisis hace un recorrido desde los primeros años de vida buscando las posibles causas de los síntomas y problemas del presente.

Fobia Club considera que la enfermedad proviene de tres factores: predisposición genética, el primer año de vida y la estructura familiar. Como vimos con Sibilina no existe un gen de la ansiedad, pero sí un 32% de las personas tienen “prozac genético” por lo que desarrollan otro temperamento hacia lo que el restante 68% responde de manera ansiosa.

IV.XIII ¿Existe una cura definitiva?

Como se vio antes un gran porcentaje de pacientes considera que siempre se puede recaer, que tiene que ver con la personalidad, una predisposición genética como ya hicimos alusión, y con una manera de somatizar el estrés y las dificultades de la vida. Agregan que uno se puede recuperar de la enfermedad, no curar. Que se puede superar, enfrentar de otra manera pero que es muy común recaer. Otros insisten en que cada uno puede direccionar su vida y que dependiendo del tratamiento se puede lograr una cura definitiva.

Conclusiones generales

Como anticipamos en un comienzo, efectuamos el brief de cliente. Un brief consiste en En la práctica profesional publicitaria podríamos diferenciar dos brief: Primero, el brief de cliente. Este es el brief que se acuerda entre el departamento de cuentas y el cliente. El mismo generalmente apunta más a cuestiones de negocio y fechas, que a cuestiones creativas. Si bien las agencias poseen formatos para completar por el cliente, generalmente este brief se produce mediante reuniones (pueden ser más de una), llamadas telefónicas y correos electrónicos. Segundo, el brief creativo (o lo que nosotros consideramos el brief). Este brief es armado por el departamento de cuentas para que el departamento creativo pueda trabajar en el objetivo acordado por el cliente. Por lo tanto, en nuestra investigación únicamente necesitamos desarrollar el brief de cliente.

BRIEF DE CLIENTE

¿Cuál es el desafío del negocio?

Campaña informativa para dar a conocer la existencia de la Fundación Fobia Club, la cual brinda orientación, asesoramiento y sostén a los pacientes para la cura de los trastornos de ansiedad. El objetivo de comunicación es lograr que los pacientes identifiquen su cuadro, sepan de la existencia de la Fundación, en consecuencia acudan a la misma, para que se los diagnostique y comiencen un tratamiento adecuado para su recuperación.

¿A quién le estamos hablando?

Jóvenes de ambos sexos entre los 18 y 35 años. Nivel socioeconómico ABC1C2. De la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Excluimos a los sectores de bajos recursos, ya que consideramos que este grupo socioeconómico tiene otras prioridades, como conseguir alimento, un techo y vestimenta para sobrevivir. Aunque los tratamientos sean gratuitos, no son abiertos, y a su vez resulta difícil pensar la manera de poder llevar a cabo un tratamiento efectivo para la cura de estos tipos de trastornos de ansiedad, cuando las condiciones en las que viven son insalubres.

¿Cuál es su actitud/mentalidad?

Los siguientes puntos son características actitudinales de las personas que padecen trastornos de pánico. Sin embargo, cualquier persona más allá de estas variables blandas puede ser víctima de la enfermedad.

- **Tendencia a la dependencia o a una excesiva necesidad de aprobación:** *Una persona con este rasgo depende de los demás para su autoaceptación. Esto le genera un sentimiento de autorechazo que lo hace hipersensible a las críticas y que le dificulta la posibilidad de negarse a las demandas y requerimientos de los demás. Por otra parte, es particularmente susceptible a las necesidades de otros, a los que trata siempre de complacer.*
- **Pensamiento rígido o dicotómico:** *Es una tendencia a percibir los hechos de la vida, en una serie polarizada de blancos y negros, correctos e incorrectos, lo que le hace autoimponerse reglas muy rígidas. Se guía muchas veces por el “debería”.*
- **Elevadas autoexigencias:** *Espera de sí mismo un nivel de perfección que intenta imponer y espera de los demás. Esto lo lleva a estar atento a mínimas fallas propias y ajenas o a no tolerarlas.*
- **Gran nivel de imaginación o visualización:** *Quienes sufren trastornos de ansiedad suelen ser muy creativos para imaginar, vívidamente, diferentes sucesos. Pero, lamentablemente, esta creatividad, al estar centrada en lo negativo, les anticipa hechos atemorizantes que podrían ocurrir a partir de una situación dada.*
- **Hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos:** *Estas personas suelen ser rotuladas como muy fuertes por amigos y parientes. Dado que necesitan dominar todas las situaciones o los cambios inesperados, deben suprimir los sentimientos, pues perciben que el demostrarlos podría causarles una pérdida del control o exponerlos a sufrir la desaprobación de los demás. Hay en ellos una tendencia a ignorar las propias necesidades físicas, los signos del cuerpo que indican si están cansados y necesitan reposo. Solamente notan la fatiga cuando están exhaustos.*

La idea (Idea Única a comunicar)

La Fundación Fobia Club brinda tratamientos gratuitos para la cura de los trastornos de los diferentes trastornos de ansiedad.

Razones para creerlo

- La trayectoria de la fundación en estos 15 años
- El destacado plantel de profesionales conformado por: psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos, entre otros.
- Los profesionales asisten a congresos nacionales e internacionales.
- La cantidad de pacientes recuperados mediante sus tratamientos
- Las diferentes maneras de atacar a los trastornos de ansiedad mediante: psicofármacos, terapia cognitiva conductual, y a través de grupos de ayuda.
- A los pacientes se les practica un diagnóstico previo, con análisis de sangre, electrocardiograma, test de personalidad y charlas para determinar la patología.
- Funcionan varios grupos terapéuticos gratuitos, pero no abiertos, conformados por pacientes previamente diagnosticados e integrados a los mismos según su patología (por ejemplo: agorafóbicos, claustrofóbicos, entre otros)

Posicionamiento

La Fundación Fobia Club es la única en el país que ofrece tratamientos gratuitos para la cura de los trastornos de ansiedad.

¿Cómo debe hablar esta marca?

Informal, porque pretende alcanzar a la mayor cantidad de receptores posibles, utilizando un lenguaje coloquial, para generar mayor empatía creando un discurso distendido entre

el emisor y el receptor. Pedagógico, porque queremos enseñar de modo didáctico en qué consiste esta patología.

Consideraciones ejecucionales

Necesitamos para trabajar las siguientes piezas: comercial de TV, pieza de radio y vía pública. Consideraciones legales: Avalado por la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (AATA) Presupuesto: los costos de la campaña se financiarán con aportes de terceros (particulares y empresas). Inclusiones obligatorias: en todas las piezas hay que mencionar a la Fundación Fobia Club, agregar el logo y la página web del Fobia Club (www.fobiaclub.com.ar).

Timing

Se solicita tener una primera presentación de ideas creativas para el 15 de octubre del 2010. La campaña debería estar terminada para los primeros días de noviembre del 2010.

Conclusión final

En la introducción señalamos que una de cada treinta personas padece ataques de pánico, como confirma el psiquiatra Alfredo Cía, producto de la angustia, ansiedad y estrés que vivimos cotidianamente en las grandes ciudades, como las delimitadas para nuestro estudio (Gran Buenos Aires y Capital Federal).

Dada la vigencia de la problemática y la falta de difusión del tema en la sociedad, fue que decidimos encarar un trabajo que fomentara un acercamiento en relación a la interacción entre los pacientes que sufren ataques de pánico y la Fundación Fobia Club. Los pacientes no encuentran un lugar adecuado donde poder resolver su enfermedad, y como relatamos anteriormente la Fundación Fobia Club no desarrolla campañas masivas de difusión de la entidad (siendo que la misma cuenta con tratamientos adecuados para lograr afrontar los trastornos de ansiedad como los ataques de pánico).

Por lo tanto, nuestro objetivo es ser el nexo entre ambos. En la actualidad las únicas herramientas comunicativas de la Fundación son: la página web institucional, Facebook y el blog. Tal es así, que nuestro compromiso como comunicólogos fue llevar a cabo un estudio cualitativo de pacientes que presentaron trastornos de ansiedad en algún momento de sus vidas, recortando el universo entre los 18 y 35 años. Luego, con los datos solicitados por profesionales y pacientes entrevistados, puntualizamos la información en el brief de cliente.

Como aclaramos en la introducción, en primera instancia quisimos desarrollar la campaña directamente como si fuéramos una agencia de publicidad, pero no contábamos con los recursos económicos para el desarrollo de la misma, ni quien nos pudiera brindar la financiación. Por consiguiente, queda para un futuro trabajo la concreción de dicha campaña de bien público para la prevención y tratamiento de los ataques de pánico, gracias a los datos consignados en esta investigación.

Como síntesis de las entrevistas, pudimos contrastar nuestra hipótesis, donde considerábamos que la mayoría de los afectados, tienen miedo de decir la sintomatología que les ocasionan los ataques de pánico por creer que serán considerados “dementes” por su círculo social y laboral, y/o que harán el ridículo. Como presuponíamos, observamos que se oculta la enfermedad por los prejuicios que subsisten en la sociedad sobre la temática, por lo que consideramos que nuestra investigación va a ser fundamental para poder lograr llevar a cabo una campaña de bien público, y de esta manera poder concluir con las estigmatizaciones del imaginario colectivo en lo referente a los trastornos de ansiedad para ayudar a mejorar la calidad de vida de la población.

Gracias al análisis del marco teórico que utilizamos para nuestro trabajo, pudimos afirmar que en las grandes urbes las condiciones de producción conducen a que los principales factores que generan estrés sean: la hiperactividad que llevamos día a día, el vivir aislados producto de los avances tecnológicos, y el consumo desmedido que denota como desahogamos nuestras angustias y ansiedades en bienes materiales por no poder solucionar nuestros problemas.

Destacamos que todos los individuos tenemos la posibilidad de elegir si llevar una vida agitada, subsumirse al mercado y al consumo, hacer uso y abuso de las nuevas herramientas tecnológicas e informáticas, transformándolas en un “vicio”, tomar ansiolíticos y/o antidepresivos o asistir a una terapia psicoanalítica en búsqueda de la causa de nuestros problemas.

A su vez, planteamos nuevas disyuntivas para analizar en futuras investigaciones: si es conveniente tomar medicación o es preferible hacer terapia psicoanalítica; las ventajas y desventajas del nuevo paradigma tecnológico; cómo considerar qué es éticamente correcto y qué no lo es de acuerdo a los nuevos parámetros utilizados por la biotecnología donde se puede manipular genéticamente a los seres humanos, pudiendo eliminar o corregir los genes patógenos y de esta manera alterar el ciclo natural de la vida.

En el primer capítulo redactamos los conceptos más importantes acerca de la enfermedad con el material provisto por Alfredo Cía.

En el segundo capítulo nos detuvimos a realizar un análisis exhaustivo sobre los diferentes factores que podemos denominar como “generadores de estrés”.

En el tercer capítulo brindamos información sobre las herramientas metodológicas aplicadas para nuestro análisis de campo. Justificamos porque elegimos dentro de las diferentes posibilidades de investigación la investigación cualitativa, y a su vez, las entrevistas en profundidad dentro de las distintas opciones para estudiar el discurso de los pacientes y profesionales. También añadimos gráficos sobre las proporciones cuantitativas de los datos arrojados por las entrevistas.

En el cuarto capítulo, y último, efectuamos la interpretación de los discursos obtenidos de las entrevistas.

Para culminar nuestro trabajo confeccionamos el brief del cliente para presentar a la agencia de comunicación y/o publicidad que desarrollará en un futuro la campaña de prevención.

Bibliografía

ADORNO Theodor y HORKEIMER Max (1944) *“Dialéctica del iluminismo”*. Traducción castellana (1988). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

BABBIE Earl (1996) *“Manual para la práctica de la investigación social-La estructura de la investigación”*(cap 4, 5 y 6). Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.

BATAILLE Georges (1987) *“La parte maldita precedida de la noción del gasto”*. Barcelona: Editorial Icaria.

CÍA Alfredo H. (2006) *“Cómo superar el pánico y la agorafobia”*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

CHISNALL Peter M. (1991) *“La esencia de la investigación de mercados” Investigación cualitativa*. Naucalpán de Juárez: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana.

FOUCAULT Michel (1996) *“La vida de los hombres infames”*. La Plata: Editorial Altamira.

FOUCAULT Michel (1992) *“Vigilar y castigar” Nacimiento de la prisión: “Los cuerpos dóciles”*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

FOUCAULT Michel (1992) *“Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber. Derecho de muerte y poder sobre la vida”*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI..

FOUCAULT Michel (1992) *“Vigilar y castigar”: Suplicio: I “El cuerpo de los condenados” Disciplina: III “El panoptismo”*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

FOUCAULT Michel (1986) *“Historia de la locura en la época clásica”*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

JONAS Hans (1997) *“Hagamos un hombre clónico, de la eugenesia a la tecnología genética”*. Barcelona: Editorial Paidós..

KEEGAN Eduardo (2007) *“Escritos de psicoterapia cognitiva”*. Buenos Aires: Editorial Eudeba.

KUHN Thomas (1962) *“La estructura de las revoluciones científicas”*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

McDANIEL Carl, Jr.- GATES Roger (1999) *“Investigación de mercados contemporánea, Investigación cualitativa”*. México: Internacional Thompson Editores.

SHAPIRA Valeria (2009) *“La Argentina ansiolítica”*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

SIBILIA Paula (2002) *“El hombre postorgánico” (Capítulo 5)*. Edición original en portugués. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

SIERRA BRAVO Restituto (1994) *“Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios”*. Madrid: Editorial Paraninfo.

TAYLOR Frederick (1912) *“The Principles of Scientific Management”*. Traducción castellana (1961). México: Editorial Herrero Hermanos.

VALLEJO RUILOBA Julio y GASTÓ FERRER Cristóbal (1999) *“Trastornos afectivos: ansiedad y depresión”*. Barcelona: Editorial Masson.

VERÓN Eliseo (1988) *“La semiosis social”*. México: Editorial Gedisa.

www.fobiaclub.com

ANEXOS

Historia de las enfermedades mentales y el pánico

En el siglo XV, los falsos médicos pululaban por doquier y convencían a las almas débiles sobre la supuesta mejor medicina para tratar sus males psi: el cuchillo.

Las trepanaciones habían sido frecuentes en diversas culturas, y ellos decían que la locura podía extirparse mediante una suerte de operación, que en algunas ocasiones se parecía mucho más a un masaje capilar que a una cirugía a cielo abierto.

El Bosco pintó magistralmente la situación en su *Extracción de la piedra de la locura*, una bellísima obra de 1480 que cuelga de una de las paredes del Museo del Prado, en Madrid, donde un charlatán realiza una supuesta operación quirúrgica colocando un embudo en la cabeza del enfermo para extraerle la piedra que - según su teoría- le causa necesidad.

Unos años después, el médico, alquimista y astrólogo suizo Paracelso (1493-1541) aportó la idea del “médico interior”: afirmó que la naturaleza era mejor médico que el hombre, intentando dejar atrás la antigua idea de que los enfermos mentales estaban poseídos y proponiendo que esos pacientes podían ser tratados con sustancias químicas.

Pero aún era el tiempo de una creencia antigua que sólo desapareció con la Ilustración y sus ideas antropocentristas y racionalistas: los planetas y otros astros celestes tenían mucho que ver con los males de la mente, y los enfermos mentales eran unos tipos “lunáticos”.

Para ser justos, y rebobinando en el tiempo, hay que decir que la idea de la enfermedad mental como consecuencia de espíritus, divinidades y planetas descontrolados fue anterior a los griegos, y sólo con ellos la locura se convirtió en un asunto puramente humano. Antes que Cristo pisara la Tierra, Hipócrates (siglos V a IV a.C.) ya había esgrimido su teoría de los cuatro humores (flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre) y había justificado la enfermedad en el desequilibrio de esos elementos, como ocurría con la bilis negra y la melancolía.

Los egipcios dedicaron largas horas a investigar las enfermedades mentales.

En la *Ilíada*, de Homero, escrita en el siglo VIII antes de Cristo, ya había referencias al poder de sugestión de la hipnosis. Y en América, hacia el año 700, los mayas le pusieron nombre y apellido a patologías que hoy se encuentran en cualquier libro de psiquiatría, como tzeniotal (delirio) o coothan (alucinaciones).

El teólogo y médico judío Maimónides (1135-1204) se preocupó por la angustia de la vida cotidiana y le otorgó importancia a la “higiene mental”. Y siglos después, a Robert Bur-

ton (1577-1640) le llevó una vida reunir en las 900 páginas de su *Anatomía de la melancolía* una descripción en todas sus formas.

Las manifestaciones ansiosas, en especial las que aparecen en forma de crisis, fueron ya descritas por Hipócrates con el término de histeria, y atribuidas a las migraciones del útero. Sin embargo, y hasta la obra de Sigmund Freud, los pacientes “diana” para la nosología psiquiátrica eran los sujetos internados en instituciones nosocomiales, es decir, aquellos cuya patología mental les incapacitaba para permanecer en la sociedad. Los pacientes ansiosos no solían entrar en esta categoría ya que presentaban unos síntomas comprensibles desde el punto de vista de la normalidad y mantenían el contacto con la realidad. Por ello avanzó sobre todo la clasificación de los trastornos graves (psicoorgánicos y psicóticos), mientras que la de los trastornos ansiosos tardó mucho más en abordarse seriamente. Además, estos pacientes se manifestaban frecuentemente con una serie de síntomas somáticos que, teniendo en cuenta los conocimientos médicos de la época, eran fácilmente atribuidos a patologías médicas cuya etiología se desconocía.

Hasta el siglo XIX se hallan en la literatura numerosas descripciones sobre trastornos ansiosos, aunque de forma no sistematizada.

Algunos de los ejemplos más significativos:

Burton en el siglo XVII, o Boissier de Sauvage en el siglo XVIII (1770.1771), que describieron el *vértigo histérico*.

Cullen (1769), que introdujo el término *neurosis* para describir alteraciones, sobre todo motoras (espasmos/atonía), que no eran consecuencia de lesiones específicas del sistema nervioso, aunque sí eran secundarias a disfunciones orgánicas.

Georget (1840), que aplicó el término de *neurótico*, infiriendo ya una etiología *extra-orgánica*, es decir, ni funcional, ni lesional.

Morel (1860), que fue el primero que identificó en una clasificación a las *fobias y otras neurosis* bajo el epígrafe del *délire émotif*.

Bear (1868), que introdujo el término de *neurastenia* para referirse a un grupo heterogéneo de pacientes, reconociendo hasta cincuenta síntomas distintos integrantes del síndrome, que englobaba fundamentalmente a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos.

Benedikt (1870), que describió un cuadro agorafóbico, atribuyendo el núcleo del trastorno a la sensación vertiginosa, motivo por el cual lo denominó *platzschwinder* (mareo en lugares públicos).

Westphal (1871), en un texto clásico, describió tres casos de varones que habían desarrollado tal temor a los espacios abiertos que buscaban ayuda de extraños para que les acompañaran a la casa. No es, sin embargo, paradigmático de lo que hoy entendemos por agorafobia.

Cordes (1871), que también describió casos de agorafobia.

Da Costa (1871), que describió el *síndrome del corazón irritable*.

Legrand du Saulle (1885), que describió casos de agorafobia.

La descripción de Oppenheim (1892) sobre la *neurosis traumática* (ansiedad como respuesta mórbida a un estrés grave), que en la clasificación de Kraepelin (1896) se llamó *schreckneurose* (*schreck* equivale a la sensación de terror ante una situación inesperada).

Kraepelin, que en la sexta edición de su libro (1896) clasificó los trastornos psiquiátricos en trece categorías, de las cuales en la XI, bajo el epígrafe de *neurosis psicógenas*, incluyó la *psicosis epiléptica*, la *psicosis histérica* y la *schreckneurose*.

Osler (1905) y su neurosis cardíaca.

Oppenheimer (1918) y su astenia *neurocirculatoria*.

Lewis (1919) con el *corazón de soldado* y el *síndrome de esfuerzo*.

Charles Darwin (1809-1882) fue el primero en pensar el sustrato neurobiológico de las emociones.

La psicofarmacología estaba en pañales y se utilizaba el electroshock. A comienzos del siglo XX, el norteamericano Walter Freeman expandió en Estados Unidos la lobotomía y la utilizó para tratar, entre otros males, la ansiedad y la depresión. Su método fue descrito como “una cirugía para los enfermos de tristeza”, según tituló New York Times, en 1937.

En la película “*La isla desierta*” podemos ver un relato de misterio y suspenso psicológico que se desarrolla totalmente en una isla-fortaleza que alberga un hospital para los delincuentes y asesinos psicóticos. Esta situada en el año 1954 en plena Guerra Fría. Nombra el tema de la “lobotomía” como opción para curar la enfermedad mental que tiene Di Caprio producto de la depresión profunda. Esta cirugía evitaría que siga sufriendo la realidad que le costaba aceptar. Dirigida por Martín Scorsese y protagonizada por Leonardo Di Caprio. Año 2009.

Sigmund Freud

Sigmund Freud, proveniente del campo de la neurología, trataba fundamentalmente pacientes ambulatorios, es decir, pacientes con trastornos menores que no les impedían vivir en la comunidad. En general eran pacientes neuróticos. A partir del estudio de estos pacientes, en 1894 Freud describió la neurosis de ansiedad, confiriéndole una entidad propia e independiente del concepto más amplio de neurastenia, el cual desapareció progresivamente como entidad nosológica. Esta neurosis de ansiedad fue definida alrededor de la propia ansiedad, la cual se transformó en el eje central de la patología neurótica y del propio psicoanálisis. En 1925, describió la histeria de ansiedad, equivalente a la que después se llamó neurosis fóbica, y la distinguió de la histeria de conversión y de la neurosis obsesiva.

De esta manera, y siguiendo el modelo de Freud, hasta 1968 la nosotaxia clásica de las neurosis era la siguiente (un modelo que todavía hoy está presente en muchos tratados y libros de psiquiatría):

1. Neurosis de ansiedad: Enfermos que presentan sólo síntomas ansiosos (cognitivos, conductuales, vivenciales o somáticos), que pueden aparecer tanto de forma paroxística como permanente. El conflicto interno que proponen los psicoanalistas como sustrato de la patología no se transforma, ni se desplaza ni se simboliza, de forma que sólo emergen síntomas ansiosos.
2. Histeria de ansiedad o neurosis fóbica: Enfermos con predominio de síntomas fóbicos. En este caso y en los siguientes, el sujeto utiliza mecanismos de defensa, apareciendo por tanto otros síntomas, además de la propia ansiedad.
3. Histeria de conversión o neurosis histérica: Enfermos con síntomas conversivos.
4. Neurosis obsesiva: Enfermos con síntomas obsesivo-compulsivos.

DSM II

En 1968, el DSM-II (American Psychiatric Association, APA), incluyó más categorías neuróticas en la clasificación, como por ejemplo, la *neurosis depresiva*, la *neurosis hipocondríaca*, la *neurosis de despersonalización* o la *neurosis neurasténica*.

La importancia clave de Freud en la clasificación de las neurosis fue, sin embargo, empañada por la reducción en el interés por la nosología que se produjo posteriormente como consecuencia de sus postulados psicoanalíticos. Freud tuvo gran influencia en América, así

como también Adolf Meyer, entre 1912 y 1940, quien puso el énfasis en las concepciones holísticas.

Ello explica la evolución diferencial de la psiquiatría durante este siglo entre Europa y América y la aparición en la segunda de unas corrientes que se han venido en llamar *neokraepelinianas*.

Neokraepelinismo

Los planteamientos nosotáxicos predominantes durante la primera mitad del siglo XX coincidieron en el tiempo con grandes avances en investigación básica y clínica, que han sido claves en el desarrollo de la nosología actual:

1. La introducción de los psicofármacos , sobre todo las benzodiacepinas a partir del clordiazepóxico, en 1958, los tricíclicos, con la imipramina, en 1957, y los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa), con la iproniacida, también en 1957. Su aplicación, más o menos empírica, en los trastornos ansiosos permitió descubrir que tanto los IMAO (Sargant 1962) como la imipramina (Klein y Fink, 1962, Klein, 1964) bloqueaban las crisis de angustia (o crisis de pánico, panick attack) espontáneas, incluso sin que los pacientes estuvieran deprimidos, pero no afectaban para nada a la ansiedad anticipatoria, al contrario de lo que ocurría con las benzodiacepinas. Por tanto, las crisis de angustia se postulaban como una entidad independiente, estrechamente relacionada con la agorafobia (Breier y cols., 1985).
2. La introducción con éxito de técnicas conductuales en el tratamiento de estos trastornos. Tanto estas técnicas como los psicofármacos potenciaron el interés en delimitar diferentes trastornos ansiosos respondientes a las mismas, favoreciendo la distinción sobre todo entre fobias y obsesiones y entre distintos tipos de fobias. En 1969, Marks sistematizó el estudio y la clasificación de las fobias, haciendo grupos homogéneos a partir del gran abanico de denominaciones sindrómicas. Así, distinguió la agorafobia, la fobia social, las fobias específicas o simples y las nosofobias y fobias obsesivas.
3. El desarrollo de técnicas de inducción en laboratorio de crisis de angustia, planteando modelos teóricos nuevos, sobre todo a partir del trabajo de Pitts y McClure (1967), quienes publicaron la provocación de crisis de angustia gracias a la perfusión intravenosa de lactato sódico en sujetos con historia previa de crisis espontáneas.
4. El desarrollo de técnicas biológicas y genéticas, importantes en la investigación psiquiátrica, y que requerían la utilización de grupos homogéneos de pacientes para ofrece resultados valorables.

5. El desarrollo de técnicas estadísticas y de computación que permitían aprovechar los datos recogidos con los pacientes y plantear modelos matemáticos impensables en años previos.

En este contexto fueron los británicos los que empezaron a individualizar los trastornos ansiosos, sobre la base del tratado de psiquiatría de Mayer-Gross, Slater y Roth (1954) y a partir de los trabajos del grupo de Newcastle, que separaban ansiedad de depresión en función de la sintomatología transversal, la historia familiar, la personalidad premórbida, el momento de inicio y la evolución (Gurney y cols., 1972; Roth y cols., Shapira y cols., 1972; Kerr y cols., 1974). Roth y Mountjoy (1982) propusieron la siguiente clasificación, en la que ya se adivinan estructuras de posteriores nosografías:

1. Depresión neurótica.
2. Depresión ansiosa.
3. Neurosis de ansiedad simple (ansiedad generalizada).
4. Agorafobia.
5. Neurosis fóbica social.
6. Síndrome de despersonalización primaria.
7. Psicosis ansiosa.

Entre nosotros también debemos citar a López Ibor, quien, en 1950, y adelantándose al concepto de Sheehan sobre la ansiedad endógena, describió su timopatía ansiosa, distinguiendo así entre la angustia anímica o reactiva y la angustia vital o endógena, siendo esta última la que constituiría la timopatía. La angustia vital se diferencia de la normal por su carácter más somatizado, su evolución fásica y su relativa independencia del entorno y de los factores biográficos, así como por la puesta en marcha de mecanismos de defensa fóbicos, obsesivos y conversivos.

En este marco histórico surgió en Estados Unidos un movimiento espontáneo como respuesta a los ataques recibidos por parte de grandes sectores sociales, intentando demostrar que la psiquiatría era útil y que los diferentes trastornos descritos eran fiables y de valor predictivo de cara al tratamiento. Este movimiento, llamado neokraepeliniano, representó el surgimiento de la psiquiatría científica, basada en el modelo médico de enfermedad, que en esos momentos planteaba las siguientes premisas:

1. La enfermedad mental tiene una etiología.
2. La etiología es orgánica.

3. El cuadro clínico es la manifestación de un defecto biológico o de la reacción adaptativa compensatoria a dicho defecto.
4. La descripción sindrómica permite el proceso diagnóstico.
5. Mediante el diagnóstico se puede emitir un pronóstico.
6. Mediante el diagnóstico se pretende diseñar un tratamiento etiológico.

Este movimiento nació en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Washington, en St. Louis (EE.UU.), dirigido por Eli Robins, en donde se dedicó un gran esfuerzo a operacionalizar los diagnósticos psiquiátricos. Los diferentes autores que formaron parte de esta corriente pusieron especial énfasis en la descripción de las enfermedades, para lo cual se requería una tradición psicopatológica de la que los americanos carecían, y en el operacionismo.

Las fases del proceso de operacionalización, un proceso absolutamente empírico, fueron las siguientes:

1. Desarrollar unos criterios clínicos de inclusión que surjan de una descripción sindrómica.
2. Delimitar cada trastorno de otros trastornos con la utilización de una serie de criterios de exclusión.
3. Realizar estudios familiares que confirmen la homogeneidad de los trastornos.
4. Realizar estudios de laboratorio que confirmen también la homogeneidad de los trastornos.
5. Realizar estudios de seguimiento para suministrar la validación longitudinal de cada trastorno.

Estos criterios presentaban diagnósticos politéticos (es decir, se planteaba que cada paciente que presentase un trastorno tuviera muchos de los criterios que definían dicho trastorno, pero no necesariamente todos).

Por primera vez la neurosis de ansiedad se dividía en dos grandes trastornos independientes, el trastorno de angustia (o trastorno de pánico) y el trastorno por ansiedad generalizada, y los cuadros fóbicos se clasificaban según las propuestas de Marks. Sin embargo este modelo politético, que se adaptaba bien a la actividad clínica, es poco restrictivo y poco útil para definir grupos muy homogéneos de pacientes para investigación.

DSM III

El Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) es la clasificación, que data de 1980. Se abandonó definitivamente el término de neurosis, de forma que las distintas neurosis que se consideraban hasta entonces se transformaron en diversos síndromes o trastornos que fueron a parar bajo diferentes epígrafes, aparentemente agrupados según consideraciones puramente descriptivas y absolutamente atóricas:

1. El epígrafe de los trastornos de ansiedad que incluía las antiguas neurosis de ansiedad, neurosis fóbica y neurosis obsesiva, suponiendo que todas ellas tenían un sustrato ansioso común. A su vez, la neurosis de ansiedad fue dividida, en función de la presencia/ausencia de crisis de angustia, en un trastorno de pánico y otro de ansiedad generalizada. Las fobias fueron divididas, siguiendo a Marks, en agorafobia, fobia social y fobias simples, pero todavía se mantuvieron agrupadas, a pesar de que ya se establecía una relación estrecha entre la agorafobia y el trastorno de angustia. Asimismo, se añadió un trastorno por estrés post-traumático.
2. El epígrafe de los trastornos somatomorfos, en los cuales predominaba la presencia de síntomas somáticos, y que incluía un grupo heterogéneo de trastornos (trastorno conversivo, hipocondría, trastorno por somatización, dolor psicógeno), mientras que dejó fuera otros, como el trastorno de angustia, que también se caracterizan por la presencia de síntomas somáticos.
3. Un último epígrafe de trastornos disociativos, en el que además de trastornos de estirpe histérica se incluía el trastorno por despersonalización.

DSM III-R

La aparición de la versión revisada del DSM III en 1987 ilustra la apertura del DSM al cambio cuando aparecen nuevos datos que justifican su revisión. La clasificación, por tanto, es un proceso dinámico, en modificación constante. La mayoría de cambios en el DSM-III-R (APA, 1987) se centraron en mejorar los criterios diagnósticos de cada trastorno, ampliar los datos sobre validez (mejorando, por tanto, la descripción de características asociadas), y ampliar la subtipificación de cada trastorno, así como eliminar buena parte de la jerarquía diagnóstica. Desde una perspectiva analítica de la psiquiatría, el DSM-III tuvo que plantearse la existencia de una jerarquía entre trastornos, aunque las soluciones que se propusieron conta-

minaban la investigación y la clínica, especialmente en el tema de los trastornos ansiosos, tanto por la jerarquía establecida entre ellos como por el predominio diagnóstico que adquirirían los trastornos depresivos, aunque fueran claramente secundarios al trastorno ansioso. Por ello en la versión revisada DSM-III-R se redujeron los criterios de exclusión, lo cual permitió hacer varios diagnósticos simultáneamente, aunque a costa de aumentar significativamente las cifras de comorbilidad.

En la clasificación de los trastornos de ansiedad, el DSM-III-R significó sobre todo la inclusión definitiva de la agorafobia como parte integrante del trastorno de angustia. Además, se modificaron los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos, pretendiendo mejorar su validez, y ya se distinguió dentro de la fobia social una forma generalizada y otra limitada.

Situación actual

DSM-IV

La cuarta edición del DSM (APA,1994) ha significado algunos cambios, sobre todo a nivel de criterios diagnósticos, aunque la estructura y filosofía general son equivalentes a las del DSM-III-R.

Quizás el cambio más relevante es en la profundización de la definición de las crisis de angustia. Dado que las definiciones previas no incluían expresamente el concepto de espontaneidad, y dado que, sobre todo desde perspectivas cognitivo-conductuales, se planteaba que las crisis de angustia eran sólo formas extremas de un único fenómeno ansioso, se ha propuesto una definición de crisis amplia, en la que tienen cabida todas las formas paroxísticas de ansiedad, pero que se han subtipificado en función de las claves que las desencadenan, determinando así la existencia de unas crisis *espontáneas*, otras *predispuestas por situaciones* y otras *ligadas directamente a situaciones fóbicas*. Sólo las crisis de angustia espontáneas son las que permiten hacer el diagnóstico de trastorno de angustia, ya que el resto de crisis pueden aparecer en otros muchos trastornos.

CIE-10

La *International Classification of Diseases* (CIE) de la WHO (World Health Organization, 1994) es una clasificación que surgió de la necesidad de hacer estadísticas de mortalidad, y sólo incluyó a la psiquiatría cuando empezó a interesar también la morbilidad. Es una clasi-

ficación internacional, a diferencia de la DSM, que es norteamericana (aunque posteriormente la adoptaron muchos otros países).

La 10ª edición ha pretendido llevar a nivel internacional una versión consensuada del DSM-III-R, incorporando por primera vez diagnósticos operativos y reconociendo la mayoría de entidades que se recogen en el DSM-III, aunque manteniendo peculiaridades propias.

El capítulo 5º. Está dedicado a psiquiatría, con el código F, que se divide en:

F0. Trastornos orgánicos.

F1. Tóxicos.

F2. Psicosis.

F3. Trastornos afectivos.

F4. Trastornos neuróticos.

F5. Trastornos asociados con factores físicos (sueño, sexo, ingesta)

F6. Trastornos de personalidad.

F7. Retraso mental.

F8. Trastornos del desarrollo.

F9. Trastornos infantiles.

A su vez el apartado F4, de trastornos neuróticos contempla los siguientes subapartados:

F40. Trastornos de ansiedad fóbica.

F41. Otros trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo).

F42. Trastorno obsesivo-compulsivo.

F43. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

F44. Trastornos disociativos (amnesia, fuga, estupor, trance y posesión, convulsiones, anestésias, síndrome de Ganser, personalidad múltiple).

F45. Trastornos somatomorfos (somatización, hipocondría, disfunción vegetativa somatomorfa, dolor).

F48. Otros (neurastenia, despersonalización).

El desarrollo de las teorías cognitivas

Terapia cognitiva es el nombre genérico que se da a un conjunto de terapias inspiradas genéricamente en paradigmas surgidos en la década de 1960. Estos paradigmas comenzaron a desarrollarse en varias disciplinas, tales como la psicología básica, la neuropsicología, la inteligencia artificial y la psicopatología.

De acuerdo con la teoría cognitiva, la realidad es polisémica y debe ser construida. Los datos de la realidad son procesados por el sujeto, quien asigna una determinada significación a cada situación. El estado de ánimo resulta congruente con la significación adjudicada; el comportamiento es consonante con la interpretación realizada.

La teoría cognitiva sostiene que pensamiento, emoción y comportamiento son tres sistemas interdependientes; el cambio en uno de ellos determinará un cambio congruente en los otros dos.

En 1985 Aaron Beck publicó un libro que resultó un hito en el manejo cognitivo de los trastornos de ansiedad. Tres años después, David Barlow en Albany, Estados Unidos, publicó un libro de tratamientos de trastornos de la ansiedad que se ha convertido en un clásico.

Los tratamientos cognitivos

La teoría cognitiva sugiere que cualquier influencia sobre la cognición debería ser seguida de un cambio en el ánimo y en la conducta. La terapia cognitiva es un tratamiento que produce estos cambios centrándose particularmente en la modificación de la cognición. La teoría también sugiere que el cambio puede producirse incidiendo sobre la emoción o la conducta; esto es congruente con los resultados alcanzados por psicoterapias que ponen el acento en esas dimensiones, como las psicoterapias experienciales o la terapia conductual.

Los tratamientos cognitivos se basan en teorías específicas para cada trastorno, definido de acuerdo a criterios DSM. Hay una gran diferencia entre la terapia cognitiva de la depresión y la terapia cognitiva del pánico, aunque el modelo global sea el mismo.

Todo tratamiento cognitivo se compone de una fase diagnóstica seguida de un trabajo psicoeducativo que continúa durante todo el tratamiento. El paciente recibe información sobre el trastorno que padece y sobre el tratamiento que se le ofrece. Durante esas entrevistas preliminares se administran instrumentos de evaluación de uso habitual en psicología clínica más algunos específicos, tales como el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Estilo Cognitivo, el Cuestionario de Estilo

Atributivo, etc. El terapeuta necesita reunir los datos indispensables para lograr una adecuada conceptualización del caso.

Una vez obtenido el consentimiento informado, se inicia el tratamiento propiamente dicho ayudando al paciente a identificar y a monitorear sus pensamientos automáticos.

Una vez logrado esto, se le pide al paciente que registre los cambios anímicos que acompañan la aparición de esos pensamientos automáticos. Al alcanzarse este objetivo, se pide al paciente que registre los cambios de comportamiento que acompañan los cambios en el pensamiento y en el ánimo.

El siguiente paso consiste en debatir la razonabilidad y utilidad de los pensamientos automáticos. Aquí prevalece el uso de la mayéutica, pudiendo considerarse con justicia como el paseño central del tratamiento. Este paso debe ser seguido por la generación de un pensamiento alternativo que se vea acompañado de un ánimo y un comportamiento que no generen tanto malestar al sujeto.

El último paso se consagra a modificar las creencias centrales del paciente que, a diferencia de los pensamientos automáticos, suelen ser implícitas. En virtud de esto, terapeuta y paciente deben inferir el contenido de tales creencias. La modificación de las creencias nucleares e intermedias del paciente es condición para la durabilidad de los resultados.

Como puede verse, el tratamiento cognitivo es estructurado y se deriva de la aplicación de protocolos validados en investigación empírica. Los tratamientos para los trastornos de ánimo y trastornos de ansiedad tienen una duración que oscila entre las 12 y 25 sesiones, según el trastorno y el protocolo que se emplee. Las sesiones son normalmente de 50 minutos, pero algunos protocolos incluyen sesiones más prolongadas. Estas constituyen la norma en los tratamientos cognitivos grupales.

La eficacia y la velocidad de respuesta han sido los factores más sorprendentes de la terapia cognitiva, en un campo clínico habituado a los tratamientos a plazo indefinido y al escepticismo terapéutico.

El trastorno de angustia y la fobia específica son sumamente asequibles para la terapia cognitiva. En el primero, la eficacia está en el orden del 86%-90% (Newman 1998, comunicación personal, Barlow, 1988), aun cuando el paciente presente también agorafobia.

En la segunda, la eficacia está en el orden del 74%-94% (Ost, 1997). Esto resulta particularmente interesante porque carecemos al presente de un tratamiento farmacológico de la fobia específica. En cuanto al pánico, la medicación es eficaz, pero las recaídas son muy frecuentes. Los pacientes que han recibido terapia cognitiva recaen en un porcentaje muy pequeño.

No es una terapia intelectualista orientada a que el paciente sea más racional. Es más bien un tratamiento altamente activo para paciente y terapeuta, donde el sentir, el pensar y el hacer tienen igual importancia.

El tratamiento cognitivo conductual para los ataques de pánico

El trastorno de pánico es una patología que causa mucho sufrimiento a quien la padece, pero es sumamente tratable. Los tratamientos que han demostrado mayor eficacia son los fármacos (benzodiazepinas y antidepresivos) y la terapia cognitivo-conductual.

Entre los fármacos, los ansiolíticos de alta potencia (las benzodiazepinas alprazolam y clonazepam) se destacan por controlar rápidamente la sintomatología, pero sólo una minoría de los pacientes obtiene un resultado duradero una vez interrumpida la medicación. Los antidepresivos tardan algunas semanas en hacer efecto, pero sus resultados son un poco más duraderos. De todos modos, el tratamiento es bastante largo (alrededor de un año) y es grande el porcentaje de pacientes que recae tras interrumpir la medicación.

La terapia cognitivo conductual es un tratamiento psicológico que tiene una sorprendente eficacia (9 de cada 10 pacientes responde favorablemente) en un plazo corto. La mayoría de los tratamientos demanda entre 8 y 15 sesiones, que se extienden por alrededor de entre 10 y 18 semanas. La gran ventaja de la terapia cognitiva es la durabilidad de los resultados: entre el 80% y el 90% de los pacientes continúan bien a los dos años de terminado el tratamiento, en marcado contraste con lo que ocurre con los psicofármacos.

Se cree que las recaídas con la medicación se deben a que el paciente desarrolla la idea de que las sensaciones han sido aplacadas por el remedio, pero que volverán a aparecer en cuanto no se las controle. Esta idea es equivocada, pero en la mayoría de los afectados da lugar a una gran ansiedad ante la interrupción de la medicación.

A pesar de su superioridad, la terapia cognitiva está menos difundida que la medicación, ya que hay muchos menos terapeutas entrenados que médicos en condiciones de prescribir psicofármacos. Sin embargo, para la mayoría de los pacientes es el tratamiento de elección.

La terapia cognitiva-conductual tiene una serie de pasos. El primero es la psicoeducación: el paciente recibe una explicación pormenorizada sobre la ansiedad, los ataques de pánico y el trastorno de pánico. Así, puede comenzar a tener una visión diferente de lo que le ocurre en esas circunstancias.

El segundo paso consiste en mostrarle el papel del sistema nervioso simpático y parasimpático en la patología: el entrenamiento en relajación y el reentrenamiento respiratorio permiten comprender cómo funciona el organismo ante la ansiedad y provee medios para moderarla.

El tercer paso, la exposición interoceptiva, consiste en una serie de ejercicios destinados a generar las sensaciones corporales temidas en pequeña escala y en forma gradual, de modo que el paciente logre habituarse a ellas, esto es, experimentarlas sin ponerse ansioso ante ellas.

El cuarto paso, la reestructuración cognitiva, consiste en enseñar al paciente a detectar lo que piensa sobre las sensaciones corporales, de modo de poder ser crítico con esos pensamientos. Así, a un paciente que cree que padece de un problema cardíaco se le hace ver que no tiene ninguna sensación cuando está distraído jugando al fútbol y sin embargo tiene intensas sensaciones cuando está sentado en su oficina monitoreando su pulso. De tener un problema cardíaco tendría que haber ocurrido lo contrario.

Todas esas intervenciones apuntan al mismo fin: hacer que el paciente deje de temer sus sensaciones de activación simpática, que son normales y que no representan peligro.

Al dejar de temerlas, el paciente deja de exacerbarlas, por lo que retornan a su intensidad normal.

No todos los pacientes sufren también de agorafobia. El tratamiento de ésta consiste en exponer al paciente a las situaciones temidas, pero en forma gradual y sistemática, de modo de que pueda habituarse a la ansiedad y que desconfirme la idea de que habrá de sufrir un ataque.

En suma, aunque el trastorno de pánico genera un gran sufrimiento y pueden llegar a causar serias limitaciones a quien lo padece, es muy accesible al tratamiento. (Keegan: 61.69-111-113:2007)

Definición de crisis de pánico por Dr. Carrión, Presidente de Fobia Club

Las crisis de pánico son: espontáneas e inesperadas; y simulan ser una crisis cardíaca. Por lo general son recurrentes transformándose en un Trastorno afectando toda la calidad de vida y complicándose con Agorafobia (miedo a alejarse de su hogar). Este tipo de crisis o ataques se observan en por persona que sin duda están previamente predisuestas a sufrir y que llegan a sumar 30 de cada 100 habitantes de una población normal. En estas personas **PREDISPUESTAS**, cuyo sistema nervioso de alerta funciona predominantemente sobre otros. Se produce un día un **HECHO DESENCADENANTE**, que puede ser de importancia como la muerte de un familiar o amigo querido, un susto, una descompostura, o también a veces un hecho banal como agacharse bruscamente o girar la cabeza. El problema es que a partir de ese **HECHO DESENCADENANTE** comienzan a repetirse síntomas inesperados como ser palpitaciones, angustia respiratoria, sensación de falta de aire u ocupación de cabeza, mareos y transpiraciones.

A veces, luego de un tiempo de transcurridos los síntomas y **EN OTROS CASOS EN FORMA BRUSCA Y DIRECTA** comienza a aparecer las **CRISIS DE ANSIEDAD INESPERADA O PÁNICO**. Aquí el paciente comienza con los síntomas descriptos, dolor de pecho, angustia y fuerte miedo o terror que lo paraliza, que le hace solicitar el auxilio de su familia, huir o refugiarse en cualquier lado con un temor a hacer el ridículo delante de otros y un particular miedo de volverse loco o perder el control. Si las crisis son muy intensas o en personas particularmente predisuestas pueden producirse sensaciones de **DESREALIZACIÓN** o sea sentimientos de extrañeza, como que el entorno, las cosas o aún el rostro de los familiares cambian, o en otras se siente el cambio del propio cuerpo, del rostro, fenómeno descrito como **DESPERSONALIZACIÓN**.

En general las crisis son breves, no pasan de 10 a 20 minutos pero tienden a repetirse con frecuencia variable hasta reproducirse varias veces por día en algunos casos. Durante las crisis se producen un sinnúmero de reacciones del sistema nervioso vegetativo pudiendo demostrarse según las personas crisis de aceleración cardíaca, dificultad

respiratoria, picos de hipertensión arterial, dolores de estómago, urgencias de micción, mareos, vértigo, o sudoración como ya vimos. En una parte de los casos **MÁS FRECUENTEMENTE EN LAS MUJERES** comienza a desarrollarse paulatina una expectativa ansiosa de temor a sufrir las crisis, un miedo a sufrir ataques sobre todo en público y hacer un mal papel delante de otros. Este síntoma llamado **AGORAFOBIA** va confinando paulatinamente a los pacientes a sus domicilios o en casos graves a sus habitaciones. El paciente deja de salir **SOLO** a la calle con gran temor a descomponerse y si se ve precisado a hacerlo va pasando por **POSTAS** o lugares de seguridad donde pueda refugiarse en caso de sobrevenir el "**ATAQUE**".

Si es forzado a concurrir a un restaurante, cine o lugar público se sienta cerca de la puerta o del baño para poder huir y refugiarse sin ser visto. Generalmente su vida se transforma en un **DRAMA**, su calidad de vida y la de su familia caen notablemente, perdiendo su rendimiento laboral. A esto hay que agregarle la total incomprensión familiar, ya que, a lo sumo, como lógico, consultan al médico, quién al no estar al tanto del problema, o bien le quita importancia, o bien realiza un diagnóstico del síntoma y basa en ello su tratamiento. Hay entonces pacientes que así transcurren 20 o 30 años de su vida en un estado de verdadera parálisis con total dependencia de un familiar o evitando movilizarse a ningún lado privándose de su libertad y del disfrute normal de su vida, cuando no sometido por años a tratamientos por supuestos problemas crónicos como hipertensión, trastornos digestivos o de otra índole. Pero el peor de los problemas es que indefectiblemente el problema fóbico crónico termina en **DEPRESION**, llamada por ello **SECUNDARIA** con alto riesgo incluso de suicidio. Encima el paciente, que no encuentra alivio ni comprensión a su padecimiento crónico cae a veces en la práctica de **ALCOHOLISMO** ya que observa con las primeras ingestas de bebida alcohólicas que sus síntomas mejoran a veces notablemente. Claro que al pasar el efecto del alcohol deben entonces ser aumentadas progresivamente para lograr los mismos efectos, cayendo entonces el paciente en un círculo vicioso que del que resulta muy difícil salir. Un problema similar ocurre con los psicofármacos cuando el paciente los toma mal, generalmente recomendados por alguna amiga o incluso por un médico que, al no conocer el cuadro de pánico los maneja inadecuadamente en dosis no correctas lo que en general agrava la situación. En otras, aún bien indicado por el profesional, el psicofármaco, víctima de los prejuicios ignorantes de personas no informadas, no es tomado adecuadamente por el paciente aún **SIN** informar a su médico quién

se desespera por no obtener resultados creyendo fracasado el tratamiento. Se trata entonces de una enfermedad de múltiples causas, donde intervienen la predisposición genética, factores desencadenantes y condicionamientos psicosociales secundarios. ¿Tiene entonces esperanzas un paciente **FÓBICO** con estas características? Claro que las tiene. El cuadro **FÓBICO ES UN PADECIMIENTO CRÓNICO PERO DE MUY BUEN PRONÓSTICO**. Tratado en forma adecuada va casi siempre seguido de remisión a veces espectacularmente inmediata, sobre todo si se emplean para ello determinados psicofármacos en forma adecuada. Pero esa remisión, debe en la mayoría de los casos de ser acompañados por otro tipo de tratamientos, sobre todo tratamientos grupales Cognitivos Comportamentales que permitan perder el miedo y repongan de la libertad al paciente.

Dr. Oscar Carrión – Presidente de Fobia Club.

ENTREVISTAS

A

PACIENTES

1 A 20

ENTREVISTA N ° 1

DISEÑADORA INDUMENTARIA, Femenino, Edad: 27 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

El primer ataque de pánico fue a los 10 años. Un día que estaba enferma, estaba con vómitos me puse a temblar. Pensé que era por la enfermedad que tenía, que era un virus en la panza.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Falta de aire, miedo que me pase algo. A los 15 años tuve unas convulsiones. Entonces todo lo relacionaba con eso. Las convulsiones eran funcionales: miedos, nervios. La convulsión fue a los 15 años en el cine con una amiga. Me quedó el miedo de estar fuera en la calle sin mis papás.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Pensé que me podía volver loca, cuando fueron las crisis que tuve de más grande.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Miedo a morir. Te sentías re mal. Te faltaba el aire. No podías dormir. Llamabas a tu mamá. Me pasaba en general a la noche cuando me iba a dormir o en los viajes en colectivo, en cuanto estoy fuera de mi casa sola.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Pensamiento de suicidio. Estúpidamente se te cruza, pero no como algo que iba a hacer.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

El diagnóstico del pánico no lo dio nadie. Empecé con los ataques a los 10 años, o 9, no recuerdo exacto. Después me agarró a los 14, 15. Después de eso al otro año tuve una convulsión. En ese momento estaba medicada por las convulsiones.

7. ¿Cuál fue el primer médico al que recurrió?

El **neurólogo** decía que era funcional que no era psicológico.

Después de los 19 tuve la segunda convulsión y ahí dijo que no era nada, que eran miedos, que vaya al **psicólogo**. Fui 4 años donde no experimenté ataques de pánico hasta el último año que estuve con ella, pero veía que no me resolvía la razón por la que había ido así que dejé. Después estuve 6 meses con ataques de pánico todos los días. A fines del 2006, principio de 2007. Empecé a hacer yoga para poder relajarme y poder dormir. Ahí averigüé mi problema por mi cuenta y descubrí que eran ataques de pánico y que los podía manejar yo, pero tenía que ver de dónde salían. Una **médica clínica** me recomendó una **psicóloga** que trataba los ataques de ansiedad. Me ayudó a salir adelante. Le llevaba todos los problemas físicos que me pasaban en el momento. De vez en cuando tengo ataques de pánico y los manejo mucho mejor. Trato de ir con toda la información a la psicóloga para ir resolviendo.

8. ¿Que decían su familia y amigos sobre el tema?

Lo viví bastante sola porque estaba peleada con mi novio. Amigos me alejé y mi familia lo tomaba como una etapa de la vida que se supera. Lo veían como algo normal del crecimiento. No lo veían tanto. Mi mamá tuvo de que se le dormía el labio, se le daban vuelta los ojos cuando se ponía nerviosa, por eso sabía que era nervioso.

Estaban, pero no lo vieron como algo alarmante.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

En el trabajo lo oculté. Puedo tener un ataque de pánico y vos no te enteras. Uno se acostumbra a la sensación y hay que pensar que ya va a pasar, sino es peor.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Antes de que me suceda no había escuchado hablar. Ni a los 10, 14 ni 19. Recién cuando me empezaron a hablar de que existían me di cuenta qué era. Me lo autodiagnostiqué al conocer por chicas que le pasaban cosas similares. Lo hablé también con la médica clínica que me recomendó mi actual psicóloga.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Cuando no tengo a mis papás, que se van de viaje o algo, siempre me enfermo, o cuando siento el abandono de alguien, por ejemplo un novio.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Logré salir adelante. Con terapia, sabiendo que es algo que yo puedo manejar. La medicación no creo que frenó del todo la enfermedad.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

No la quise tomar, ya estaba mejor. Antes de ir a la psicóloga había tomado ansiolíticos y no los quise tomar porque estoy medicada desde los 15 años con depresores del sistema nervioso. Igual de vez en cuando tomo clonazepam si veo que no estoy bien.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Miedo a salir a la calle tuve y aún tengo.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

A veces miedo a que me pase algo sola en la calle.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Cuando estuve los 6 meses con ataques de pánico dejé el trabajo y me costó horrores ir a la tecnicatura. No salía con nadie. Me acompañaba mi mamá a rendir. Coincidió con fin de año que faltaba menos. Hoy por hoy no faltó a ningún lado salvo que sea muy fuerte.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

Que se puede manejar. Que puedes seguir haciendo la vida normal. Tratar de no asustarse. Estar acompañado de quien a uno lo quiere. Hacer yoga, la terapia...

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí, porque muchos te tratan como loco. Lo hablan como algo que no se resuelve. Muchos tienen ataques de pánico y después se les va, es más común de lo que se piensa.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

No tengo idea. Que haya más información al respecto que la gente no conoce, nadie me decía lo que tenía.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

Se lo toma como una enfermedad mental. Recorrí mucho para saber y me di cuenta yo sola. Como una campaña explicativa. La campaña para que se sepa, los que no tuvieron piensan que estás re loca por ignorancia. Hoy por hoy se ve un poco más.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Desde el punto de vista psicológico todo se puede superar. Uno lo va a poder superar sabiendo de qué se trata, por eso lo bueno sería explicar un poco más y teniendo también voluntad. Decir lo que le pasa a la psicóloga. Ser paciente porque lleva mucho tiempo. Se puede resolver quizás.... No sé si hay cura definitiva.

ENTREVISTA N ° 2

DISEÑADORA IMAGEN Y SONIDO, Femenino, Edad: 24 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

A los 18 años en un viaje a Bariloche. Un grado de angustia bastante grande previo al viaje y en el viaje, yendo a Bariloche, cuando me desperté a la mañana siguiente en el micro, creo que sentí el primer ataque.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Me desperté muy angustiada porque fue como una sensación de angustia muy grande y la sensación que sentía es que estaba ahogándome o cayendo y no poder salir a la superficie y me desesperaba estar en ese estado y no poder salir. Angustia y nervios por la sensación que no podía controlar.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

No tanto como miedo a volverme loca, pero sí me daba cuenta que era algo que nunca antes me había pasado, que no era normal. Pero si en ese momento contaba con una pastilla que me podía calmar la hubiera tomado porque necesitaba tomar algo que me sacara de ese estado. No es que en ese momento tenía oportunidad de pensar que me estaba volviendo loca, pero sí que no me gustaba lo que me estaba pasando. Quería cortar con eso y no podía.

4. ¿Tenía miedo a morir?

No miedo a morir, pero sí muchas ganas de salir de donde estaba. Me pasaba arriba del micro. Quería salir de ahí, escapar de eso, salir corriendo, pero no podía. El escape era más fuerte que otro pensamiento. Tenía miedo a estar sola y me sentía muy sola porque no lo podía entender yo, menos mis amigas. No podía compartirlo con nadie. Encima el agravante de que le estaba generando un problema a ellas, que no sabían qué hacer con mi situación.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No realmente suicidarme, pero sí en algún momento pensaba la idea de cómo hacer para terminar con eso. Que no me funcione más el cerebro, dormir, cortarla. No el suicidio porque es muy extremo, pero que necesitaba alguna otra cosa porque sola con eso podía, no lo podía manejar.

Llanto compulsivo, náuseas, que me faltaba el aire y no podía respirar bien, una sensación de opresión muy fuerte en el pecho al punto que no podía respirar bien por eso la sensación de que me estaba ahogando, por eso quería la pastillita mágica que me sacara eso y me lo sacara.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Cuando me volví antes del viaje fui a ver una psicóloga. No me dijo directamente ataque de pánico, sino de ansiedad, angustia. Al principio el modo de tratarlo fue únicamente yendo a terapia. Igual cuando volví a mi casa se me pasó. Yo estaba pasando un momento malo a nivel personal porque mi abuelo estaba enfermo y al irme de viaje sentía sensación de culpa. Cuando volví me sentí mejor.

Después a los 20 años me pasó que previo a otro viaje pensé que me iba a pasar de nuevo lo mismo. Lo que empecé a sentir era miedo a volver a fallar, que me iba a pasar lo mismo. Ahí me recomendó la psicóloga que me llevara Rivotril para manejarlo. Me volvió a pasar, pero no exactamente lo mismo. La psicóloga lo llamó profecía autocumplida por tanto miedo de que me pase. Ese año tuve otras manifestaciones más chiquitas de ataques de pánico en otros contextos. Por ejemplo: una salida que la estaba pasando bien y de repente me quería ir, irme urgente de donde estaba, salir corriendo de ahí. Igualmente la sensación después fue más controlable que las otras.

7. ¿Cuál fue el primer médico al que recurrió?

La psicóloga.

8. ¿Que decían su familia y amigos sobre el tema?

Familia y amigos, trataban de entenderme un poco pero igual les costaba bastante entender porque estaba tan angustiada. Solamente te puede entender una persona que le pasó lo mismo. Se preocuparon y querían básicamente el apoyo de un profesional que me pudiera ayudar más objetivamente con el tema. Se notaba una preocupación general de todos y priorizaron que yo estuviera bien, En ese sentido, con mi familia sobre todo, no me sentí tan sola.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

Fue difícil ocultarlo cuando estuve de viaje porque mis amigas estaban conmigo y me quedé muy expuesta a eso. En función de eso al optar por volverme e irme me quise refugiar más y no quedar tan en evidencia de todo el mundo. Me metí bajo puertas para resguardarme de todas las cosas que podían decir a partir de eso. Necesité estar sola para sanar un poco por eso que me estaba pasando. Nunca pude hacer de cuenta que no había pasado porque había quedado muy en

evidencia. Otros ataques chiquitos que tuve los oculté porque no quería avisarle a la otra persona para no generar preocupación. Mi cara se transformaba y decía: -Me siento mal. El único modo muchas veces era que se me pasaba vomitando, sacando el malestar de adentro. No por bulímica ni nada de eso, no forzando el vómito, sino que de vez en cuando eso me hacía sacar el malestar. Lo primero que se me altera o irrita es lo digestivo cuando me pongo nerviosa es por eso que salía por ese lugar el hecho de a veces vomitar.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Había escuchado muy poco en verdad. Después de que me pasó me di cuenta que era algo que le pasaba a mucha gente y sólo te das cuenta cuando te toca estar en la situación. A veces se asocian ideas de manera muy fuerte y muy arbitraria. Como no poder estar relajada pasándola bien, y eso queda en algún lugar, y por eso cuando me agarró era en momentos que la estaba pasando bien. No a todos les agarra igual. Llegar a un acuerdo de: “negociemos porque estás adentro mío y no te puedo sacar” ya que no sé que tan curable del todo es.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Lo que dije recién, el tema de haber sentido culpa de que no me podía estar yendo de viaje con mis amigas a pasarla bien porque mi abuelo se estaba a punto de morir y tenía que estar con mi familia pasándola mal.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Con la psicóloga. Tratando también de tener muchas charlas internas donde terminaba por aceptar que tenía esto y que tenía que convivir con eso. Fue en una especie de tire y afloje interno que logré controlarlo mejor. Al principio le tenía mucho rechazo y se me hacía difícil controlarlo, luego lo acepté y controlé más. Me preparaba mejor para poder sobrepasarlo, y hoy por hoy hace mucho que no me pasa.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Antes de irme al segundo viaje y durante el viaje tomé Rivotril.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Me obligué a ponerme en contacto con gente que no conocía. Cosas relacionadas con el arte. Empecé como asistente de producción de un corto y era gente que no conocía y por más que tuve

crisis en esos circuitos, me obligué a seguir. Tenía mucha bronca y frustración y por eso necesitaba probarme que podía hacer algo bien.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

No tenía miedo a estar sola.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

El hecho de seguir con mis cosas, trabajo, estudio, me distrajo la mente de pensar en esto otro.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

Recomendaría que empiecen por aceptarlo. Que no lo quieran negar porque no se va a llegar a ningún lado con eso. Que tampoco es la muerte de nadie. Poder conversarlo para saber qué le pasa a otras personas, porque es muy difícil llevarlo sola.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Seguramente serviría una campaña.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría el hecho de que no se está solo. Que eso otro cuenta con gente que lo pueda comprender, ayudar por haberlo pasado desde la experiencia de cómo poderlo combatir o manejar. Que se puede salir. Que en ese momento no se lo ve de esa manera pero que una vez que te pasa y se analiza, está bueno saber que sí existe y que se va.

Yo creo que pondría a una persona hablando o un grupo de personas hablando en la parte televisiva, diciendo algo a cámara al respecto, algo que me pasó. Y que haya una voz que sobresalga de todas estas voces y que diga que al que le pasa no está solo y puede recurrir a centros de ayuda. Que haya una especie de grupo donde la persona se pueda comunicar y tener alguna asistencia.

20. ¿Se sintió discriminado por la enfermedad?

No porque tengo otras amigas que les pasó lo mismo. Sí poco comprendida. Me sentía bajo la lupa de otras, como que me miraban sin entender lo que me estaba pasando. Como medio bicho raro, sin llegar a ser discriminación. Como sapo de otro pozo.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Cura definitiva no lo sé. Quizás no pase porque haya una cura definitiva sino por cómo cada uno lo puede manejar y saber que cada persona tiene sus propios temores o monstruos internos, o cosas negativas de uno que no le gustan a nadie en general. Así como está todo lo bueno, está una parte que no es tan buena y pasa en aceptarse enteramente como se es y no pensar que uno puede estar hecho sólo de las cosas buenas y que no hay nada malo. Porque el hecho de que haya angustia, dolor, tristeza es lo que hace alegría, felicidad, disfrute. A algunos se les despierta más uno que otro, por eso en la manera de convivir lo más armónica posible se puede reducir el grado de los ataques con más aceptación.

ENTREVISTA N ° 3

MÉDICA ONCÓLOGA, Femenino, Edad 51 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

Tenía treinta y pico de años, no recuerdo muy bien.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Lo que dice la definición: sensación de muerte inminente. Todo esto era un combo. La sensación es esa.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Hay dos miedos absolutamente universales: A la muerte y a la locura. Todo lo que sea del cuello para arriba te trae esta sensación de estado de locura. Le tuve miedo a la locura y a la muerte.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Sí.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No, nunca pensé en suicidarme. En realidad vendía el alma al diablo con tal de sacarme la sensación de encima. Es una lucha aterradora. No pensé en suicidarme pero me daba mucho placer dormir.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Estuve bastante tiempo sin diagnóstico porque era en el 88 así que no existía. Pero después de dar muchas vueltas y que nadie de pie con bola, ante las sensaciones intuí que era algo no muy médico.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

El primer médico que recurrí fue un clínico que me mando estudios los cuales estaban bien. Después por mi propia cuenta fui a una psicóloga que me ayudó a salir adelante.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

No entendían, pensaban que tenía que ver con que yo tengo arritmia y tuve edema de glotis por lo que pensaban que estaba ligado con mi enfermedad. No le daban la trascendencia que la enfermedad tenía. Yo soy oncóloga y en ese momento prefería tener cáncer que pánico porque me sentía totalmente sola.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

La oculte porque nadie la entendía.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

No en ningún lado, estamos hablando del '88 cuando la enfermedad se empezó a hacer más conocida fines del '90.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

El creer que podía con todo. Muchas presiones, mis hijos chicos y me había separado. La obligación de no poder cortar con nada porque no teníamos plata.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Le perdí mucho miedo al cuerpo, y una cosa es que tenga un raye en el bocho y otra cosa es que tenga un cuerpo muy vulnerable, mi cuerpo es fuerte y tengo que tener más cuidado con mi mente. Lo fui aprendiendo con la terapia. Lo que depende de mí es: No me expongo al miedo pero no me siento totalmente afuera. Lo viví y no quiero volver a vivirlo. No es que estoy vacunada. Creo que todo en la vida puede volver y para que no vuelva todo en la vida es esfuerzo. No me hace estar preocupada pero sí alerta. Jamás me distendí. De hecho jamás tiré la última caja de Alplax. Nunca la tomé y está vencida, pero lo tengo. Veo la caja de Alplax y sé lo que tuve. No jodo con eso, no me expongo a situaciones límites. Si me siento ansiosa paro, me cuido como quien tuvo una úlcera. Trato de organizar mi vida para estar tranquila. No me gusta correr. Me levanto una hora y media antes. Me pone ansiosa llegar tarde a los lugares.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Sí, Alplax. Porque sola no podía con los síntomas y tenía que seguir trabajando ya que no existía en ese momento las licencias psiquiátricas por ataques de pánico.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Tenía miedo a los transportes, me tomaba varios colectivos hasta llegar al trabajo. Me sentía mal, me bajaba y así, no tenía plata para tomarme un taxi. Tenía miedo de estar sola con mis hijos porque eran muy chicos y temía que me pase algo estando con ellos.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Tenía pánico a estar sola. Generalmente tomaba precauciones. Si estaba acompañada estaba mucho más tranquila. Como te da miedo a morirte tenés la sensación de muerte, tenés la sensación de que el otro va a darte los auxilios.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo porque no tuve remedio pero me costaba horrores poder ir. Solamente dejé de ir por diez días y después con la medicación y muchísimo esfuerzo llegaba a mi puesto de trabajo. Después de cuatro colectivos cuando solamente necesitaba uno, pero tenía que bajar y subir hasta llegar porque me ponía muy mal durante los viajes.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Que no se crean omnipotentes, que acepten que tienen que parar, relajarse. Buscar las causas del stress y bajar un cambio. Ayuda psicológica y tomar medicación si es necesario.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Tengo mis reparos. Cuando se dio mucho que hablar del ataque de pánico, aumentaron los casos. Este tipo de enfermedades cuando toman demasiada divulgación, como tienen síntomas, si uno agarra la lista de síntomas del pánico en los últimos dos meses los ha tenido casi todos. Los nervios te traen taquicardia. La hiperventilación te puede pasar, el sudor. La disnea es la sensación subjetiva de falta de aire. Tendría mis reparos en qué hay que hacer para concientizar.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

No daría la lista de síntomas porque sugestionaría. Lo que haría es una campaña de difusión masiva en cuanto al trabajo de la discriminación de todo lo que sea del cuello para arriba. Incluyo no solo al pánico. Una persona tiene cáncer y tiene mil personas que lo acompañan. Una persona tiene demencia y queda solo. Haría sí una campaña de difusión masiva del ataque de pánico y cualquier otra patología. No sentir vergüenza de tenerla. Decir las cosas por su nombre. Decir ataque de pánico, no panic attack, que fue una forma graciosa de ponerle un nombre en inglés a algo que tiene su nombre en castellano. Que la gente no tenga vergüenza, y sí haría mucha difusión de la sintomatología a los profesionales mismos. El panicoso pasa por muchos estudios antes de saber qué es lo que es, porque alguien no agarra y se da cuenta de que es algo que va mas allá del síntoma. Haría campaña en quienes tienen que tratarla. La guardia es la que recibe al paciente porque viene disfrazado de asma, edema de glotis.

Que el panicoso cree que la apertura de sus piernas le puede hacer pasar de una orilla hacia otra. Mala medida de algo que uno puede hacer. Parte de una soberbia enorme. Yo puedo pasar de una orilla a la otra sin problemas. Uno tiene que generalmente nadar unos metros, parar, nadar unos metros, parar. Los panicosos creemos que todos podemos. Cuando siento que me caigo sobre el río es la sensación del pánico, la sensación de no poder.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No lo comentaba porque en ese momento no era conocida su existencia. Frente a los que lo comenté me sentí incomprendida totalmente.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

En estas patologías uno tiene que considerar que está recuperado, no curado. Pero me parece que esto le cabe a todas las enfermedades.

ENTREVISTA N° 4

PERIODISTA DEPORTIVO, Masculino, Edad: 29 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

El primer ataque de pánico fue el 23 de diciembre de 2007, tenía 27 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Sentí mareos, transpiración fría y palpitaciones, el corazón se me salía por la boca.

3. ¿Tenía miedo de volverse loco?

Miedo a volverme loco al principio no. En los otros ataques después, sí.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Sí, tuve miedo a morir.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

A suicidarme no pensé.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

La primera doctora que voy, llegué que me estaba muriendo. Me hicieron un electrocardiograma y no tenía nada. Estaba en el bar trabajando en el peor horario a las 14 hs un domingo, me caí por una situación del trabajo. Empiezo a discutir y me fui de la cocina, salí a la playa y le dije a la dueña del restaurant: -Me estoy muriendo. Yo lo relacioné con que fui a muchas fiestas electrónicas y tomé un montón de cosas.

A la misma dueña del restaurant le conté todo. Me llevó al hospital y conté todo como un nene por miedo a morirse. Me dio clonazepam sublingual, me calmó y me fui a mi casa. El segundo ataque fue aproximadamente el 30 de diciembre. No podía dormir. Ahí me llevaron casi al arrastre al hospital. Escuché que tenía un ataque de ansiedad, que le decía una doctora a otra. Me dieron otra vez la medicación y se me puso a hablar si no era tiempo de volver, porque estaba en España trabajando, y me volví en febrero de 2008. Trabajé hasta último momento y me vine.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Primer médico un clínico. Y me dijeron que deje de tomar las cosas que había tomado. Me dijo: No pasa por ahí, pero te hace mal, influye, te cambia el ritmo cardíaco. De esa manera me dejaron abierto que por ahí tenía algo mal. Salía a correr a ver si mi corazón estaba bien, sentía que se me dormía el brazo izquierdo y seguía pensando que iba a tener un infarto. Le agregaba la dosis de culpa.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Mis amigos, familia: era apoyo por chat y por mail. Se lo dije a la que era mi novia y se ponía a llorar porque encima estaba lejos. A mi papá se lo conté después. Él también se puso muy mal. No hubo apoyo, ni contención. Mis compañeros de trabajo de España estaban todos con las fiestas electrónicas. No creyeron que tenga que ver y decían que no le dé pelota.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No oculté la enfermedad allá. No avisé para no asustar. Después acá conté todo. Mi tío me dijo: - Eso se llamó siempre histeria. Ahora se llama ataque de ansiedad, ataque de pánico, porque mi tío es médico. Me dijo: Ahora vas a conseguir algo que hacer, ocupar la cabeza y se va a pasar todo. No me quedé conforme con lo que me dijo mi tío. Tuve dos episodios más cuando estaba acá en Argentina. Estaba sin trabajar, sin estudiar. Pasaron dos meses que no hacía nada porque tenía dinero que traje de allá. Pasó el tiempo, no tenía nada que hacer y me empezó a agarrar cada vez peor. Mi papá y la que era mi novia me dijeron que busque ayuda y fui a una psiquiatra. Pero fui una sola vez, después no fui más. Después conseguí trabajo. Empecé a estudiar de nuevo y se me fue. Fueron los dos meses que estuve también sin hacer nada y yo siempre era hiperactivo, entonces bajar me ponía mal.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Por medios de comunicación no. Por mi mamá que había tenido y la mamá de un amigo. Después empecé a investigar por Internet pero no antes que sabía por un medio.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Falleció mi mamá cuando tenía 22. Mi papá se fue a los 17 años. Tuve que hacerme cargo de todo. Mi hermano más chico muy dependiente de mí hasta hace poco. Muy a full siempre con trabajo y estudio. Estuve siempre muy presionado, muy al palo y entonces tenía que frenar un poco. Quizás era algo que tenía que saltar en algún momento y saltó ahí. Quizás no estaba ahí. No sa-

bría decirte: Me pasó esto porque... tal cosa. Creo que es una acumulación de cosas y el cuerpo me dijo: -Bueno, pará un poco. Yo lo tomé así y me sirvió tomarlo así. Pensé:- ¿Qué quiero hacer? ¿Qué disfruto hacer? Y arranqué. Nunca más tuve cerca un presíntoma ni nada.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Salí focalizándome que era eso lo que pasó. Que el cuerpo me dio una señal que algo no estaba bien. Volver a la actividad y más tranquilo con las cosas que hago. No tener tanta presión.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Solamente en los ataques tomé medicación. Tengo en mi mesita de luz ahí por las dudas desde los que me dieron en España. Cuando me fui a Machu Pichu me llevé por las dudas por la altura.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Salir a la calle me aliviaba. Me iba a distraer. No me agarró el encierro sino al revés.

15. ¿Tenía miedo a estar solo?

No tuve miedo a estar solo.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

En mi trabajo del restaurant seguí, pero después cuando vine acá, no estuve haciendo nada.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Que hagan tratamiento con terapia.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí, sería bueno.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Los síntomas para que sepan relacionar con lo que ocurre. Mostraría gráficamente el miedo a la muerte que es el punto común a los que nos agarra todo esto, para mostrar que no se muere. No asustarse. Lo buscaría más real. Un video o una publicidad televisiva. Mostrando a alguien que le agarró esto y explicando. Aconsejar un tratamiento o que busquen ayuda.

20. ¿Se sintió discriminado por la enfermedad?

No me sentí discriminado.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No sé si se cura. Yo no cerré esa puerta y listo. Sigue estando ahí guardada. No sé si hay cura definitiva. Es algo como que te queda. Lo tomé como una señal que me dieron. Que si seguís haciendo las cosas mal, está la posibilidad de que te vuelva.

ENTREVISTA N° 5

EMPLEADA, Femenino, Edad 39 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

A los 32 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Sentí muchas sensaciones, a raíz de eso voy al médico. Me hacen estudios cardiológicos, neurológicos y ahí van descartando y ven que es algo psíquico.

Me ahogaba, transpiraba, sentía que me bajaba la presión. Todo cuando salía a la calle, todos buscaban algo físico. Mi mejor amiga me decía: Tenés ataques de pánico. Y era así.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

No tenía miedo de volverme loca. Una vez me desmayé por ir corriendo al tren.

4. ¿Tenía miedo a morir?

No tenía miedo a morir.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No, nunca lo pensé.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Me diagnosticó pánico mi amiga.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Yo hacía terapia. El neurólogo y el psicólogo entre los dos me hicieron muchos estudios y dijeron que mi amiga, que era autodidacta, tenía razón.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Mis amigos y familia colaboraban.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No oculté la enfermedad.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Había escuchado antes pero no le dí pelota. Escuché en general en el mundo.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Descubrí un detonante.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Salí adelante con terapia, medicación, fuerza de voluntad, amor.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Sí, tomé medicación.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Tenía miedo a salir a la calle.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

No sentía miedo de estar sola porque me sentía tan mal que ni pensaba en eso cuando me estaba pasando.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Me costaba muchísimo hacer mis actividades diarias. Pero aunque me sentía desmayar iba.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

Que hagan terapia y lo hablen con sus afectos. Que tengan fuerza de voluntad porque se puede salir adelante.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Yo creo que sí ayudaría una campaña.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

La sintomatología, lo que la gente siente y no puede evaluar y ni clarificar. Porque todo el mundo me trataba por otras enfermedades físicas.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No me sentí discriminada.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Tiene que ver en cómo uno enfrente la situación, cómo evalúes la situación, la seguridad que una tenga consigo misma. No sé si es real lo que te digo. Es lo que yo pienso.

ENTREVISTA N ° 6

ACTOR TEATRAL, Masculino, Edad 26 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

Hace ya casi un año. En ese momento estaba trabajando en el call center de un banco.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Un estado que no podía dormir bien. Sentía cansancio todo el tiempo. Problemas con el habla, se me trababa mucho la dicción, dolores de cabeza, de oído, de espalda. Fueron derivando en diferentes cosas: kinesiólogo, fonoaudiólogo. Todo sucedía por el estado de ansiedad y de nervios que tenía a causa del trabajo. Problemas de respiración, náuseas, mareos, diarrea.

3. ¿Tenía miedo de volverse loco?

No creo que tuviera miedo de volverme loco, porque a pesar de todo el malestar siempre iba en pos de solucionarlo, para no caer en un pozo depresivo que derivara en la locura.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Miedo a morir no.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

A veces estaba tan podrido de todo que decía que me quería morir, por el dolor y cansancio de todo y terminaba durmiendo para no pensar.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Caí en manos de una psicóloga de la empresa donde trabajaba. Yo sabía que los síntomas derivaban en un ataque de pánico porque tengo competencia en el tema, porque estaba bastante informado. El síntoma no me lo podía negar, pero me lo trataba de vincular con otros problemas de mi infancia, de mi cultura vivencial y demás. Al principio no sabía que trabajaba para el banco, entonces tomaba las medidas que iba diciendo pero me terminaron poniendo peor.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

El primero fue el médico laboral que me indicó remedios para poder dormir y algunas vitaminas. También me hizo hacer ejercicios físicos en la misma empresa, que hay un gym. La solución du-

ró tres semanas. Luego él me derivó a un kinesiólogo y de ahí a la psicóloga. Los dolores se me iban un poco con el kinesiólogo y después volvían.

Luego fui a otra psicóloga y me diagnosticaron lo que yo ya sabía. Me dijeron que la otra había hecho mala praxis, si la quería denunciar. Mi psicóloga me condujo a que salga inmediatamente de ese puesto de trabajo.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Amigos y familia se preocupaban mucho. Trataban de ayudarme y yo no lo quería ver.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No lo oculté. Creo que lo oculta el que no se quiere curar. Cuando una persona quiere solucionarlo, va a ir siempre en busca de ayuda para solucionarlo.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Ya había escuchado hablar del tema. Tengo conocimientos. Me gusta mucho lo que es la psicología. Después cuando lo viví quería saber más y seguí investigando para que el día de mañana no me vuelva a pasar. Creo que no caería de nuevo en el lugar aunque uno nunca sabe.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Creo que pasa en estas empresas muy grandes donde se delega responsabilidades a personas que no son las correctas, y toman represalia con las personas que tienen a cargo. Me parece que sería un punto a tratar.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Con la ayuda de la psicóloga que me atendió y la poquita autoestima que me quedaba, que la usé para buscar una fuente que me dé aún más autoestima, que me haga más fuerte para pelear con lo que me pasaba.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Tomé algunas pastillas para dormir. Ninguna de las dos terapeutas quisieron medicarme, también tomé vitaminas y analgésicos.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Miedo, más que miedo. A perderme. Me quedaba desconectado en el medio de todos los transeúntes y no sabía para dónde ir, o subir al subte y que vaya y vuelva hasta conectarme y saber dónde bajar.

15. ¿Tenía miedo a estar solo?

Quería estar solo no de miedo a estarlo. Llegó un momento que lo necesitaba todo el tiempo. Quería estar solo porque estar con otro me generaba mal humor, mala predisposición y me iba alejando.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

No dejé de trabajar ni de estudiar. Notaba la falta de rendimiento que tenía, que mi memoria no funcionaba. La lectura, a mí me gusta leer mucho y un libro tardaba años. Era mucho el cansancio intelectual.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Recomendaría no incomunicarse. Utilizar esos momentos de luz en los que uno se levanta y dice: -Yo puedo. Ese poquito de autoestima. Buscar algo que lo ayude a defenderse.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí. Pero que esté bien hecha, con una idea clara y dirigida a solucionar el problema.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría la comunicación. Cuando una persona está en este estado tiende a individualizarse. Lo que hay que enfocarse en estas campañas es en lo grupal, en reunir a toda esta gente, que tengan una vía de comunicación con alguien que le haya pasado esto. Me parece que está desinformado el tema. Que no es necesaria la medicación, que se puede salir. Me parece que los mismos profesionales se equivocan medicando y firmando licencias eternas. Algunos pacientes sí lo necesitan y en otros se podría evitar.

20. ¿Se sintió discriminado por la enfermedad?

No, no me sentí discriminado.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Sí. Soy de los que consideran que cada individuo puede direccionar su vida, a pesar de que los caminos están muy marcados y además, uno cuando toma conciencia y quiere ir hacia un lado, puede ir.

ENTREVISTA N ° 7

EMPLEADA BANCARIA, Femenino, Edad: 27 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

A los 24 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Sentí palpitaciones, agotamiento físico, estar abombada, mareada, débil.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

No tenía miedo de volverme loca.

4. ¿Tenía miedo a morir?

No tenía miedo a morir.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Nunca pensé en suicidarme.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Me diagnosticó mi cardióloga, a la que recurrí. Es porque tengo marcapasos. No es orgánico. No tiene que ver con el funcionamiento del marcapasos. Después de un tiempo de estudios me dijo:
- Mirá, ésto es un ataqucito de pánico.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Mi cardióloga.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Mi familia y amigos decían que mi trabajo es una porquería.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

En un principio no le di trascendencia en lo laboral, no le di mucha importancia para que no me perjudique. En mi trabajo quedó como que hubo que corregir algo en el marcapasos. Pero como por las modificaciones seguía se dio cuenta mi cardióloga que era emocional.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Había escuchado antes en una compañera de la facultad que tenía ataques gravísimos, la mejor amiga de mi mamá también. A mí lo que me ocasiona es una arritmia cardíaca.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Es psicológico no químico. Pero todavía no tengo identificado bien cuál es. El sistema en el trabajo de la velocidad, las ventas, el nivel de análisis, todas las exigencias juntas a mí, que quiero responder a todas, me genera que a veces entro en estado de shock. Entonces eso es uno de los detonantes. Cuando quiero responder a muchas exigencias juntas sería la respuesta, la sobreexigencia.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Hago gym, gotitas de flores de Bach, tratar de deslindarme de las locuras ajenas, no ponerme en la mochila las superexigencias de los demás, bastante tengo con las mías para hacerme cargo de las que necesitan los demás.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Tomé Alplax tres días. A veces tengo que tomar cuando termina la semana algo de Alplax porque quedo muy arriba, entonces para bajar.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Sí porque me afecta mucho todo. Desde chocarme con alguien en la vereda a tener una fila muy larga en el supermercado. Tengo menos tolerancia que antes. Me tengo que ir, dejar a mi marido ahí y dar una vuelta, hacer otra cosa. Paso a ser una persona fea cuando me siento mal, por eso evito salir porque no reacciono bien.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

No tenía miedo a estar sola.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Sí, seguí mis actividades cotidianas.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

Tratamiento psicológico acompañado por un tiempo por tratamiento psiquiátrico si hace falta, pero con la intención de resolver las cosas para que uno no dependa de la medicación.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí, pienso que ayudaría.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Que se tenga en cuenta cuánto se le está exigiendo a los otros que están a nuestro cargo o alrededor nuestro. Medir lo que uno exige, porque somos todos humanos. Procurar que no se generen más personas con ataques de pánico evitando las causas.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

Sí. Cuando se blanqueó mi enfermedad mi jefa conmigo tuvo una reacción que puede llamarse discriminación. Me retiró del trabajo y me dijo:- Esto no es la primera vez que pasa y ya no puede ser. Me acompañó a la enfermería enojadísima y me esperó hasta último momento para ver qué decía y que no decía. Al médico no le cerró lo que decía y llamó a una asistente social para que hablara sola. A la asistente social le llamó la atención cómo me llevó mi jefa. Dijo que me llevó como un marido golpeador lleva a su mujer. Luego mi jefa se comunicó con el jefe corporativo para ver si había escuchado algo de lo que yo había hablado con la asistente social, como si yo tuviera una condición por la cual ella no pudiera soportarme más.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Yo creo que siempre voy a ser autoexigente, pero puedo trabajar en bajar las exigencias para hacerlas más posibles. De todos modos creo que mi tendencia siempre va a estar, y como considero que ese es mi detonante, pienso que puede ocurrirme nuevamente. Por eso estimo conveniente el tratamiento psicológico toda la vida.

ENTREVISTA N ° 8

EMPLEADA BANCARIA, Femenino, Edad 24

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

A los 23 años. Había tenido una crisis seis meses antes pero no sabía que era ataque de pánico. Después supe.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Nervios de salir a la calle. Empezar a sudar antes de querer salir. Un hecho puntual: Un día a la mañana un domingo tenía que almorzar con mi familia, me agarró ataque de nervios, llantos, transpiraba, me puse a llorar, me bajó la presión, no podía abrir la puerta de mi casa. Otro: Un sábado a la noche llovía torrencialmente. Bajé a la puerta del edificio cinco minutos porque no podía respirar. Caminé y no podía cruzar. Me bloqueé. Me tuve que tomar un taxi de Caballito a Lanús. La sensación que uno siente, que vive. El percibir que no valés un mango, que nadie te quiere. Que sos una persona que se boicotea todo el tiempo. Después si esperás mucho ya no tenés ganas de vivir. Estás con cualquier persona, tomás alcohol para olvidar.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Miedo a volverme loca no.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Miedo a morir no.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Pensé en suicidarme después de tener tantos ataques. La manera de hacerlo. Qué ocurriría con mi muerte, a quién afectaría, a quién no.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Mi psicóloga me confirmó que eran ataques de pánico.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Recurrí a la psicóloga de siempre.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Lo que considero mi familia sí. Mi hermano me dio su apoyo incondicional para poder ayudarme a salir. Una amiga entendió también explicándole la situación que me pasó.

Lo hablé sólo con tres personas, (las que tuvieron los ataques de pánico), una amiga, mi hermano y mi mamá.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No la oculto. Lo oculto con la gente que no la conoce en situaciones donde te ponen entre la espada y la pared. El decir: -No salgo porque tengo ataques de pánico. Zafar diciendo excusas.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Había escuchado hablar del tema en amigos y familia. Mi mamá y mi hermano tuvieron ataques de pánico entonces sabía qué era. En medios de comunicación en algún programa donde se habla de psicología, igual para mí es psicología barata la que hablan en la tele, no le doy bola al tema.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Una situación por mi familia de sangre. Estar alerta y a la defensiva. Esa defensa la traslado a otros aspectos de mi vida.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Todavía no salí adelante. Lo estoy tratando yendo a terapia, trabajándolo a full con terapia. Los ataques estallan en un ataque de pánico porque viene todo mal. Uno toma más conciencia en el proceso. El tiempo que lleva resolver los ataques de pánico uno pierde muchas cosas.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

No tomo medicación por una cuestión personal, porque no me gusta tener la dependencia de un medicamento. Voy a intentar resolverlo desde mi persona y después veré.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Tenía miedo de salir a la calle.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

A estar sola no, a salir de mi casa sola sí. Manejarse en la casa sola no porque mi casa es mi refugio.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo a lo obligatorio, como el trabajo, pero a salidas no y a gym tampoco. Dejé de ir a lugares extralaborales. Dejé de salir al cine, al gimnasio, salir con mis amigos.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Recomendaría que hablen, que lo bueno cuando tenés un problema es hablarlo con quien te sientas cómoda. Me está pasando esto:-¿A vos que te parece? No preguntar por ahí una opinión pero poder sacarlo todo desde la palabra, pero así también el que escucha puede ayudarte. Si uno se cierra es más difícil actuar sobre el problema porque uno se enrolla y se hace un circo en la cabeza. Que no haya tanto tiempo entre darse cuenta que tiene el problema y llamar al terapeuta, que no se extienda eso. No hacer foco en la consecuencia.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Para abordar un tema así es muy complicado, porque se puede dar vuelta la información. Se puede armar un teléfono descompuesto. A la hora de hacer una campaña de concientización hacerla con gente profesional que se comprometa a hacerla y hacerla bien.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Una publicidad donde se refleje tal cual es un ataque de pánico, para que la gente tome conciencia. Que se muestren las sensaciones que provoca al que lo padece y a los que lo rodean.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No me sentí discriminada por la enfermedad.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No hay una cura definitiva, pero sí se maneja de otra forma porque es algo que ya se sabe. Hay que tomarlo como una enfermedad más.

ENTREVISTA N ° 9

ESTUDIANTE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Femenino, Edad 24 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

El primer ataque fue a los 18 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Sensación de morirse todas las noches. Estar acostada en la cama, falta de aire. Como tengo diabetes, pensaba que era por eso. Tenía glucemias altas. Me daba alto por la adrenalina. Me daba vergüenza ir a un médico a preguntar qué me pasaba porque sabía que no era real.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

No tuve miedo a volverme loca.

4. ¿Tenía miedo a morir?

También me daba miedo que sea el cigarrillo y en mi casa no sabían que fumaba. Y yo pensaba que:- ¿Y si me muero y era por el cigarrillo y nunca lo conté...? Muchas cosas por la cabeza.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No, nunca lo pensé.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Me diagnosticaron pánico porque una vez hablé por teléfono con mi mamá, y mi mamá habló con una médica clínica conocida de la familia y ella le dijo que eran ataques de pánico por stress, y después consultando con otros dijeron que era pánico.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

No recurrí a ningún médico. Con el diagnóstico de ella me quedé en el molde. Cuando mi mamá lo supo me dijo que me tenía que quedar más tranquila. Como nunca tuve crisis con nadie, siempre me agarraban estando sola.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Mi familia nunca lo vio porque yo no hablaba del tema salvo después con mi mamá.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

Yo no lo contaba porque tenía miedo que pensarán que era hipocondríaca. También dejé de fumar. Oculté porque no sabía qué era al principio, recién supe después de una serie de crisis.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Antes de que me suceda, no era tan popular en ese momento. Era algo lejano. Empecé a ver las cosas después en revistas de saber popular como la “Viva”.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Se juntaron que me quedé sin trabajo, que en la facultad no me iba como quería y un desengaño que tuve con una persona. Yo lo aduzco a esas tres cosas en particular.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Me fui a la Costa donde viven mis papás. Tres meses para alejarme de todo y después nunca más volví a tener crisis severas. Alguna vez me pasa de ahogarme un poco en el colectivo o estando sola, pero ya no todos los días como esos cuatro meses que la pasé muy mal. Igualmente no llegué a un punto de lo que le pasa a otras personas.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

No tomé medicación porque no consulté ningún médico.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

No tenía miedo de salir a la calle.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Tenía miedo a estar sola en ese momento. De por sí no me gusta estar sola. Como yo vivía con mis abuelos y estaba en una habitación lejos, no los quería despertar porque los iba a terminar matando a mis abuelos del susto.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Estaba en estado medio zombie porque no dormía bien. No trabajaba porque no tenía trabajo, pero la facultad no la dejé.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Que lo charlen. El no saber que tenés es más desesperante. Tenés miedo que te puede pasar algo. Necesitás charlarlo para descomprimir un poco la situación. Ir a un psicólogo o psiquiatra si es necesario. Las personas que lo tuvimos vivimos todo el tiempo al extremo del stress. La autoexigencia es falta. Un objetivo que se te pone en la cabeza y no llegás nunca. El cuerpo acusa recibo de todo.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Debería haber campañas para los males nuevos que afectan socialmente porque muchos no saben. Se pasa muy feo el tema pero no es algo que no se tenga salida.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría que tenga los síntomas. Que diga los puntos básicos y qué hacer al respecto. Indicar lugares a dónde uno pudiera recurrir: Hospitales públicos y Centros de Asistencia Psicológica. También para el que lo acompaña.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No me sentí discriminada por la enfermedad.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No creo que sea algo que se cura. La psiquis es muy compleja. Son somatizaciones. Se pueden manejar, llevar bien, pero no curar, porque en términos freudianos lo importante es no reprimir a la persona que tiene las características que tenemos, quienes tenemos somatizaciones. No te curás. Lo manejas mejor. Actividades deportivas y terapia que te saquen de la vida laboral y estudiantil (para el que estudia). Que te saque de las actividades cotidianas. Al que le gusta tejer, escribir, correr. Terapia en quien lo necesite o terapias alternativas. Que sea relajante para la persona.

ENTREVISTA N° 10

MASAJISTA, Femenino, Edad 57 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

Tenía exactamente 20 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Yo estaba bailando en un boliche con quien era mi novio y de pronto me empezó a faltar el aire, taquicardia. Me trajo a mi casa corriendo, llamamos al médico y me auscultó, dijo que se me iba a pasar y cada vez fue peor. Fui al psicólogo y a un psiquiatra, que me dio unas pastillas que no me hicieron nada. Lo único que me hacían era dormir. Las sensaciones eran miedo a la muerte, no podía viajar en subte ni en colectivo, no podía estar en lugares donde había mucha gente. Sólo protegida en mi casa con mi mamá., pero cuando estaba mi mamá conmigo a la vez la rechazaba. Sentía sensaciones de que me moría, que me iba a morir, sudoración en las manos y en los pies, taquicardia, tristeza, que a nadie le pasaba lo que me pasaba a mí, que era espantoso.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Miedo a volverme loca, a estar sola.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Miedo a morir también.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No, nunca lo pensé.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

El diagnóstico fue de mi misma cuando vi todo lo de los ataques de pánico.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

El primer médico que recurrí fue una doctora que me dio pastillas. Me hice estudios de sangre, estaba bien. Estaba mal también por una materia que no podía dar que era cartografía y mis compañeras seguían y yo no avanzaba, y no había muchos lugares donde se podía estudiar profesorado de geografía, porque era época del Proceso. Después encontramos a otro terapeuta con el

que hice terapia de diván y ahí fui viendo cosas. Él relacionaba que mi mamá me sobreprotegía a mí. Después me volvió cuando mi hija iba al jardín. Recurrí a psicólogos y nadie me entendía. Me faltaba el aire, me agarraba taquicardia. Dejaba a mi hija en el jardín porque me obligaba a seguir llevándola. Llegué al profesional actual después de recorrer una serie de psicólogos que no pasaba nada, hasta uno me contaba que a él le pasaba lo mismo que a mí. Hasta que terminé con otro que me dijo que lo que a mí me faltaba era una contención. Me dijo: ¿Qué sienten un hombre y una mujer cuando se ven por primera vez y están enamorados?: palpitación, sudoración, taquicardia. A usted le ocurre lo mismo pero le falta la otra parte. Pero no me podía atender porque su agenda estaba a mil. Pero cuando perdí un embarazo y mi mamá falleció en Rosario me vino a atender. Me dio Lexotanil, que era una muletilla para salir adelante, hice terapia de diván.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

No me entendían mis padres, estaban re preocupados. No lo compartí con amigos. Mi marido y mi mamá sí sabían. Mi marido no me podía entender, ahora sí entiende.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

Sí, porque no soportaba que la gente pensara que estaba loca.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

No había escuchado hablar del tema. En el 88, 89 fue la segunda vez que me pasó. En el 92 escuché en la radio. En TV una vez en Mirtha Legrand. Después cada vez más gente, y de diferentes edades.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

El primero fue que se había frustrado la carrera del profesorado, después cuando perdí el embarazo y cuando se murió mi mamá.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Con terapia y medicación: primero Trapax y después Lexotanil.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Empecé a hacer terapia de diván y me dijo el psicólogo, que todo tenía que ver con la relación mía con mi mamá. Me dio Trapax, en esa época me dijo que era una muletilla, que la íbamos a

dejar de a poco. Después me sentí mejor. Dejé a mi novio. Conocí a quien es ahora mi marido, dejé terapia y se pasó todo.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Yo no salía. Me aislaba en mi casa con mi marido. Tenía pánico de salir a la calle, no iba en tren ni subte, llegué a bajarme de los colectivos y me tomaba taxi. Para salir me obligaba a llevar a mi hija al jardín de infantes.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Tenía miedo de estar sola sino estaba en mi casa. Cuando estaba en el profesorado, en el Icana o en algún colectivo era pánico, terror, miedo.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

No seguí haciendo las mismas actividades.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Que no se sientan solas. Que se sale. Que no hay que asustarse si se vuelve a repetir. No dejar pasar el tiempo porque después se agudiza. Consultar a un profesional del que tengan referencias, porque puede tanto hundir a una persona como levantarla. Ahora hay profesionales que se dedican especialmente al pánico.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí. Ahora por lo menos la gente sabe que existe una crisis de pánico.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltar cómo empieza, cuáles son las características. Que no se asusten. Que no duden en consultar urgente a un buen profesional.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

Sí, la gente pensaba que yo estaba loca.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Tiene que ver con lo emocional, con lo químico que también influye. Me dijeron que es una descompensación química que se produce por un fuerte stress. Creo que hay una predisposición que

ante una situación de stress puede llegar a ocurrir. No sé si hay cura definitiva pero sí que se sobrelleva de otra manera.

ENTREVISTA N ° 11

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Femenino, Edad 28 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

A los 17 años. Coincidió con la finalización de la escuela secundaria.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Muchas ganas de ir al baño. Me faltaba el aire. Empecé a sentir un aislamiento, estaba muy en mí misma. No quería ir a bailar, no hablaba y era raro porque yo era una persona muy extrovertida. En un boliche me puse a llorar sin motivos y esas cuestiones. Muchas ganas de llorar repentinamente, pensamientos perturbadores. Descomposturas muy importantes. Calores. Vómitos. Tenía que salir de urgencia por retorcijones mal. Me sacaba la ropa porque estaba sudando mal con mucha angustia. Necesitaba estar sola en ese momento. Se me empezaron a hacer más frecuentes. Sensación de fuera de mí. Esto me supera, es algo que repentinamente llega y no puedo explicar porqué ni cómo resolverlo. Mucha ansiedad que me bajaba la presión. Intenté pedir ayudar y empecé terapia.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Nunca había experimentado el miedo a volverme loca en otras crisis hasta la última crisis que fue muy intensa, por eso acudí al psiquiatra.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Algún episodio cuando se acompañaba de vómitos si tenía miedo a morir. Estaba con mi mamá. Decirle a mi mamá:-¡Me muero! ¡Me muero!

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Pensar en suicidarme sí: Me corté poquito con la Gillete. Mi papá tomaba Rivotril y quería tomármelo todo. Decí que no quedaba mucho en el frasco. Rayarme con aplastarme la almohada y asfixiarme. El pensamiento suicida estaba, pero no llegué a concretarlo porque creo que hace falta valentía. Muy baja autoestima. Había mucha gente que me ayudaba pero yo no lo veía.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Me lo diagnosticó la psicóloga anterior a la que tengo hace unos meses. Mi psicóloga no sé si lo subestimó o qué, pero nunca me mandó a un psiquiatra. A los clínicos le contaba y me decían que tenía que hacer un tratamiento duradero y constante. El dermatólogo por ejemplo, me decía si estaba nerviosa, por algún brote de algo.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

En enero del 2010 tuve una crisis muy fuerte que me obligó a ir al psiquiatra por derivación de un médico clínico.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Familia y amigos: Mis papás muy preocupados, es más complicado engañar a los padres. Mi mamá es la persona que me conectó con la psicóloga anterior.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

La ocultaba por vergüenza, hasta la crisis de enero del 2010. A los ataques de pánico se le sumó la depresión. Los síntomas se hicieron visibles, no lo pude ocultar más, se lo conté a todo el mundo. Tuve que recurrir al psiquiatra. Cambié de psicóloga. Tomé medicación. Empecé a contar mi experiencia porque necesitaba desahogarme. Si tuve actitudes raras era porque alguna bomba estaba a punto de explotar. Trataba de pararla y no podía.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Lo único que había escuchado era fobia.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Tengo un pánico a crecer, eso me salió en los diferentes tests. Coincidieron con la finalización de la secundaria y la facultad. Siempre me costó mucho cerrar etapas. Puedo vincularlo a la distancia de que mi papá consiguió un trabajo en San Pedro y acostumbrada a verlo todos los días... en ese momento la familia se disoció. Ver al padre todos los días y ver que mi mamá estaba llorando porque lo extrañaba. Una cuestión de que muchas de mis amigas tenían novios y yo no. Temor a lo nuevo. Yo iba a un colegio privado que me contenían y tenía pánico a enfrentar a la UBA.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Estoy en tratamiento con un médico psiquiatra y una psicóloga.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

No tomé medicación hasta el psiquiatra actual. Mi mamá me dijo que los remedios generan adicción y que después no lo iba a poder largar. Otra psicóloga que conté en el medio, me dijo que me tenía que medicar pero no quise.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

No tenía miedo a salir a la calle.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Tenía miedo a estar sola y a comer afuera, porque relacionaba que la ingesta de comida iba a tener que ver con ir al baño.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo a estudiar pero en la última crisis estuve dos meses sin ir al trabajo.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

Pedir ayuda, no es fácil que el otro decodifique lo que te pasa. Hablarlo con alguien de confianza para que uno no se sienta juzgado. La angustia permanente no es algo normal. Buscar cosas que a uno le hagan bien, me arrepiento de no haber hecho yoga, etc. Hacer un tratamiento con psicólogo, y psiquiatra si es necesario. Asumir que uno está mal.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Una campaña sería útil, porque la gente no logra identificar que es un ataque de pánico.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

La gente no logra identificar que es un ataque de pánico. Resaltaría que tener miedo inexplicable no es algo normal, que no es estar loco. Es una angustia, una enfermedad, una patología, nadie va a volverse loco por esto, pero por falta de tratamiento uno se va maquinando. Es una enfermedad que si bien existe no hay información. Nunca hubo una campaña de índole masiva, si hay es aislado. Contar que hay otras personas que les pasó, que tiene una solución, que uno no está solo. No creo que sirva una campaña agresiva, sino que trate de calmar a una persona, que pueda

sentirse identificada con los síntomas que están en los afiches o escucha en la radio o ve en la televisión. Desconozco la edad de inicio de la enfermedad pero calculo que se relaciona con la adolescencia, pero también estaría bueno hacer campañas en los colegios secundarios. Hablarlo en 4º, 5º año, porque la misma presión social: “nene decidite que carrera”, “nene tenés que ser como papá o como mamá”.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No es la palabra discriminada pero que estaba en tela de juicio por todos, como siempre era muy sociable y después me replegaba en mí, a todos le llamó la atención. A veces encontraba a mis amigas hablando, cuchicheando de:- ¿Qué le pasa? Porque me veían rara. Yo pensaba: - Piensan que estoy loca. Sentí que estaba siendo más observada que de costumbre y hasta juzgada. Había buenas intenciones, pero por ahí no estaban preparadas para ayudar a alguien con problemas psicológicos. Enojada conmigo y con los demás. Me sentía muy perseguida.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No creo que uno lo supere del todo. Puedo llorar delante de cualquiera sin saber porqué.

ENTREVISTA N ° 12

CANTANTE, Femenino, Edad 27 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

Tenía 23 años. Era la primera vez que había conseguido por mi misma un trabajo y había decidido dejar la UBA para estudiar lo que yo quería estudiar.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Viajaba en tren al trabajo, sentía que me moría ahí, que no sabía cómo iba a hacer para llegar. Trabajaba en la recepción. Era como que había dos capas, como que era dos personas a la vez: Una que estaba armada haciendo que trabajaba, y otra por dentro donde todo mi mundo sentía que se caía, que me moría ahí, que me desvanecía, que cada segundo que vivía era un instante, que estaba segura que al instante siguiente no viviría. Sentía una especie de asfixia, una claustrofobia interna, una mezcla de falta de aire con angustia, una descompensación. Seguía estando en pie pero por dentro sentía que no podía respirar, que me faltaba el aire. También me mareaba mucho.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Nunca tuve miedo a volverme loca pero lo que hacía era leer muchos libros de autoayuda. A veces no estaba bueno que leyera tanto. Sabía que tenía que tener cuidado porque al leer un libro de autoayuda me exacerbaba más, y tenía miedo de pasarme para el otro lado porque se ve que tocaban puntos que a mí me movilizaban mucho.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Tenía miedo a morir.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Pensé en suicidarme. Había tenido una pelea con quien era mi mejor amiga. Las dos estábamos enamoradas de la misma persona, y había besado a ese chico y la que era mi mejor amiga se puso re mal, me dijo de todo y yo no podía creer que había causado tanto dolor a una persona que significaba tanto en mi vida. Me fui corriendo de Cabildo a mi casa, agarré un cuchillo y me lo quise clavar, porque me sentía la peor basura humana y mis papás me pararon, si no, no sé que hubiera hecho.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Mi mamá me dijo que tenía todos los síntomas de ataque de pánico porque ella los había tenido. Yo estaba yendo a un terapeuta pero justo en ese momento no estaba así que empecé en otro terapeuta y él me diagnosticó que eran ataques de pánico.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

El primer médico que recurrí fue a él, porque ya mi mamá me guió.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Mis amigos no sabían. Sabían mi mamá y mi papá, y me acompañaban en el momento. Y mi mamá me decía que sabía lo que se siente, y que ahora por lo menos se podía hablar del tema, puedes explicar, te pueden acompañar.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

Oculté la enfermedad sobre todo en el trabajo, porque tenía miedo que sea una causa para que me despidan.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Sí había escuchado hablar del tema pero no le había dado trascendencia. Lo sabía por mi mamá.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Fui muy sobreprotegida toda mi vida y eso me pasó en un momento que decidí hacerme cargo de mi propia vida, porque dejé la UBA y empecé a trabajar y a estudiar música. Mi mamá decía que mis hijos no iban a tener para comer y que no los iba a poder cuidar.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Con terapia y medicación.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Tomé medicación porque estaba muy mal. Me sentía inestable todo el tiempo y mi médico consideró que tome una medicación y que después la reduciríamos hasta dejarla. Sólo Rivotril.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Tenía miedo de salir a la calle, no quería viajar en tren.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Yo me sentía sola por más que estuviera rodeada de gente. No era miedo a estar sola.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo a trabajar, estudiar, etc. pero medicada y me daba cuenta que mi cabeza iba a otro ritmo. Me doy cuenta que yo soy muy ansiosa.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Que hagan terapia. Que consideren los síntomas. Que si están con stress, que lo tengan en cuenta. Que lo importante en la salud es estar sano física y mentalmente.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Ayudaría totalmente.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría que los tiempos son otros ahora, y que hay mucha presión, mucho stress y mucha exigencia de lo que se espera de una persona y nadie le da pelota. Las campañas de salud tienen que hablar de la salud mental y emocional, tiene que haber campañas de todo tipo.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No me sentí discriminada por la enfermedad, pero después me enteré que a una compañera la despidieron porque tuvo un ataque de pánico, porque tuvieron que llamar a una ambulancia y todo.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Cura definitiva sí. Pero está latente la posibilidad de que haya otro brote, depende de cómo hayas hecho el tratamiento, y hayas descubierto lo que hayas descubierto.

ENTREVISTA N ° 13

PROFESORA DIFERENCIAL, Femenino, Edad 55 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

A los 18 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Las sensaciones que sentía eran que me moría, que me empezaba a ahogar, que me faltaba el aire, necesitaba salir a la calle, a un lugar abierto, sentía que el aire me iba a venir un poco más. Transpiración. Sentís que te estás muriendo. Te empezás a desesperar. Una vez los hice bajar a todos del auto porque sentía que me moría, estaba en la parte de atrás sin ventana. Después sentada con la ventanilla abierta, por más que ya tomaba medicación. El subte no lo puedo tomar.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

No tenía miedo de volverme loca.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Tenía la sensación de que me iba a morir. Sentía miedo a morir.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Nunca pensé en suicidarme.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Diagnosticó pánico el psiquiatra.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

El psiquiatra.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

A los amigos y familia se les hace difícil a los que no lo tuvieron, porque vos te empezás a desesperar, sentís que te estás muriendo. Mi marido no entendía bien lo que me pasaba. El que está al lado tuyo lo desestima.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No oculté la enfermedad.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Escuché hablar del tema por mi hermano, que tenía ataques de pánico. Por eso las sensaciones eran muy parecidas a las que había sentido él. A él le fue más dificultoso por no saber, por no conocer el tema. A mí los síntomas me resultaban conocidos. Fui al psiquiatra que iba él. Me resultó más fácil.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Tenía 18 años, me subía al colectivo y me empecé a sentir mal y me tenía que bajar. El médico clínico me decía que estaba nerviosa, que era un tema psicológico pero que no iba más allá. Me pasó de tener que llamar a mi mamá para decirle que me ahogué en el colectivo y decirle que me venga a buscar a algún lado. No sabía lo que me pasaba pero lo sentía.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Curar no te curás. Me dieron medicación, tratamiento psicológico. La medicación atenúa los síntomas, no te da tan seguido. Te desesperás menos de lo que te desesperabas antes. A los 18 años no sabía que no me iba a morir.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Sí. Con la medicación lo paso mejor pero las sensaciones las tengo. Sin tomar la medicación hubiera sido peor. Ahora lo siento pero lo puedo controlar. Empiezo a respirar profundo, lo controlo un poco más. No me agarra la desesperación.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

No tenía miedo de salir a la calle.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

A estar sola no. Pero antes no tomaba ascensor, ahora sí. Prefería que esté alguien aunque no lo conozca para subir.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo a trabajar y a estudiar.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Que hagan terapia, que tomen medicación.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Creo que una campaña ayudaría a concientizar.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Que la gente conozca los síntomas, que no le tengas miedo a un psiquiatra. Que no oculte que le está pasando algo. Una campaña ayudaría a que mucha gente que tiene los síntomas vaya al psiquiatra.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No me sentía discriminada sino incomprendida. Por ahí tiene alguien en el entorno, por ahí lo tiene pero ninguno lo dice porque no se atreven. Porque te toman por loca, te toman por histérica, que estás exagerando. Solamente te entiende el que le pasa, es muy difícil que otra persona te entienda. A lo sumo tal vez ahora con un familiar, sabe que algo te pasa, por lo menos se callan la boca, no te dicen nada, pero de ahí a que lo entiendan...

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No hay una cura definitiva, por ahí no es tan seguido, pero siempre vuelve.

ENTREVISTA N ° 14

ESTUDIANTE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Femenino, Edad 27 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

El primer ataque de pánico lo tuve a los 10 años en la Iglesia, estaba de vacaciones con mi familia. Nueve años después, a los 19 años, tuve otro brote. Tuve que llamar a mi mamá. Se me disparó una ansiedad muy grande que derivó en pánico. Fue el primero que duró 10 minutos, de más grande. Después, miedo a tener ataques de pánico. Por dos años, ataques en continuo.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Diarrea, temblores, taquicardia, que me bajaba la presión, que me iba a desmayar. Que me iba a morir.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Miedo a volverme loca más cuando era chica, que todos decían que no tenía nada.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Miedo a morir, sí.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No, nunca pensé eso.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Crisis de ansiedad. Me detectaron ansiedad crónica en el primer psicólogo. Ansiedad, un poco de fobia social y agorafobia.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Como no tenía ninguna situación que podía pasar algo, tenía miedo que era la última vez que salía con mi mamá y esas cosas no se las contaba a nadie. Visité todos los especialistas de la cartilla médica. Todo me daba bien, no tenía nada, y un día me pudrí y empecé con un psicólogo.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Tuve apoyo de la familia en acompañar, pero decían: -Si está todo bien, ¿para qué vas? Mi mamá dice que cuando era chica le pasaba algo similar. Mi papá no hablaba y mi hermano era chico.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No cuento a la gente que tuve ataques de pánico. A mi novio le oculté por un año. Empecé el psiquiatra y después le comenté porque empecé a tomar medicación y por la falta de deseo, le tuve que contar.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Escuché antes en los medios audiovisuales.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Descubrí un detonante de la enfermedad, me lo dijo un psicólogo: la muerte de mi abuela, por el miedo a la muerte.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Salí adelante con mucho esfuerzo, exponiéndome, afrontando las situaciones. Con psiquiatra con antidepresivos durante un año y medio. A la noche me agarra. Trato de respirar profundo, hago yoga y se me pasa.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Tome medicación porque no soportaba los picos de ansiedad.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Sí tenía miedo, por eso salía con mi mamá a todos lados.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Miedo a estar sola, sí.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Nunca faltaba a la facultad pero era un padecimiento poder lograr salir. Corté un poco los vínculos con mis amigas. Mantenía cursar, ir a la facultad, volver y salía mucho con mi mamá. Des-

pués me puse como meta ir a bailar para poder salir con una amiga. Empecé a trabajar estando ya medicada.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Recomendaría que busquen a alguien que las acompañe a preguntar a un especialista. Que hagan terapia. Aprendizaje cognitivo para trabajar todos los miedos. Ahora ya lo tengo más trabajado, y puedo enfrentar mejor las crisis.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Una campaña puede concientizar a la gente que acompaña, al núcleo más cercano de la persona que lo padece. La persona que nunca lo tuvo no lo comprende.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Que traten de explicar bien lo que es, que animen al entorno y a la persona que trate de buscar ayuda. Que la persona con la terapia logre tener herramientas para afrontarlo, ya que es algo que te puede acompañar toda la vida.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

Me sentí no discriminada, pero sí no comprendida. Alguien que no lo tuvo no lo entiende. Sólo lo logras hablar con gente que lo haya tenido, se haya hecho cargo y se haya hecho tratar.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No hay una cura definitiva, sí herramientas técnicas y actitud mental. Trabajo de respiración porque te parece una cuestión orgánica, pero tiene un poco de trabajo mental cognitivo y otra parte que es orgánica para la que se tiene que tomar medicación.

ENTREVISTA N ° 15

PERIODISTA DEPORTIVO, Masculino, Edad 27 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

Fue hace 2 años y medio, tenía 24 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Sensación que me faltaba el aire, se me cerraba el pecho, ataque de angustia y lo único que hacía era llorar como un estúpido. Sensaciones de llorar, de no querer, me pasaba más que nada en relación con el trabajo. Me agarraba angustia de que no quería ir, ahogado como en un vaso de agua, me faltaba el aire. Por suerte la mayoría de las crisis me ocurrían a la noche.

3. ¿Tenía miedo de volverse loco?

Miedo. No a volverme loco sino de cómo manejarlo.

4. ¿Tenía miedo a morir?

No tuve miedo a morir.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No pensé en suicidarme.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

El médico psiquiatra me lo diagnosticó.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

La psicóloga. Ella me mandó después al psiquiatra.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Mi familia tenía mucha preocupación y mis amigos también, tratándome de ayudar. Me ayudaron.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No oculté la enfermedad.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Había escuchado de amigos y amigas con casos más extremos.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Estrés laboral. Un noviazgo conflictivo también. Renuncié al trabajo, terminé el noviazgo y se terminó todo.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Salí adelante con la psicóloga que me atendió en ese momento, un poco yo, un poco mi familia. Una vez me agarró en el tren, pero ahí es como que ya lo sabía manejar, me habían enseñado. Lo que hice fue bajarme del tren, esperar que venga otro, tranquilizarme y tomar el otro tren. Por ahí sí el trabajo no me estaba haciendo bien, renuncié y fue un alivio enorme. Esa misma semana corté con mi novia, y sentí que me había sacado una mochila grande de encima, y de ahí en más estuve mejor. Es como que me di de alta solo. Dejé de tomar la medicación de a poco, solo.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Sí. La medicación que tomé fue por un mes y medio. El Rivotril para dormir y Aeropax, que me hacía mal. Por eso después lo dejé. Me ayudó mucho aislarme, me iba a San Pedro o a la Costa. Me aislaba del agotamiento. Irme a un lugar tranquilo, hacer actividad física, y poder descargar y sacar las tensiones que me hacían mal. Uno lo maneja con su conciencia. El psicólogo va a guiarte para que puedas encontrarle solución a tu problema. No hay mucho misterio. Son momentos y los momentos pasan y uno tiene que estar tranquilo y pacífico.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Miedo a salir a la calle no tenía.

15. ¿Tenía miedo a estar solo?

Me sentía solo. No miedo a estar solo, sino que me pasaba cuando estaba solo. Una vez sola me pasó con mi mamá en un shopping, típico, multitud de gente. Me empezó a faltar el aire, me agarró desesperación, la dejé a mi vieja en Falabella en Unicenter y yo me fui afuera, y mi mamá llamándome al celular para ver dónde estaba. Eso fue lo más loco.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí haciendo mi vida normal por más que sabía que no quería ir más. Me daba mucha vergüenza decir lo que me estaba pasando. Una vez me agarró en el trabajo y me encerré en el baño porque no quería que me vean. Sabían, pero en un momento dejé mi función en mi trabajo. Luego traté de ponerle pilas y seguir yendo. Me daba vergüenza pedir licencia psiquiátrica pero finalmente me dijeron: o licencia o renunciaba y renuncié. Ahora lo hago, de hecho lo estoy haciendo.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

El hecho de tomar medicación no lo comparto, aunque yo las tomé por poco tiempo. Son drogas muy fuertes. Trataría de encontrar otra forma, es una enfermedad de la cabeza y la solución está en conseguirte un buen psicólogo.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí, ayudaría mucho a que se entendiera esta enfermedad.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría estos distintos mecanismos, que son más enfermedades que van, no sé si llamarlas espirituales. Pasa por el hecho de que la sociedad en que vivimos hoy, está muy sobrecargada de presiones. Tensiones por todos lados, la gente está muy loca. Por eso la gente que es débil percibe todo y chupa la mala onda, y eso es lo que uno tiene que tratar de evitar. Por eso algunos dicen que tienen que tomarse todo en solfa. Que no le importe, pero es complicado. Que la campaña informe de estos mecanismos que me ayudaron a mí a salir, para que la gente se disperse, se distraiga, se tranquilice. Ver qué es lo que te está haciendo mal para llegar a cómo estás. Una vez que encontrás la respuesta, las cosas pasan solas cuando uno se decide a tomar las decisiones que corresponden.

20. ¿Se sintió discriminado por la enfermedad?

No me sentí discriminado porque hoy es algo muy común en la sociedad en que vivimos.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No hay cura definitiva, va con la personalidad de cada uno. Si sos sensible o hay cosas que las percibís muy fácilmente como la presión laboral, los problemas familiares, te hacés demasiado problema por las cosas...las personalidades no cambian. Puede haber momentos que uno esté

mejor espiritual, o físicamente para que las cosas no las absorbas tanto. Pero si te pasó una vez, te puede volver a pasar, pero por ahí la segunda o tercera vez que te pase lo sabés llevar de mejor manera.

ENTREVISTA N ° 16

EMPLEADA BANCARIA, Femenino, Edad 27 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

Primer ataque de pánico a los 25 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Se quedó el subte y me empezaron a agarrar síntomas que no sabía qué eran. Me dio miedo. Me quería bajar ya del subte. Me tuvieron que dar el asiento. No paraba de llorar, como que me pasara algo puntual que ni yo sabía qué era. Me faltaba el aire y tuve que caminar por las vías.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

No tenía miedo a volverme loca.

4. ¿Tenía miedo a morir?

No tenía miedo, al contrario, quería morir.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Suicidio, sí, lo pensé. No sabía cómo hacer para manejarme y sentís que te querés morir. Fue solo pensamiento, no hice nada.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Me diagnosticó pánico un médico clínico cuando me fui a la guardia y me dio el Rivotril.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

El primer médico que recurrí fue un clínico.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Que esté tranquila, que busque ayuda en un psicólogo no en un clínico. Estaban preocupados porque no entendían lo que me pasaba.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

Se lo conté a todo el mundo. También lo conté porque estaba en el trabajo.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Había escuchado hablar del tema por amigas.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Descubrí con la terapia que la causa es como mi historia, mi infancia. Cosas que me hicieron mal en algún momento y no las había hablado y con la terapia pude sacarlas. Varias cosas que se me juntan. Cosas que voy tapando y cuando quiero salir adelante no puedo.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Salí adelante con terapia y hablando con amigos.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Medicación, sólo en el primer momento. Después no quise tomar. No sé que hubiese pasado si con la terapia no me servía. Por ahí sí hubiera tomado.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

No quería salir a la calle. Si me quedaba adentro estaba tranquila y feliz. Salir no quería por nada en el mundo.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Tenía miedo de estar sola porque no quería quedarme sola, porque sentía que cuando estaba con alguien esto no me iba a pasar. Que si me abrazaban o algo se me iba a pasar, porque si se iba la persona volvía lo mismo, me sentía segura con alguien.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo porque sabía que sino no salía más. Iba con angustia a trabajar. Con la terapia y mi rutina de siempre, salí adelante. Me agarró bastantes veces en el trabajo y no podía hablar con ningún cliente (trabajo en un call center) porque se me cerraba la garganta y me faltaba el aire. Una angustia en el pecho muy fuerte. Me agarró un par de veces en mi casa a la mañana que no quería hacer nada. No quería venir al trabajo y pensar que me quedaba en mi casa era lo mejor que me podía pasar.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Que se den cuenta que hay una causa real. Que con terapia se puede salir.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Campaña sí, mientras que no sea promoción, porque hay enfermedades de moda. Con Freud el momento era la histeria. Hay riesgo de que algunos confundan síntomas de ataques de pánico con otra cosa, de eso hay que tener cuidado.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Más que la promoción del tema del ataque de pánico, que sea algo indispensable para una persona hacer terapia, hacer una vez por mes y si se presenta algún problema que sea más seguido. Eso evitaría que les pase a las personas un colapso.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No, no me sentí discriminada.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Cura definitiva no creo que haya. Una vez que te pasó, ante algo similar, estás predispuesta a que te vuelva a pasar.

ENTREVISTA N ° 17

EMPRESARIO, Masculino, Edad 45 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

Primer ataque de pánico año 1992. Tenía 27 años El ataque de pánico lo tuve en una reunión de trabajo en una confitería. Fui al baño. Me sentía mal. Justo había un médico. No tenía nada. Vino una ambulancia. No tenía nada. Yo seguía peor y llamaron a la segunda ambulancia y lo mismo seguía igual. Eso fue un miércoles y el viernes me agarra la segunda y vino la ambulancia de nuevo. Me hicieron electro y no tenía nada. Me hicieron dormir con un remedio del viernes al domingo. Después con los estudios se dieron cuenta que no era nada orgánico. No se hablaba de ataque de pánico acá.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Dolor de pecho, falta de aire, sensación de desconcierto, temor a morirme, palpitaciones, sudoración.

3. ¿Tenía miedo de volverse loco?

Miedo de volverme loco sí, por la sensación de desconcierto.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Miedo a morir sí.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No, nunca pensé eso.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Me diagnosticó pánico un psiquiatra que había atendido a mi papá por depresión. Me lo diagnosticó por teléfono.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Cuando llamo al psiquiatra, como venía de New York, él tenía la información que en Argentina todavía no existía. Me dijo de eso no se va a morir, es un panic attack. No existía Internet ni nada donde buscar y demás. Cuando veo al tipo me dijo que se atacaba con un antidepresivo y un an-

siolítico para que hiciera efecto. Me dijo que todo viene de algo de adentro por lo que empecé terapia dos o tres veces por semana. Me han tenido que acompañar a la oficina o al auto.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Mi familia y amigos, acompañamiento total.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No oculté la enfermedad.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Antes que me sucediera no había escuchado hablar del tema.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Me empecé a tratar por una serie de cosas personales, hasta que el terapeuta decide que vaya mi ex mujer también. El problema era mi matrimonio. Como no puedo comunicarme, me agarra ataque de pánico. Me pasó con otra pareja. Con un trabajo que duró siete años y no daba para más y me agarraba. Cuando tenés una situación de depresión importante a mí me daba por ese lado en vez de que me diera otra cosa. Empecé terapia y me decía: -Estás podrido de esta persona. Estás podrido de este laburo. Yo lo hablaba pero el detonante era el ataque de pánico. Cuando después estuve cinco años con otra persona conviviendo estuve con varias situaciones hasta que me separé. Se repetía ante situaciones que algo no daba más. Mi forma de manifestarlo era el ataque de pánico.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

El psiquiatra me dio sublingual para que lo tome pero yo a veces trato de no tomarlo. El psiquiatra me dice:-¿Para qué te aguantás? El momento es mejor no vivirlo porque no son situaciones gratas. Después que terminás quedás hecho pelota. Como que te pasó un camión por encima tres veces. Zafás tomando medicación con siete miligramos de calmantes antidepresivos.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Tomar medicación no es estar loco. No mido la locura por ahí. Luego fuí a un profesional, que estudia el ataque de pánico como falta de algunas sustancias a nivel cerebral. Un preparado de medicación homeopática donde en análisis vio la parte celular a nivel cerebral. La medicación levantaba esa parte. Un tratamiento carísimo.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

No tenía miedo de salir a la calle, sino que tenía recaudos que jamás había tenido. Buscaba lugares que cerca hubiera una clínica o algo. Cerca de mi casa tengo una clínica. No tuve problemas de estar en lugares abiertos. Cada síntoma y cada cosa lo vas viendo con el tiempo. Bajaba a dar una vuelta manzana, me tenía que mantener activo. Muchos me decían:-Acostate. Y era peor.

15. ¿Tenía miedo a estar solo?

Creo que después evitás estar solo por si te agarra. Evitar en una ruta un viaje largo, etc.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo a actividades: Trabajé sí, pero con algunos recaudos. Corté algunas cosas de por ejemplo ir al cine, actividades lúdicas. No las obligatorias, cursos, cosas que yo podía elegir.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Recomendaría medicación y terapia. Sin medicación no salís. Tratar de detectar los motivos. Hay un detonante por más que me agarraron en lugares pacíficos siempre hay algo. Empezar un tratamiento lo más rápido posible. No es medicación de por vida. Es por un tiempo y buscar por terapia qué es lo que de alrededor te hace ruido para tratar de evitarlo o mejorarlo. Como algunos tienen asma o psoriasis, a otro grupo de gente nos explota por un ataque de pánico.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Campaña sí, si está bien hecha. Tiene que estar atrás el bien público. Organizar primero eso, porque para tratarlo tenés que contar con un presupuesto mensual de quinientos pesos como mínimo.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Si es una campaña de bien público, en los hospitales o lo que sea, tiene que haber un respaldo para que cuando concurra la gente, tenga una respuesta de hospital público sobre el tratamiento. Organizarlo desde O.N.G. o el Estado que se ocupe de esto en forma gratuita.

20. ¿Se sintió discriminado por la enfermedad?

No me sentí discriminado por terceros sino que uno deja de hacer cosas. Sumamente acompañado.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No lo creo. Ahora trato de decirlo lo más rápido posible ante la posibilidad de que me apareciera. Me ha pasado de estar con alguien y estar sin comer, cuando salís por primera vez con una persona. Se me pasa a los diez minutos y empiezo a comer, y vos cambiaste. Eso me ha pasado estando en pareja.

ENTREVISTA N ° 18

EMPLEADA, Femenino, Edad 25 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

El primer ataque fue en un café. De pronto necesitaba irme del café donde estaba con mi hermana. No soportaba estar allí. Me sentía muy mal, me ahogaba, no podía respirar. Creí que me moriría. A partir de ese día tuve ataques durante dos meses.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Taquicardia, que se me adormecían los dedos de la mano, excitación alterada, que me faltaba el aire, que me agitaba.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

No tenía miedo de volverme loca.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Sentía que me iba a morir, que me iba a desmayar, que me agarraría un paro cardíaco, que me sentía muy mal.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No pensé en suicidarme.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Diagnosticó pánico un médico psiquiatra. Porque en mi familia hay casos de ataques de pánico, muy evidente qué era. Hice entrevista con psicólogo y derivó a psiquiatra. Dijo que eran más que ataques de pánico, ataques de ansiedad.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

El primer médico fue un psicólogo.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

La familia decía que era por muchos cambios. Mudanza, separada con la nena, viviendo sola. Que todo me avasalló. Que tomara las cosas más con calma. Era la época de la gripe A y tenía

que trabajar y el jardín de infantes cerraba. Muchas cosas nuevas. Tu cuerpo te dice:-¡Basta! Y tu mente está haciendo catarsis de esa manera:-Me pasó esto. ¿Qué hago? Voy a hacer las cosas que me diga.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No lo oculté. Tampoco decir por todos lados lo que me pasó. Me interesaba salir del círculo cerrado de la enfermedad.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Sí, en mi familia, hablando con mis amigas, en los medios.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

El detonante de la enfermedad fue el estrés. Muchas preocupaciones, mucho desequilibrio mental, no tener un orden.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Logré salir adelante con el psiquiatra. No quise tomar medicación porque me hacía mal.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Tomé medicación Rivotril pero después no quise más. Me hacía peor la medicación. Me dejaba muy dormida y pensé que me hacía adicta porque ante cualquier molestia lo tomaba pensando que me iba a agarrar un ataque. Rechazaba hacerme adicta al Rivotril.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Tenía miedo de salir a la calle. ¡Ni salir a la noche! Antes de salir me empezaba a sentir mal. Una de las cosas que me servía era llorar para liberar la angustia.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

Miedo a estar sola con la nena.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo a trabajar. El tener una hija no me dejó caerme del todo. Primero que yo, está ella.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad? Consejos

Recomendaría que no se victimicen, que hagan terapia y actividad física.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

No sé si una campaña va a hacer bien, es darle mucha importancia.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Una campaña grande sí, concientizar en los colegios como educación mental. No a todo el mundo le pasa porque no todos reaccionan de la misma manera.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No me sentí discriminada.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

En cuanto a cura definitiva, considero que lo puedo controlar. Que me puedo sentir mal, nerviosa, acelerada, pero manejarlo. Relajarme, respirar hondo. Si sabés que teniendo tu vida mal te va a agarrar, que tenés que prevenir eso. Vos tenés que controlar tu mente, no tu mente a vos.

ENTREVISTA N° 19

ESTUDIANTE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Femenino, Edad 27 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

El primer ataque de pánico lo tuve a los 10 años. En ese momento no sabía que era pánico, tampoco lo supieron los médicos que consulté. En el año 1993 en Argentina no había casi información del tema lamentablemente. El primer ataque lo tuve en enero del '93, estaba en mi casa con mi papá y de repente sentí que no podía respirar, que me ahogaba y me moría. Muy asustada le avisé a mi papá que llamó a un primo que es médico justamente psiquiatra, y le dijo que no era nada, que se me iba a pasar, que seguro era que estaba muy congestionada. A todo esto como no se me pasó llamó a la ambulancia por pedido mío pero luego pude respirar bien y la cancelé.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Cuando era chiquita sentía que me moría, tenía muchísimo miedo a la muerte. Me tocaba el corazón para ver si me latía y si no lo escuchaba ya me asustaba mucho.

Luego se me pasaron por unos años las crisis y me volvieron a los casi 17 años. En ese momento sí supe lo que era, por lo que el miedo a la muerte se me fue por tener conocimiento. Pero ahí me vino el miedo a la locura. Muchos pensamientos recurrentes, sensación de despersonalización, pensar que la vida no tiene sentido, de dónde venimos, a dónde vamos, las preguntas existenciales que no tienen solución y todos tenemos, para mí eran el pensamiento la mayor parte del día. Por más que sabía que no iba a tener un infarto no podía creer como con tanta taquicardia mi corazón iba a resistir. También me bajaba la presión y me mareaba. Otros síntomas fueron sudoración y muy pocas veces temblores. A los 21 años tuve otra crisis fuerte donde estuve por 2 meses con gastroenteritis y tenía cólicos muy fuertes. Lo que sentía todo el tiempo de chica y de grande fue la falta de aire. Aun hoy al estar en lugares poco oxigenados como el subte y el tren de horario pico a lo que llamo "sardinazgo", siento esa sensación de asfixia. Y como sé por mi psicóloga esto se relaciona con el hecho de que al faltar el aire por una cuestión real, se me dispara la alarma que ya me quedó grabada en mi mente, y me puede producir feas sensaciones. Igualmente ahora las controlo sin problemas, sé que se me pasa, sólo que es un momento molesto.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

La locura era un miedo latente por los pensamientos recurrentes y la sensación de despersonalización. También mi agravante fue que mi mamá tiene psicosis esquizoafectiva y tiene crisis muy graves, siempre estaba latente el miedo a que tenga algo de hereditario su enfermedad. Pero con terapia me saqué todo ese miedo y me quedó muy claro que lo mío es algo somático y lo de mi mamá algo que no tiene cura.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Como dije anteriormente tenía miedo a morir cuando era chica por eso chequeaba si me latía el corazón.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

Pensé en querer terminar con las sensaciones feas, pero no en matarme. Lo que siempre tuve fue muy buena autoestima que me ayudó a salir adelante, si uno no se quiere nadie te va a querer, ni nada va a servir para nada. Yo siempre me quise mucho. Lo que sí pensaba era dormir para no pensar tanto. Siempre estuve en contra del suicidio, también el creer en Dios, y aun más cuando sufría las crisis, me ayudó a tener una postura muy negativa hacia las personas que ven el suicidio como alternativa.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Me diagnosticó una orientadora vocacional a la que acudía para ver qué carrera elegiría, la cual también era psicóloga.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Siempre supe que mis malestares eran psíquicos. Cuando era chica me mandaron a una psicopedagoga muy ignorante ya que lo único que hacía era ir con mi gata y jugar al “Juego de la vida”. Ante todos mis síntomas tan evidentes ni a ella ni a mi familia se les ocurrió buscar más información y llegar a lo que yo llegué por mis propios medios. El tema no es sólo saber que son psíquicos los malestares, sino saber exactamente qué son y cómo tratarlos. Luego de grande también acudía a una psicóloga hasta que terminé atendiéndome con la única que me sentí cómoda que es la psiquiatra de mi mamá. La cual cuando tuve mi última crisis a los 21 años me dio medicación.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Cuando era chica mis compañeras del colegio me miraron algunas como “bicho raro”. Es el día de hoy que tengo ganas de decirles de todo. Mis amigas, o las que así decían serlo, se preocuparon pero no dejaban algunas de mirarme como bicho raro. Salvo la que en ese momento era mi mejor amiga. Mi familia cuando era chica se preocupaba pero no me comprendía. Mi papá siempre decía que exageraba, también que era una delirante por faltarme el aire. Sentía incompreensión porque el que no lo padece no lo entiende. Cuando me agarró de adolescente mis mejores amigas me dieron apoyo incondicional. Mi familia ya lo tomó de otra manera porque ya se sabía que era.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

Es muy raro que la gente vaya por la vida diciendo “tengo ataques de pánico”. Sólo se lo dije a mis mejores amigas y después de más grande lo blanqueé ante las demás amigas. Con el tiempo fui diciéndolo sin vergüenza. La sociedad te obliga a ocultarlo. Por ejemplo en un trabajo no podés poner que tomás antidepresivos porque olvidate que te llamen. Hasta para los seguros de vida que vendo en el banco si declarás tomar antidepresivos o ansiolíticos no podés tenerlo. Ahora el gobernador de nuestra provincia quiere dejar afuera del manejo de vehículos a los que toman estas medicaciones, y después algunos dicen que ya no es un tema “tabú”. La sociedad mira mucho “la paja en el ojo ajeno”, y juzga al que va al psicólogo, más al que va al psiquiatra y directamente marca como locos a los que toman medicación. Generalmente los que señalan tanto son los que más necesitan un tratamiento y personas que no valen la pena.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Para nada por eso considero necesaria la información.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Nada aparece porque sí. Mi detonante era muy obvio, a diferencia de otros que necesitan mucho más análisis para poder determinar. Teniendo a mi mamá con crisis por su psicosis esquizoafectiva, yo viví mitad de mi infancia con mis abuelos paternos y mi tía. Y la otra mitad con mis papás. Fui y vine de un lado a otro como cinco veces hasta que dije:-¡Basta! Y ahí me agarró pánico, una clara manifestación de córtarla con esto porque me están haciendo demasiado mal. Las mentiras alrededor de la enfermedad de mi mamá que me hacían decir por el “miedo al qué dirán”, y unas cuantas otras cuestiones relacionadas con el mismo tema generó esta gran angustia que explotó con pánico.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Salí adelante en primer lugar por mi personalidad. Al haber vivido situaciones que me hicieron crecer de golpe hizo que me apoyara mucho en mí misma. Esto generó una autoestima muy fuerte, un creer que todo en la vida vale por uno y que los demás pueden ayudar, pero uno sólo se puede ayudar, porque nunca se puede confiar cien por ciento en el otro. Uno es uno y si te querés vas a buscar lo imposible para poder sentirte bien. Me ayudó la psiquiatra y la medicación. Y también todos mis afectos, mi familia y mis amigos. Pero el querer estar bien hizo que busque ayuda y que nunca me quede parada, por eso también tuve la ayuda.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

Tomé y tomo medicación. Como bien me explicó mi psiquiatra cuando uno pasa por situaciones de prolongado estrés las neuronas se lastiman. La capa que las cubre, por decirlo de alguna manera, se va puliendo, y la única manera de recomponerla es dándole a los neurotransmisores la garantía de que “todo está bien”. Con el pensamiento no podés evitar la parte química, el que cree que todo lo puede y puede prescindir de la medicación es el que no aceptó aún la enfermedad. No tiene sentido pasar por un mal síntoma pudiendo evitarlo. Admito que tuve miedo a los antidepresivos porque creía que me cambiaban mi manera de ser o algo, pero cuando no soporté más dije:-¡Quiero algo que me saque esto ya! Luego me dí cuenta que aplacando los síntomas podía ser yo misma con mi carácter y no tener miedo de enfrentar nada por temor a sentirme mal, a necesitar del otro, etc.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

Cuando era adolescente y estaba mal necesitaba estar fuera de mi casa. Puede ser que mi situación se relacionaba con mi mamá, que quisiera escapar de cierta manera. Mientras estaba en actividad, con amigos me sentía mejor.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

En las crisis no toleraba estar sola. Buscaba siempre alguien cerca aunque no supiera lo que me pasaba para hablar de cualquier cosa y no pensar en el tema.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

A diferencia de otros pacientes yo empecé mi primer trabajo con una de mis peores crisis y tomando Rivotril. Cada jornada que terminaba me ponía contenta de decirme:-¡Pude! La secundaria y facultad jamás dejé. Lo que si dejé por unos meses fue cuando era chica la primaria.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

Que confíen en sí mismos, que se quieran, porque nada sirve si el cambio no empieza por uno y si uno no se quiere ayudar. Luego terapia y medicación obligatoriamente para poder sacar los síntomas y luego hablar de lo que pasa. No contarlo a todo el mundo para no caer en la victimización, pero sí compartirlo con las personas más allegadas.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Es fundamental que dentro de las campañas de bien público comiencen a haber las que se traten de enfermedades psicológicas para desinflamar las mismas.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría que no se está solo, que se puede salir y los lugares de ayuda donde acudir.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

Me siento no sólo discriminada sino indignada con políticas como las que comenté de los seguros y la posible no aceptación de que manejemos los que tomamos medicación. Hoy en día tengo más herramientas para defenderme y decirle a cualquiera que tuve la enfermedad, pero en otros momentos el miedo me hacía ocultarla más. Como dije también de chiquita me sentí señalada como “bicho raro”.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

No hay una cura definitiva. Uno es quien tiene que estar atento a no estresarse tanto y siempre hacer cosas que le hagan bien. Muy importante lo que uno hace y de quienes se rodea. Cuando uno ya sabe la enfermedad, por más que se repita, ya no es tan grave como la primera vez.

ENTREVISTA N ° 20

PRODUCTORA DE TELEVISIÓN

Femenino, Edad 30 años

1. ¿Cuándo tuvo el primer ataque de pánico?

A los 24 años.

2. ¿Qué sensaciones sintió durante los ataques?

Estaba en el Alto Palermo. Estaba entrando a un local y me empecé a sentir rara, que me bajaba la presión, me compré un alfajor y me seguía sintiendo mal. Me sentía desorientada. Me fui a mi casa. Llamé a mi mamá. Le dije que sentía que me estaba muriendo. Me tomé un taxi y me fui a mi casa. Le decía al taxista que me lleve a mi casa porque me estaba muriendo. Cuando llegué mi mamá me miró y me dijo que tenía ataque de pánico. Me dio una pastilla y me dijo que en media hora se me iba a pasar y así fue. Pero sentía una descompostura total, que no podía dominar la mente, que la mente te re dominaba.. A estar sola no al contrario.

3. ¿Tenía miedo de volverse loca?

Miedo a volverme loca y a morir. Fui a la psicóloga ya, urgente. Le dije bueno dame algo y al otro día me dio Rivotril. Lo bueno es que al tener a mi mamá ya sabía desde el primer momento lo que era.

4. ¿Tenía miedo a morir?

Sí, tenía miedo.

5. ¿Alguna vez pensó en suicidarse?

No, nunca lo pensé.

6. ¿Quién le diagnosticó pánico?

Mi mamá porque ella lo había padecido. Luego la psicóloga al otro día.

7. ¿Cuál fue el primer médico que recurrió?

Una psicóloga que directamente me dio Rivotril.

8. ¿Qué decía su familia, amigos sobre el tema?

Nada porque mi mamá y mi tío habían tenido. Mi papá mucho que no entendía, pero el resto lo más normal del mundo.

9. ¿Ocultó la enfermedad? ¿Por qué?

No se lo conté a todo el mundo pero en el trabajo sí, y me dijeron si me necesitaba tomar una licencia. Les dije que no. Las personas más allegadas comenzaron a buscar información para saber sobre el tema.

10. Antes de que le suceda a usted: ¿Había escuchado hablar del tema? ¿En dónde?

Si pero como mira, existe, pero nunca le presté demasiada atención. Pensé que era hereditario.

11. ¿Descubrió un detonante de la enfermedad?

Estrés laboral.

12. ¿Cómo logró salir adelante?

Con medicación y terapia.

13. ¿Tomó medicación? ¿Por qué?

El mismo día que me agarró mi mamá me dio Rivotril. Luego empecé con una medicación específica para los ataques de pánico que tomé durante seis meses.

14. ¿Tenía miedo de salir a la calle?

No podía salir a la calle sola. Iba a lo de mi abuela que es a tres cuadras en remis. O con mi hermana pero sola no. Como que me volví un poco más claustrofóbica. No viajar en ascensores ni en subtes. El día de hoy si lo puedo evitar lo evito.

15. ¿Tenía miedo a estar sola?

No para nada.

16. ¿Siguió yendo a trabajar, estudiar, etc.?

Seguí yendo a trabajar pero el primer mes muy tranquilo. Después volví con el ritmo normal me enganché con toda la locura.

17. ¿Qué recomendaría a las personas que sufren la enfermedad?

Recomendaría que hagan terapia y tomen la medicación correspondiente. Que no tengan miedo de hablarlo, que no se asusten, que es una enfermedad como cualquier otra.

18. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí, estaría bueno porque mucha gente no sabe aún.

19. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Los síntomas y lugares donde acudir.

20. ¿Se sintió discriminada por la enfermedad?

No para nada.

21. ¿Considera que hay una cura definitiva?

Si haces el tratamiento correspondiente, sí.

ENTREVISTAS

A

PROFESIONALES

1 A 10

ENTREVISTA N ° 1

PSICÓLOGA, Femenino, 27 AÑOS

Nombre: Sofía Arany

N ° de matricula: en trámite

Títulos: Licenciada en Psicología

Edad: 27

Teoría que aplica: Psicoanalítica

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

No tengo idea pero hoy se empezó a hablar más de los ataques de pánico, en estos años se vio más personas con ataques.

2. ¿Es una cuestión de género?

No creo que sea una cuestión de género. Creo que tiene que ver más con uno, en cómo se siente uno y no tiene que ver en que sos mujer o varón.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

Adultos jóvenes.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

La medicación creo que es necesaria.

5. ¿Cuál es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

La mejor manera de erradicarla es algo muy disciplinario. No sólo usar un psicofármaco para disminuir la ansiedad sino también hacer terapia. La medicación sola no va a mejorar al paciente y la terapia sola tampoco porque se necesita disminuir la ansiedad para poder hablar del tema.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Creo que sí ayudaría una campaña. Pero hay que tener cuidado con la información que uno da porque muchas veces se escuchan cosas que la gente lo cree y por ahí son erróneas, o no son totalmente correctas. Entonces como es una problemática de la salud mental, hay que tener cuidado con la información que se le brinda a las personas.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Lo que resaltaría es que si una persona llega a tener determinados síntomas que lo primero que haga es consultar a un profesional. Un listado para consultar de acuerdo a los síntomas. Si te pasa esto y te sentís de esta manera, por ejemplo tenés sudoración, miedo a volverte loco, miedo a morir, consulta con tu médico antes de hacer vos algo por tu propia cuenta. Pero por el otro lado me da miedo que alguien lea y que piense que lo tiene y no es así. Es medio complicado. Brindar información correcta sin alarmar a la gente.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

En todos los estratos sociales.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Síntomas: una sensación. Como la aparición súbita de una presión y un temor junto con síntomas físicos como palpitaciones, sudor, temblor, taquicardia, miedo a volverse loco, a morir.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Que vaya al médico y que el médico lo derive a un psiquiatra para que tome medicación. Una vez que la tome y disminuya el grado de ansiedad, que pueda hablar de lo que siente, que aprenda técnicas conductuales y cognitivas para tratar el ataque de pánico. Conductuales: Aprender a relajarse, sentarse y respirar, cerrar los ojos. Porque lo que pasa es que se respira muy rápido y hay una hiperventilación en el cuerpo y por ahí te desmayás por respirar fuerte. Recomiendan enseñar a la persona a respirar. Lo cognitivo: Se dice que la persona frente a una situación va a tener un pensamiento automático negativo y eso lo lleva a reaccionar de tal manera, por ejemplo, con ataque de pánico. Una vez que la persona esté más estable, que tenga menos ansiedad y que puede pensar en lo que le pasa, que pueda conectar frente a qué situación, qué distorsión tiene que hace que piense que le va a ir mal, por ejemplo, en un examen, modificar los pensamientos acerca de lo que piensan en negativo, por ejemplo de que no le va a ir mal en el examen. Que en cuántos le fue mal. Que si le va mal no es un estúpido, etc, etc.- Que la persona se vea ante la situación.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

La gente no ve bien o está mal visto ir al psicólogo porque es un sinónimo de estar loco. Si uno dice ir al psiquiatra y tomar medicación es peor, está mal visto por la sociedad, hay mucho prejuicio del tema, es algo más tabú, por más que ahora esté más hablado, igual todavía no se dice.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

Cuando está en la mitad del ataque de pánico no puede, porque tiene un ataque cardíaco, siente que está mal, que se va a morir. Puede seguir sus actividades hasta que le agarra y se paraliza.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

Aún no atendí pacientes.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

Aún no atendí pacientes.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

Aún no atendí pacientes.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No es genético. Para mí es cómo es uno, cómo está inmerso en el apoyo social que uno tiene, cómo vivenció uno su historia. Es muy personal. Es un síntoma frente a diferentes cosas que te pueden pasar.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Sí totalmente. Una situación específica. Podes haber tenido una situación traumática hace mucho tiempo que no se detonó y que en algún momento sale a la luz. Pasa algo específico que lo relacionas con algo que te pasó cuando eras chico y se detona.

ENTREVISTA N ° 2

PSICÓLOGA, Femenino, Edad 28 años

Nombre: Natalia Torres

N ° de matrícula: 43.446

Títulos: Licenciada en Psicología UBA. Cursando Posgrado Especialización en Prevención y Asistencia en la infancia en la UBA

Edad: 28

Teoría que aplica: Psicoanalítica

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

Se empezó a hablar de panic attack en E.E.U.U. hace unos cuantos años. Pero acá mucho después. Desde la corriente psicoanalítica que es mi formación Freud hablaba de esto y la llamaba crisis de angustia. Que en realidad en el DCM4 que es un manual de psiquiatría se la clasifica como trastornos de la ansiedad, crisis de angustia.

2. ¿Es una cuestión de género?

No es una cuestión de género.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

Por lo que tengo entendido se desarrolla en adultos jóvenes pero en niños no. Por ahí se pueden dar, pero se los toma como síntoma de otra cosa, es diferente. Adolescentes poco.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

Creo que hay que hacer una interconsulta. Yo no soy médica. Que evalúe eso el psiquiatra. Suele ayudar un antidepresivo pero es necesaria la combinación de los dos o una interconsulta mínimo.

5. ¿Cuál es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

Psicoterapia más medicación. No siempre hace falta la medicación. Psicoterapia hablo de psicoanálisis. Hay diferentes grados de ataques de pánico. A veces agarra una vez y nada más.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Hay que tener mucho cuidado con las campañas de prevención porque a veces asustan más que lo que previene, no sé cuánto podría ayudar eso. Pienso que antes del ataque de pánico

se puede prevenir, ya que es una consecuencia. Hacer prevención de la salud mental desde otro lugar, antes que de los síntomas mismos porque mucha gente puede tener esos síntomas y ser otra cosa, y puede traer mucha confusión o miedo de que suceda, incluso sugestión. Muy cuidado bien armado, no de ataque de pánico sino de otras cosas. Las campañas de prevención suelen ser tipo de qué hacer ante estas cosas. En estos casos uno no puede hacer nada en ese momento porque el cuerpo no lo deja. Uno lo puede hacer después, que es pedir ayuda y antes, en el caso que empiece a ver los síntomas venir si es que los conoce, y si no los conoce se va a asustar y llegar a que le agarre. Si uno está angustiado está mal pedir consulta con el médico clínico para que derive. Que los médicos sepan saber mejor derivar. .

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

En los Hospitales Públicos se encuentra mucha gente pobre angustiada que te va a describir los síntomas sin saber qué son y son ataques de pánico, habría que averiguar en los Hospitales Públicos pero no creo que eso debería ser un rasgo.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Sí, en todos los estratos.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Sudoración, sudor frío, palpitaciones, taquicardia. Lo principal que mejor describe el síntoma es el miedo, que está mal dicho, porque miedo es cuando uno sabe a qué le teme. Pánico y terror es cuando el objeto de terror no está claro y eso es lo que desespera y en general se siente como un vacío que suelen describirlo como terror a la muerte. Aparece ese vacío de significado de a qué le temo y los síntomas parecen que uno se estuviera por morir. Síntomas de despersonalización como que uno se abstrae de sí mismo y como que si se viera por fuera, es difícil de explicar como sensaciones. Uno se da cuenta que está sufriendo un ataque, no sabe porqué. Suele durar unos minutos pero para la persona parece que es eterno. Se tensa tanto que se le pueden producir dolores musculares, en el pecho, en el abdomen.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Recomendaría psicoterapia y después se verá qué más.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

No creo que se oculta sino que se popularizó, por ejemplo Nicole Neumann tuvo un ataque de pánico. Por ahí lo tuvo o no. No se anda publicando: Tal tuvo un brote psicótico, etc.

Se habla porque panic attack tiene toda una industria detrás que es la industria de laboratorio que creó el panic attack como si fuera una enfermedad que en realidad no es enfermedad si no síntomas de una situación. No es un diagnóstico de una enfermedad; y tiene que ver con los laboratorios que venden para eso, una industria pro ataque de pánico. Ese aspecto que no vemos. Muy difícil luchar contra eso en una campaña porque se pelea contra monstruos más grandes. Es como si al revés, se sugestionara con eso.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

Depende de cada caso. Continúan con sus actividades. El ataque de pánico como es un trastorno de ansiedad se puede dar con otras cosas, como fobias. Si el ataque de pánico empieza a restringirte actividades diarias y empieza a limitarte es un problema mayor que se da con una fobia más fuerte, si fue en un lugar con tres personas no voy a un supermercado, hay personas que les agarra en una parada de colectivo o tienen dos ataques y nada más.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

No tuve pacientes.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

No tuve pacientes.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

No tuve pacientes.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No considero que sea una enfermedad. Si no que son síntomas de una situación que se desborda, que uno no pudo, de la que no se pudo defender bien. Donde las defensas psíquicas no funcionaron del todo, entonces aparecen estos síntomas como en otros aparecen otros. No hay un gen de panic attack.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Siempre hay una situación que lo activa. Todo viene de una causa o varias, la mayoría de varias. En general hay muchas situaciones de estrés previas al ataque psicológico o laboral. Si-

tuaciones que desbordan la capacidad de uno de soportar la situación o tales situaciones que pueden ser generadas de la realidad o psíquicas. No aparecen en general en el momento donde te está pasando sino en situaciones de soledad donde la cabeza puede empezar a maquinarse sobre esas angustias y el cuerpo no puede detener esas emociones que salen descontroladas y desorganizadas. Por eso se producen tantos síntomas variados en todo el cuerpo y en la psiquis.

ENTREVISTA N ° 3

PSICÓLOGA, Femenino, 27 años

Nombre: Vanina Soledad Facio

N ° de matrícula: en trámite

Títulos: Licenciada en Psicología

Edad: 27

Teoría que aplica: Psicoanalítica

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

Yo creo que siempre existió la enfermedad pero se hizo más masiva desde el 2000, 2000 y pico.

2. ¿Es una cuestión de género?

No creo que sea una cuestión de género. Por ahí es una cuestión generacional en cuanto a generación sino no de género, edades, también tiene que ver con el pertenecer o no a un grupo. Como que se está poniendo de moda.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

Diferentes etapas de la vida, desde la adolescencia en adelante. No aparece en la niñez o al menos no conocí.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

Medicación depende el caso. Cuando te coarta a vos como persona en diferentes aspectos o ámbitos de la vida, que te inhabilita a hacer determinadas cosas, me parece que es necesario. Si no, no.

5. ¿Cómo es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

Quizás dando información para que se conozca la enfermedad realmente y no que determinados síntomas se encasillen en que tengo ataques de pánico y se vaya etiquetando.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí. Puede ser una campaña de dar conocimiento, ver los síntomas que trae la enfermedad. Cómo tratarlos. Para que no se haga como una masa, porque el no conocimiento te hace aumentar o potenciar los síntomas que quizás tenés. Quizás es algo que no tiene nada que ver con el ataque de pánico y al no tener conocimiento uno se va enfermando a sí mismo.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría los síntomas y cómo tratarlos.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Yo creo que sí, pero muchos estratos sociales tienen menos conocimiento que otros con mayor ingreso económico. Creo que los últimos se inventan más la enfermedad que tenerla.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Falta de aire, taquicardia, tener el sentimiento que te vas a morir, ahogo, transpiración.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Recomendaría primeramente conocer lo que a uno le pasa y cuál es la causa que le produce estar de esa manera. Informar que no se va a morir, porque cuando le falta el aire empieza a respirar más rápido y cada vez es peor. Entonces darle herramientas para que pueda salir de ahí, cosas que el paciente sólo puede hacer para relajarse.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

Se oculta. En un ámbito laboral creo que uno esconde muchas cosas pero a nivel individual no.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

Hay veces que te retrotrae un montón y te inhabilita de poder hacer tu vida normal cuando llega a una gravedad extrema.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

Aún no tuve pacientes.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

Aún no tuve pacientes.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

Aún no tuve pacientes.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No es genética, pero puede haber una predisposición en cuanto a vínculos.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Detonante sí hay.

ENTREVISTA N ° 4

PSICÓLOGA, Femenino, 32 años

Nombre: Victoria Sansone

N ° de matrícula: 35.462

Títulos: Licenciada en Psicología Universidad Kennedy- trabajó con afecciones psicósomáticas en psicodermatología en Hospital Álvarez.

Edad: 32

Teoría que aplica: Psicoanalítica

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

Se comenzó a hablar relativamente hace poco, si bien antes se las denominaba crisis de angustia. No hará más de diez años que se las denomina precisamente ataques de pánico.

2. ¿Es una cuestión de género?

No es de género. Esta íntimamente asociado al estilo de vida que se lleva hoy en día, al stress, la presión. Por eso no tiene que ver con el género.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

No hay una edad. Al igual que lo que respecta al género, está asociado al tipo de vida y responsabilidad que se lleva. Entre los 25 y los 50 años, la gente está más productivamente activa y puede estar más propensa a factores de stress pero no se circunscribe solamente a esa edad.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

Sí es necesaria la medicación conjuntamente con psicoterapia.

5. ¿Cuál es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

En principio poder difundirlo para que la gente pueda estar al tanto es un buen modo y también implementar campañas donde esto se pueda transmitir y dar a conocer lo que las personas no saben que les pasa y poder identificar.-

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Yo creo que sería imposible como un modo también de llegar a pensar qué tipo de campaña podría llegar a ser efectiva y también relacionado con el estilo de vida que uno lleva y poder medir los factores de riesgo que llevan a que aparezcan este tipo de patologías.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Una imagen los síntomas. Podría estar bueno que impactara desde el modo de vida como transmitir un modo de vida diferente, si bien uno está inmerso en una sociedad en la que las circunstancias hacen que llevemos un modo de vida agitado, creo que poder transmitir una concientización a tratar de llevar lo mejor posible este mundo que vivimos creo que podría ser importante.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Yo creo que sí, me parece que el stress. Lo que a una persona lo estresa es independiente del estrato social, creo que cada persona en su estrato social tiene ciertas responsabilidades que exceden el nivel económico

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Los síntomas que oralmente aparecen: palpitaciones, sensación de que uno se va a morir, síntomas como mareos, vómitos. Angustias desde lo psicológico, no se puede establecer una causa respecto a esa angustia que emerge de modo inesperado.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Un trabajo interdisciplinario entre un psiquiatra y un psicólogo para hacer frente a este tipo de circunstancias de un paciente. Poder transmitir un trabajo en conjunto junto con la medicación para que estas cuestiones de angustia que aparecen en ese momento inmotivadas puedan encontrar su causa desde lo psicológico y establecer con la medicación esta necesaria armonía para poder trabajar con la angustia.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

No sé si es que la oculta o sino que no se divulga demasiado. Siempre se lo asocia con otras cosas, entonces a veces ni siquiera se dice. Puede a veces que algunas personas lo vivan como ataque de pánico y está loco, pero creo que no debería ocultarse.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

Depende la gravedad del caso. Yo creo que hay gente que puede seguir adelante con sus actividades o en un primer tiempo de manera más reducida y después ir insertándose. Pero hay gente para la que algunas actividades se encuentran reducidas, lugares con mucha gente, lugar cerrado que pueda desarrollar el pánico.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

Sí he tenido pacientes con pánico.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

El trabajo es indispensable con un psiquiatra. Poder trabajar en conjunto con la medicación para que todas esas cuestiones de la angustia que aparecen con el ataque puedan ser canalizadas de otra manera y no aparezca el ataque.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

No hablamos de curación sino de recuperación. Son pacientes que están más propensos a que con determinadas situaciones puedan aparecer los ataques de pánico. Lo que sí con el tratamiento, es que si aparecen o se reiteran puedan manejar mejor la situación.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No es genética.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Sí. Siempre hay un detonante en los primeros ataques, algo de lo inconciente que hace irrupción en el cuerpo a través de todos estos síntomas. Y esta angustia que no esta ligada a algo pero que el tratamiento psicoanalítico o a través de una psicoterapia, intenta ligar esa angustia con esto que le está pasando al paciente.

ENTREVISTA N ° 5

PSICÓLOGA CLÍNICA. Femenino, 55 años

Nombre: María Alem Puentes

N ° de matrícula: 94.130

Títulos: Licenciada en Psicología Clínica.

Edad: 55

Teoría que aplica: Cognitiva

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

No soy especialista en ataque de pánico, No le doy importancia a las fechas. Sé que habrá sido hace veinte años atrás. No se conocía demasiado y mucha gente que tenía ataques de pánico iba a muchísimos consultorios médicos, visitaba a muchos especialistas en busca de diagnóstico y una solución a su problema. Calculo que en el 95 empezó a conocerse un poco más y a haber gente más preparada en clínicas y hospitales, en las guardias más que nada ya que la mayoría van a las guardias ya que es algo súbito y asusta cuando pasa.

2. ¿Es una cuestión de género?

No es una cuestión de género, pero según la bibliografía hay más casos de mujeres que de varones.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

Entre los 18 y los 25 años. Pero como es un síntoma, puede desarrollarse a cualquier edad. Que haya más en esta franja sí, pero puede aparecer en cualquier momento y a cualquier edad.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

La medicación es necesaria porque a veces el paciente está tan angustiado que la necesita para bajar, para poder trabajar el síntoma. A veces al paciente cree que necesita ayuda externa para poder bancarlo. A veces lo puede hacer sólo pero necesita saber cómo.

5. ¿Cómo es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

Yo siempre pienso en el ataque de pánico como la puntita del iceberg. Debajo de ese síntoma está la enfermedad. Empiezo con que controle el síntoma para ver la enfermedad. Ver las causas y porqué elige ese síntoma. Una predisposición genética al desarrollar un ataque de pánico tiene que haber determinadas situaciones que hacen que ese síntoma se desarrolle y no otros. Ver cuál es la causa es la mejor forma.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Creo que son re útiles también. Creo que son útiles las chapas que aparecen en programas serios en televisión, canales que no son de aire que a veces hablan de algunas enfermedades, que ayudan a que la gente tome conciencia y sacan un poco el miedo.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Resaltaría que los pacientes que sufran de ataques de pánico empiecen a conocer cual es toda la sintomatología y que las consecuencias no son las temidas porque uno tiende a catastrofizar. Sacar un poco de esto de los síntomas en una campaña. Citaría cuál es la sintomatología y que de esto nadie se ha muerto, nadie ha tenido consecuencias terribles y que es cuestión de empezar a controlarlo y empezar a ver cuáles son las técnicas que ayudan a aprender como controlar este síntoma. En eso basaría mi campaña y la necesidad de tratamiento que en general es combinado pero puede ser psicológico solamente.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Yo creo que sí, en todos los estratos.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Los síntomas son en principio los fisiológicos: taquicardia, sudoración, sequedad de boca, dolores abdominales, sensación de que algo grave va a pasar, que uno no esta pudiendo controlar y esto hace que los síntomas físicos se incrementen mucho más y eso es parte de la sintomatología, pero que tiene que ver con una reacción ante el peligro o ante lo que yo creo que es peligroso y evalúo que mis posibilidades de enfrentarme con eso van a ser menores.

Entonces está la vulnerabilidad por un lado, la sintomatología que es lo que retroalimenta el síntoma.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Recomendaría en principio que aprenda a controlar el síntoma con ejercicios. Yo trabajo con psicoterapia cognitiva. Apuntamos al pensamiento, a este pensamiento catastrófico donde se maximizan los peligros, a este pensamiento que influye en mi conducta. Entonces controlando el pensamiento voy a poder controlar esta sintomatología que por momentos está fuera de control. El pensamiento para que sea más racional y que haya pensamientos alternativos también. Dándole herramientas al paciente para que él sea su terapeuta el día de mañana. Ejercicios de respiración con técnicas de yoga o cualquiera que le fuera útil. Trabajar sobre las situaciones cognitivas con bibliografía como para que el paciente se de cuenta que él puede controlar este síntoma. Terapia para poder ver cuál es la enfermedad de base. Establecer un buen vínculo para que el paciente se sienta seguro.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

Yo creo que cada vez menos, en general tanta es la desesperación que necesita ayuda, que la pide la persona que sufre. No es algo de lo cual no se hable. Antes no se hablaba tanto porque antes era como que la persona se estaba volviendo loca, pero ahora se conoce mucho más, pero una de las expresiones de los ataques de pánico. Pero donde todo el mundo está corriendo es más común y pienso que por eso la gente lo acepta más, se habla más de eso.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

Depende la gravedad. Continúan o no. A veces sólo no es un ataque aislado sino que hay un trastorno que puede ser con agorafobia. A veces restringe mucho la calidad de vida, depende el grado, puede llegar a ser invalidante si la persona no lo trata.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

Tuve con ataques de pánico pero manejables, no invalidantes, dentro de un contexto de otras patologías, dentro de otras sintomatologías.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

Los ayudé con terapia cognitiva.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

El síntoma no fue difícil de poder trabajarlo. Lo que lleva más tiempo es qué lo origino y cuáles son las causas.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No es genética. Sí la vulnerabilidad genética y sí estilos familiares. Hay un temperamento ansioso en los que en determinadas familias hay un estilo catastrófico que favorece para que se desarrolle el síntoma. Es como una “predisposición a.”. Para que una enfermedad se desarrolle tiene que haber determinadas variables, no sólo lo genético. Pero para que se desarrollen una serie de variables, en el entorno, en el contexto o quedar en forma latente y no desarrollarse nunca si no se dan las otras variables también. Empezar a controlar la hiperventilación puede controlar los otros síntomas, por eso es el tema de la respiración.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Siempre hay un detonante que lo activa, externo o interno.

ENTREVISTA N ° 6

PSICOPEDAGOGA, Femenino, 27 años

Nombre: Marina Ballesteros

N ° de matrícula: los psicopedagogos no tienen matrícula

Títulos: Licenciada en Psicopedagogía Universidad del Salvador

Edad: 27

Teoría que aplica: Psicopedagogía tradicional

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

Hace bastante tiempo en el DCM4 tenemos definición de ataques de pánico, digo 50 años. No sé específicamente.

2. ¿Es una cuestión de género?

Se dice que la mujer es más propensa, que tienen ataques de pánico, no creo que sea algo tan significativo para definirlo como una cuestión de género.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

A partir de los 25 años arranca la predisposición. En chicos es más raro encontrarlo. En adultos entre 25 y 35 es más común.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

Siempre hay dos formas de abarcarlo: la que tiene que ver con un tratamiento farmacológico y un tratamiento cognitivo conductual. Son necesarios ambos porque lo que tiene que ver con lo neurovegetativo se lo trata con lo farmacológico, pero lo que tiene que ver más con lo psicológico del paciente hay que tratarlo en una terapia breve, como lo es la cognitiva conductual.

5. ¿Cómo es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

Todo lo que tenga que ver con trastorno de pánico tiene que ver con los trastornos de ansiedad. Todo lo que sirve para bajar la ansiedad disminuirá el pánico, por ejemplo la alimentación sana, hacer deporte, disminuir caféina, viajar, hacer relax en algún momento del día, tener tiempo para dedicarse a uno mismo. Todo lo que pueda disminuir el estrés va a disminuir el riesgo de un trastorno de pánico

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí. Yo creo que hay mucho mito en lo que es el trastorno de pánico. Uno ve en televisión “Intrusos” y todas las actrices dicen tengo un trastorno de pánico. Toman el tema a la liviandad. No es algo agradable. Uno siente que se va a morir y creo que no hay una conciencia demasiado grande de esta situación. Una campaña que agarre la imposición de una higiene en la vida, respetar los hábitos del sueño, respetar un montón de cosas que capaz con la modernidad, por los tiempos del trabajo y cómo están las cosas no se toman en cuenta.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Todo lo que tenga que ver con hacer ejercicio, contarle al público lo que es un trastorno de pánico, una buena definición, clara, concisa, y todo lo que tenga que ver con pequeñas técnicas, pequeños consejos en el cómo uno día a día puede lidiar con el estrés de una forma más sana.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Creo que sí, no debería haber diferencia. El estrés es algo que nos afecta a todos. El hecho de que nosotros hablamos de estrés cuando ya es una respuesta de alarma, que ya es natural pero que se mantiene en el tiempo, pero que a veces se causa por cosas que normalmente no la causarían; pero creo que debería afectar, no hay una razón biológica por la que yo te pueda decir que afecta solamente a los estratos más altos, la verdad no sé en estadística dónde esta la mayoría de casos, pero calculo que debe ser global.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Lo que distingue al trastorno de pánico es que ocurre inesperadamente. Se acompañan de una sensación de muerte o la sensación de que algo malo está por suceder, y todo esto se acompaña con síntomas neurovegetativos como el aumento de la presión, el aumento de taquicardia, una sensación de asfixia, que puede llevar a mareos, vómitos, puede suceder en lugares abiertos, en lugares cerrados, es completamente inesperado. Si lo comparo con otros trastornos de ansiedad, este trastorno lo que tiene de característico es que es muy sorpresivo.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Todo lo que tenga que ver con lo que charlamos antes, tratamiento farmacológico y una terapia cognitiva conductual y después obviamente que no tome cafeína, que haga gimnasia, para disminuir el estrés.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

No sabría qué contestarte porque no traté pacientes con trastorno de pánico; pero creo que se esconde porque es un mito, es más, no sé si las personas que dicen que tuvieron ataque de pánico realmente lo tuvieron, no hay una concientización de lo que es. Como dijimos antes, uno prende la televisión y ve que tal famoso sufrió un ataque de pánico y que esta internado. Hay que ver. Yo creo que hay que hacer una limpieza.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

Depende la gravedad, capaz los primeros días cuando hay ataque de pánico hay mucho miedo a salir, a enfrentarse las cosas, un miedo de “a ver cuando me va a volver a suceder”, pero si el paciente está acompañado por un buen tratamiento, por un buen diagnóstico médico puede salir adelante

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

No atendí pacientes.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

No atendí pacientes.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

No atendí pacientes.

16. ¿Es una enfermedad genética?

Causas desconocidas. Uno tiende a pensar que es algo genético o algo ambiental, o si es un gen específico que actúa aún no está muy definido en la bibliografía

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Sí que lo hay y es el estrés.

ENTREVISTA N ° 7

PSICÓLOGA, Femenino, Edad 27 años

Nombre: Daniela Mariana Velazquez

N ° de matrícula: en trámite

Títulos: Licenciada en Psicología

Edad: 27

Teoría que aplica: Psicoanalítica

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

La verdad que no sé. Lo que sé es que hay cada vez más casos. Supongo que con el ritmo de la modernidad, con las exigencias diarias, fue aumentando cada vez. Fue siendo algo más específico y separando quizás de otras patologías y con la ciencia cognitiva conductual que se dedicó a tratar esta problemática

2. ¿Es una cuestión de género?

No es de género.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

Supongo que en la adultez es donde hay más casos. A partir de los 20 años.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

Sé que es algo que se suele medicar, que la gente suele tomar para poder seguir con su ritmo diario. En muchos casos sirve porque uno al percibir que está teniendo todas esas sensaciones, eso mismo se va a acrecentando y llega a provocar una crisis. Al estar medicado hay más estabilidad y más control de lo que se percibe.

5. ¿Cuál es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

Tener en claro estas sensaciones. Que trabaje mucho la psicología cognitiva conductual que es poder percibir qué sensaciones uno va teniendo, porque las está teniendo, y poder como darles un sentido, como no sobredimensionar lo que uno está teniendo, sino se arma este círculo donde las sensaciones se van acrecentando cada vez más. Entonces teniendo como un registro de las sensaciones, un sentido de las sensaciones y para quién lo crea, la medicación.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Informarle a los que tienen ataques de pánico sería bueno, sería positivo. No sé si a nivel público general porque tal vez podría sugerir. Pero sí dar información a los que están padeciéndolo.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

No porque no considera campaña.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Sí, en todos los estratos.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Puede ser taquicardia, sentir que a uno le falta el aire. Puede haber hasta náuseas, mareos, opresión en el pecho, la garganta. Podría llegar a haber temblores. Hay gente que siente que se va a morir.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Se usan técnicas de relajación que creo que puede ser una buena herramienta en lo cotidiano. Como esta implicada la falta de aire y la aceleración del corazón, tener conciencia de cómo es el ritmo de que uno puede respirar. Por dónde pasa el aire. Como una herramienta, un recurso que pueda tener la persona si está en el colectivo y empieza a sentir que algo le está pasando. Poder concentrarse en la respiración. De dónde está. Que estímulos tiene. Para que no se arme la catarata de sensaciones displacenteras.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

Creo que cada vez menos se oculta la enfermedad. Se está develando más lo de estar medicado.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

En general sí. A menos que sea algo muy específico lo que sucede. A veces es que va tomando como cada vez mayores estímulos que pueden provocar eso. Quizás una persona empieza a sentirlo cuando hay mucha gente. Depende que tipo de fobia tenga, si es una fobia específica o no empieza a sentir esa falta de control, entonces esos contextos se van ampliando y se va reduciendo la calidad de vida. Yo creo que siguen las actividades.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

No he tenido pacientes.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

No he tenido pacientes.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

No he tenido pacientes.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No es genética.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Algunos son más puntuales cuando es un objeto específico o que la persona ya significa con ciertos ambientes situaciones que saben que lo van a provocar. A veces es más generalizado y no tiene algo específico que lo va a provocar. Puede haber crisis que ayuden a que eso desencadene pero no sé si es necesario. Debe haber algo que lo desencadene.

ENTREVISTA N ° 8

PSICÓLOGO, Masculino, Edad 32 años

Nombre: Pablo Maidana

N ° de matricula: en trámite

Títulos: Licenciado en Psicología de la UBA

Edad: 32

Teoría que aplica: Psicoanalítica

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

En los 90 como ataque de pánico.

2. ¿Es una cuestión de género?

No es de género.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

No hay una edad. Se da en todas las edades.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

En algunos casos sí.

5. ¿Cuál es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

La mejor manera de erradicar es por un análisis personal. Mi postura teórica es psicoanalítica.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

No creo que ayude una campaña.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

No haría una campaña.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Pasa en todos los estratos sociales.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Los síntomas son diferentes en cada caso, en algunos es físico: palpitaciones, sequedad en la boca, carraspera, tos, miedos repentinos que se presentan como ilógicos, miedo a la muerte, sudoraciones, un montón de manifestaciones diferentes.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Un análisis es lo que es la vía. Es el camino indicado para resolver el problema. La medicación cuando una sintomatología se presenta como muy grave, como muy incapacitante de alguna manera, que lo deja muy detenido. Hay gente que termina recluida en una habitación, en una cama. Es atinado para poder moverse e ir trabajando por otro lado, pero me parece que la pastilla en sí misma Clonazepam o lo que le estén dando no va a cambiar el cuadro, sólo va a suprimir la sintomatología un poco. El cuerpo se acostumbra con el tiempo a los psicofármacos por lo cual con el tiempo pierde efectividad incluso. Igual depende cuál es el cuadro de la persona.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

A veces los síntomas son muy ruidosos. Hay gente que no lo puede ocultar porque se le ve en el rostro. Es posible que la gente quiera disimularlo pero en general se nota.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

En la medida de lo posible continúan o no con sus actividades. Hay gente que puede abstraerse de alguna manera. Como algunas ideas que surgen sin entender de dónde vienen. Quizás pueden hacer una consulta antes de que vaya agravándose el cuadro y a veces no llegan a hacerlo.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

No tuve pacientes con pánico.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

No tuve pacientes con pánico.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

No tuve pacientes con pánico.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No es genética.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Hay que ver qué se entiende como detonante. Puede decirse que si en la manera que tiene un inicio para cada sujeto en determinado momento, quizás haya algo que haya disparado determinadas circunstancias. No como algo que viene. Como un resfrío que tomaste frío. Puede ser el disparador, pero no como un disparador que se detecta como una enfermedad biológica. Sin duda tiene una motivación pero se da diferente en cada caso. No es tan claro como una bacteria que genera una enfermedad. Es adquirido como la personalidad misma.

ENTREVISTA N ° 9

PSIQUIATRA, Femenino, 61 años

Nombre: Estela Pan

N ° de matrícula: 64.494

Títulos: Especialista en psiquiatría y magíster en neuropsicofarmacología

Edad: 61

Teoría que aplica: neurobiológicas y terapias de intogación cerebral

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

De ataque de pánico hace 8 años que se popularizó.

2. ¿Es una cuestión de género?

No es de género, pero puede suponerse que se da un poco más en el sexo femenino

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

A toda edad se desarrolla.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

Sí, la medicación es necesaria porque se altera el funcionamiento del sistema neurovegetativo por un stress previo, que puede ser de larga data o no, y eso lastima zonas del cerebro, por ejemplo el hipocampo, que comandan después el sistema neurovegetativo. Con lo cual está en juego el aparato cardiovascular, respiratorio, digestivo, toda la cascada de acontecimientos que se desarrollan con el pánico. Todo eso hace que se necesite que se vuelva a normalizar cierto funcionamiento y una psicoterapia que permita individualizar las circunstancias y saber como enfrentarlas.

5. ¿Cómo es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

La mejor manera de erradicarla es evitar las causas. Considero que es una de las enfermedades propias de este momento social que estamos viviendo. Aparece el factor inseguridad en diferentes aspectos: trabajo, posibilidades y perspectivas de futuro, inseguridades en los vínculos, que parecerían ser frágiles en estos momentos. Eso responde con estados de pánico, depresión. Surge fuertemente por ejemplo en el 2001; un número grande de pacientes varones, que a causa de problemas con sus trabajos, empresas, enfrentándose a deudas, o los que perdieron su empleo, los afectó grandemente.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Cualquier situación con conocimiento pierde posibilidades de expandirse.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Habría primero que hacer una campaña que permitiera reconocer los síntomas en una persona que ya tiene pánico, para poder tomar la medida que corresponde. Entonces la campaña es necesaria para poder reconocer una situación de pánico, y si se pudiera también a través de eso, buscar modificaciones en algunos elementos de la vida que le puedan aportar seguridad y tranquilidad, sería importante para la prevención.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

En todos los estratos sociales.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Los van a reconocer porque en el momento hay una serie de síntomas que pueden ser variables, pero que siempre tienen la vivencia: o de muerte próxima, o de ahogo, o de posible ataque al corazón, o de volverse loco; situaciones muy desesperantes. Hacen que la persona concurra a una guardia de un hospital. Vivencia de que la integridad física o psíquica está en juego. La sensación de muerte. Los síntomas pueden ser variables, puede haber sensación de ahogo, taquicardia, sensaciones extrañas en las manos, los pies, inclusive en el rostro, vivencias extrañas, sensación de despersonalización, de ver las cosas desde otro lugar, como si se saliera del cuerpo y lo viera desde otro lado, de locura. A veces son digestivos al mismo tiempo. Pero lo básico y distintivo, sobre todo en las primeras oportunidades, vivencia de riesgo de muerte o de volverse loco.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Lo primero es poder reconocer los ataques e ir aprendiendo que no se va a morir. Reconocerlos un poquito antes, porque uno percibe que el ataque va a venir. Ir aprendiendo que el ataque tiene principio y fin. Va a tener que consultar a un profesional de la salud.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

Todo es relativo. Llegó un momento en que estaba prácticamente de moda para ciertos grupos. Era casi un factor de distinción tener la experiencia de haber tenido “pánico”. Hubo libros de divulgación contando la experiencia de pánico de gente conocida. Eso no quiere de-

cir que se publicite abiertamente, siempre hay temor a ser considerado no normal digamos, por eso la persona se lo calla. Una vez que empieza a hablar descubre que muchas personas lo han tenido. Es decir, que de alguna manera, en términos generales, se oculta como se ocultan muchas enfermedades, sobre todo las que ponen en juego la psiquis.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

En principio no porque implica la ida a un sanatorio, a una guardia. Ese día con su actividad esta perdido. Todo depende del grado. Muchas veces se asocia con fobias. Entonces es muy difícil para las personas trasladarse, tomar medios de transporte. Esto cuando está asociado conjuntamente con una fobia. Cuando toma medicación y sabe cómo tratarlo, continúa las actividades con un esfuerzo que hay que valorar.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

Varios pacientes.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

Se estableció la medicación que pudo ser útil en cada uno de los casos. Le enseñé a reconocer el momento. Cada uno encontró la forma propia de sobrellevar el mal rato, insistiendo que es un rato y después se ha ido avanzando en las circunstancias de manera terapéutica de circunstancias actuales o pasadas que generaron el problema.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

Hay personas que en su vida tuvieron un único ataque de pánico o dos en algunos casos. Otras personas han tenido recurrencia de pánico. Es muy variado, depende de los antecedentes, del entorno. Depende de las posibilidades que tiene ese individuo.

16. ¿Es una enfermedad genética?

Genética no es, pero es stress previo. Ocasiona ciertas alteraciones en algunos núcleos cerebrales que hace que sea posible que se haya generado esta enfermedad. Es decir, que puede haber condicionamientos.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Cuando comienza es fácil encontrar que paso el límite, lo que la persona estaba en condiciones de tolerar. Una vez que se quebró el límite, el organismo vuelve a usar ese lugar como si

fuera la válvula de escape de una situación de tensión interna, y se vuelve a utilizar el mismo mecanismo. El desencadenante puede ser una disminución de la concentración del oxígeno que se está respirando. El factor puede ser estrictamente químico o físico y eso lo vuelve a disparar. Pero inicialmente tuvieron que haber factores predisponentes de situaciones estresoras para el organismo, y algo que hizo que se rompiera el límite del mecanismo que hizo que se mantuviera equilibrado. El problema es que una vez que se rompe, el organismo vuelve a usar el mismo mecanismo todas las veces.

ENTREVISTA N ° 10

PSIQUIATRA, Masculino, 61 años

Nombre: Efraín Fernández Collazo

N ° de matrícula: 39.518

Títulos: Médico especialista en psiquiatría- Médico Legista UBA

Edad: 61

Teoría que aplica: Clínico psicofarmacología

1. ¿Cuándo se comenzó a hablar de la enfermedad?

Hace aproximadamente 10 o 12 años.

2. ¿Es una cuestión de género?

No es una cuestión de género.

3. ¿A qué edad se suele desarrollar la enfermedad?

Puede aparecer a cualquier edad, pero es más común en la gente joven y de edad intermedia.

4. ¿Cree que la medicación es necesaria para la cura?

No siempre es necesario emplear medicación.

5. ¿Cómo es la mejor manera de erradicar la enfermedad?

No hay forma de erradicarla.

6. ¿Cree que una campaña de bien público ayudaría a concientizar sobre la temática?

Sí, ayudaría.

7. ¿Qué resaltaría en una campaña de estas características?

Describir los síntomas y aconsejar la pronta consulta con un médico especialista.

8. ¿Los ataques de pánico se desarrollan en todos los estratos sociales?

Sí, en cualquier estrato social.

9. ¿Cuáles son los síntomas distintivos de la enfermedad?

Son amplios. Los pacientes comienzan a sentirse mal. Piensan que se van a morir. Sufren diferentes estados particulares de opresión cardial, de palpitaciones. Mucho temor. Muy especiales malestares que sólo son atribuibles a una cuestión anímica.

10. ¿Qué recomendaría para ayudar a un paciente con pánico?

Hay una afección anímica particular que ya está presente y es una agravación por lo que todos los pacientes tienen que someterse a un control y al tratamiento que se les prescribe.

11. ¿Se oculta la enfermedad? ¿Por qué?

No es que se oculta sino que la gente desconoce que la tiene. Es muy amorfa, y la gente se siente mal y desconocen la causa. Pasa, y se les vuelve a presentar porque no saben lo que es.

12. ¿Los pacientes continúan sus actividades cotidianas?

Generalmente cuando están con las crisis no, pero después sí, con una merma en la eficacia.

13. ¿Tuvo algún paciente con pánico?

Sí, tuve varios.

14. ¿Cómo hizo para ayudarlo?

Depende de los pacientes la ayuda. Algunos con psicoterapia solamente, a otros hay que medicarlos con ansiolíticos y a otros ambas cosas.

15. ¿Le costó mucho curarse, o no lo logró?

En general la afección es la grabación de algo más profundo por lo que lleva su tiempo. No todo el mundo logra superarla en general. Sí en general logran neutralizar estos estados.

16. ¿Es una enfermedad genética?

No es genética.

17. ¿Siempre hay un detonante que lo activa?

Siempre hay un detonante que desestabiliza la afección de base.

Entrevista a Oscar Carrión, presidente de el Fobia club

1. ¿Cómo surgió Fobia Club?
2. ¿Cómo se contactó con los otros profesionales que forman Fobia Club?
3. ¿Cómo llegó usted a interesarse por la temática?
4. ¿Cuál es el objetivo de Fobia Club?
5. ¿Cuáles son los valores de la Fundación?
6. ¿Posee ayuda gubernamental?
7. ¿De dónde provienen los fondos para la Fundación?
8. ¿Hay diferentes filiales por el país?

9. ¿Cree que existe suficiente difusión sobre este tipo de problemas?
10. ¿Dan información en colegios y guardias de hospitales?
11. ¿Realizaron alguna campaña de bien público sobre los trastornos de ansiedad?
12. ¿Cómo fue la misma?
13. ¿Tuvo el alcance que pensaban?
14. ¿Por qué no volvieron a realizar otra campaña?
15. ¿Qué considera que sería fundamental en la próxima campaña a desarrollarse?

16. ¿Qué tipo de población se acerca a la Institución? ¿Predomina alguna característica?
17. ¿Qué actividades realiza la Institución?
18. ¿Son gratuitos los tratamientos?
19. ¿En que consisten los mismos?
20. ¿En que teoría se basan?
21. ¿Cuál es la diferencia en relación a otras terapias?

22. ¿Cuáles son los trastornos de ansiedad?
23. ¿Qué síntomas determinan que una persona padece trastornos de ansiedad?
24. ¿Con qué síntomas llegan las personas a la primera visita?
25. ¿Cómo evolucionan los pacientes?
26. ¿Los pacientes logran recuperarse del todo?
27. ¿Los familiares suelen apoyar a los pacientes?
28. ¿En qué consiste la ayuda de los ex pacientes a la Fundación?

29. ¿Creció la información respecto a los trastornos de ansiedad?
30. ¿Cómo está ubicado nuestro país con respecto al avance de los estudios psicológicos?
31. ¿Existen grupos de estudios psicológicos y/o, psiquiátricos?
32. ¿Se invierte dinero en estudiar nuevas medicinas para curar los trastornos de ansiedad?
33. ¿Se trabaja en conjunto con otros profesionales en la Fundación?
34. ¿Se relacionan con otras fundaciones del país?
35. ¿Se relacionan con otras fundaciones del mundo?

1. En el mes de diciembre del año 1995, se lanzaba el Fobia Club, por primera vez en Argentina, intentando dar respuestas a un gran número de personas que sufrían Trastornos de Ansiedad, que tenían alterada su calidad de vida junto al padecer la incomprensión social e incluso familiar.

Desde entonces un grupo de profesionales y de pacientes recuperados trabajaron denodadamente con la denominación “Fobia Club”, hasta el mes de Mayo de 1999 en que se convierte en figura legal de “Fundación”

2. A través de Congresos.

3. Hace ya casi 30 años, mientras ejercía la especialidad de psiquiatría en la provincia de La Pampa, comencé a observar con atención las similitudes en los cuadros clínicos de tres pacientes mujeres, las cuales vivían en tres pueblos diferentes, muy distantes unas de otras. Sus síntomas eran similares. No se alejaban del umbral de sus puertas ni siquiera unos pasos. Se sentían muy mal en los comercios. Jamás salían solas a la calle. Tenían terror a estar fuera de sus hogares y sólo salían tomadas del brazo de un acompañante que les brindaba seguridad, sin importar si era adulto o un niño.

Sus personalidades, sus situaciones familiares y económicas eran totalmente dispares. Sin embargo, sus síntomas eran idénticos. Y lo más extraño era que sus electroencefalogramas eran idénticos. Todas presentaban en sus estudios las mismas formas de ondas: aquellas a la que los especialistas Gaustat y Terzian habían denominado “ritmo MU, en arco o en peine”, y que el doctor Gibbs había estudiado posteriormente descubriendo un ritmo en arcos parecido-aunque algo más lento- al que denominó “ritmo 14/6”.

Me refiero a descargas alternantes en las áreas temporales del cerebro que los electroencefalogramas exponían con absoluta claridad.

Allí empezó mi peregrinar por congresos médicos preguntando, tratando de averiguar que significaba el síntoma y cual era la probable correlación con el electroencefalograma.

Cuántas tonterías escuché. En aquella época la influencia psicoanalítica le quitaba importancia a los factores biológicos. Todo era producto de la causalidad. Pero por sobre todo de la angustia inconciente de los pacientes.

Hablar de factores genéticos, de predisposición, de cómo funcionaba el sistema nervioso, era considerado obsoleto. Todo era producto del psiquismo humano, perturbado por factores inconcientes resultantes del complejo de Edipo, y en las mujeres de la fantasía de la castración.

Taña estupidez no entraba en mi cerebro, hasta que un día encontré el comienzo de una respuesta posible. En 1980, leyendo los resultados del Congreso de Psiquiatría realizado en Salamanca, España, encontré de sumo interés la descripción que hacía el doctor Sir Martin Roth, maestro de la psiquiatría inglesa, del cuadro que él denominaba agorafobia.

Mi excitación no tuvo límites: había encontrado el origen del síntoma de mis pacientes. Inmediatamente recorrí las bibliotecas en una búsqueda desenfrenada de bibliografía del tema. No fue nada fácil encontrar algo y todavía no existía Internet. Finalmente, en la biblioteca del Conicet encontré los trabajos publicados por el doctor Roth en 1958.

En ellos describía el cuadro que denominó “síndrome de despersonalización fóbico-ansiosa”. Descubrí que la agorafobia ya había sido descrita en el Congreso de Neurología de Berlín de 1857, por el Doctor Westphal. Pero luego nadie volvió a hablar de ella.

Fueron los norteamericanos quienes, luego del trabajo de Roth tomaron la posta. Surgieron sus estadísticas y el estudio ECA sobre 18.000 personas de cuatro ciudades. Se llegó a la conclusión de que los trastornos de ansiedad incidían sobre casi el 20% de la población.

Aparecieron nuevos hitos, como la descripción del pánico, el descubrimiento de la influencia de la imipramina y de las drogas inhibitoras de la monoaminooxidasa, la experiencia de los doctores Pitts y Mc Clure con el lactato sódico, etc.

En aquella época comencé a escribir artículos periodísticos en el diario La Arena de Santa Rosa, provincia de La Pampa, gracias a su director, Saúl Santesteban, que me brindó la oportunidad de publicar una columna semanal sobre esta problemática describiendo los cuadros de ansiedad, de depresión, de agorafobia. Para mi sorpresa comenzó a acercárseme gente de todo el país con los recortes de mis artículos en la mano. Repetían frases como: “Doctor... usted está hablando de mí”, “llevo veinte años sufriendo de esto y nadie me cree”, “todos me culpan por no poner voluntad”. Una mujer se me acercó y me dijo : “Le conté a mi psicóloga lo que había

leído, le confirmé que yo no podía ir de compras, ni salir sola. Me contestó que era evidente que lo que yo tenía era un temor inconciente al embarazo. Ir de compras es parecido a estar de compras, me decía”.

La historia sigue. Finalmente me pregunté como hacer para ayudar a la gente y ahí nació Fobia Club.

4. Objetivos Específicos

Ofrecer información de utilidad acerca de distintos aspectos relacionados con Trastornos de ansiedad y su tratamiento

Brindar educación y asesoramiento a la comunidad y familiares.

Concientizar de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad brindando información de fácil acceso para la comunidad.

Realizar proyectos de investigación

Dar orientación, información, sostén a pacientes y familiares que sufren Trastornos de Ansiedad, Fobias, Ataques de Pánico y Depresiones.

Promover ayuda para el diagnóstico y tratamiento a personas carentes de recursos, sobre los Trastornos de Ansiedad.

Trabajar en programas de investigación y recolección de datos sobre los Trastornos de Ansiedad y Fobias.

Dictar cursos sobre temas específicos de Trastornos de Ansiedad, Fobias y Depresión, a psiquiatras, psicólogos, médicos y otros trabajadores de la salud.

Preparar técnicamente a personal auxiliar (coordinadores de grupos, acompañantes terapéuticos, etc.).

Estimular la formación de grupos y filiales en el país y en el exterior, dirigidas por profesionales capacitados en Trastornos de Ansiedad.

Conceder becas para la capacitación y perfeccionamiento a nivel profesional de psiquiatras, médicos psicólogos y trabajadores de la salud mental, destinadas a la investigación, diagnóstico y tratamiento de los desordenes de ansiedad.

Presentar proyectos sobre legislación de Trastornos de Ansiedad, en relación a su inclusión en la legislación de obras sociales y legislación laboral ante los organismos competentes.

5. Valores

- Responsabilidad e Integridad Nuestras acciones están determinadas por el principio de integridad, entendido como el marco dentro del cual intentamos hacer siempre lo mejor para las personas que padecen Trastornos de Ansiedad
- Prudencia Somos concientes sobre la importancia de la prudencia en todo acto médico. Este valor es el que prevalece al momento de tomar decisiones.
- Compromiso Estamos comprometidos con el desarrollo de la ciencia y el cuidado de la salud de nuestra población
- Liderazgo Actuamos en línea con el concepto de se líderes en Trastornos de Ansiedad, en los campos de la información e investigación, siendo propulsores del desarrollo y del bienestar para nuestra población.
- Calidad La calidad es un factor decisivo en nuestra organización. Perseguimos el logro de la calidad y nuestra permanente superación, en un clima de autocrítica y deseo de constante mejora.

6. No posee ningún tipo de ayuda.

7. Los fondos provienen de los fundadores. Del Dr. Bustamante y míos.

8. FILIALES:

BUENOS AIRES: Mar del Plata, Bahía Blanca, La Plata

CÓRDOBA: Córdoba Capital, Río Cuarto

LA PAMPA: Santa Rosa

SALTA: Salta Capital

JUJUY: San Salvador de Jujuy

SANTA FE: Rosario, Santa Fe, Venado Tuerto

9. No existe la suficiente difusión sobre este problema.

10. No solemos dar información en estos lugares, pero eventualmente visitamos algunos colegios secundarios.

11. No

12. No

13. No.

14. No.

15. En una campaña sería fundamental difundir un lugar donde la gente pueda concurrir a recibir ayuda de manera gratuita. A su vez es fundamental recalcar los síntomas de la enfermedad para que los que sufren la misma puedan sentirse identificados y reconocer cual es su afección.

16. Predomina el nivel medio bajo socioeconómico. Un promedio de 35 años de edad y fundamentalmente mujeres.

17. Talleres, conferencias, cursos, maratones solidarias para la difusión, fiestas

18. Los tratamientos consisten en: terapia individual, psicofármacos y grupos de ayuda. Se combinan según el caso. Lo único gratuito son los grupos de ayuda, pero no son abiertos. El tratamiento tiene un costo, la entrevista pre-diagnóstico sale \$80 aproximadamente y dura aproximadamente. 1 hora. Luego la terapia individual ronda en \$120 por sesión.

19. Los mismos consisten en alternan lo que detallamos en la pregunta anterior según el diagnóstico de la persona. La terapia es cognitiva-conductual.

20. Teoría cognitiva- conductual y farmacológica. Grupo de terapia expositiva, exponemos a lo que las personas temen de forma gradual.

21. La diferencia con respecto a otras terapias es el diagnóstico que se realiza previo al tratamiento. Consiste en análisis de sangre, electroencefalograma y test de personalidad para determinar el tipo de ansiedad que sufre el paciente.

22. Dentro de los trastornos de ansiedad, los más conocidos son:

- **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC):** Se manifiesta, como ideas, impulsos e imágenes persistentes que el individuo considera intrusas. y que para evitarlas realiza rituales o conductas compulsivas. Ej.: cerrar una y otra vez la llave de gas.
- **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG):** Preocupación constante y excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos y situaciones. Produce inquietud, fatiga, falta de concentración, etc. El paciente imagina situaciones horribles mientras un familiar se retrasa o no contesta el teléfono.
- **TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (TAS):** Temor a ser evaluado ante un grupo de personas. Dificultad de hablar en público, dar charlas, discursos o exámenes, relacionarse con personas desconocidas.
- **TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT):** Es la aparición de una serie de síntomas que le siguen a la exposición de un acontecimiento estresante, traumático, real. Los síntomas pueden ser sueños recurrentes, imágenes intrusas, como un accidente automovilístico.
- **ATAQUE DE PÁNICO:** Crisis espontánea. Los síntomas más comunes son: taquicardia, opresión en el pecho, temblor, mareos, sudoración, sensación de desmayo, náuseas, trastornos intestinales, temor a enloquecer o perder el control.
- **AGORAFOBIA:** Marcado temor a alejarse del domicilio, o caminar solos por la calle, viajar en medios de transportes. Es siete veces más frecuentes en las mujeres, que en los hombres.
- **LAS FOBIAS ESPECIFICAS:** Temores irracionales, ante la presencia de cualquier objeto o situación temida como: animales (cucarachas, ratas, ,etc.) o parte de ellos (plumas, etc.), sustancias u objetos (sangre) o situaciones (tormentas, inundaciones, etc.) que provocan fuerte temor al exponerse a ellas y que el paciente trata a toda costa de evitar

23. Contestado en la anterior pregunta.

24. Las personas llegan totalmente desesperadas y jugándose las últimas cartas.
25. Evolucionan a través de la terapia particular o mediante los grupos de ayuda, y en ocasiones también con medicación farmacológica.
26. Si pueden lograr recuperarse del todo.
27. Muchos familiares no comprenden lo que le pasa al otro. Otra característica es que a algunos “les conviene” que el otro esté en estado de pánico.
28. La ayuda consiste en coordinar los grupos de ayuda, participar de las charlas y congresos, difundir información etc. Se necesita disponer de tiempo y ser solidario.
29. En los últimos años creció la información porque paso a estar como un tema actual, pero lamentablemente no fue suficiente para poder proporcionar tratamientos adecuados para salir delante de los trastornos de ansiedad.
30. Argentina está en el tercer puesto.
31. No existen en la fundación.
32. No se invierte dinero porque no cuenta con los recursos económicos necesarios ya que todo se realiza de manera voluntaria sin aportes de ningún lugar, como detallamos anteriormente.
33. No se trabaja en conjunto. Somos invitados a Congresos donde nos relacionamos con otras fundaciones como: Fundación Contener, que es sobre la esquizofrenia, o con respecto a la ludopatía (adicción al juego).
34. Es la única Fundación en el país con respecto a este tema. Se relaciona con otras fundaciones como por ejemplo Fundación Proyecto Padres, pero no son del tema de la ansiedad.
35. Con otros países se relaciona a través de Congresos, no por otras fundaciones.

