

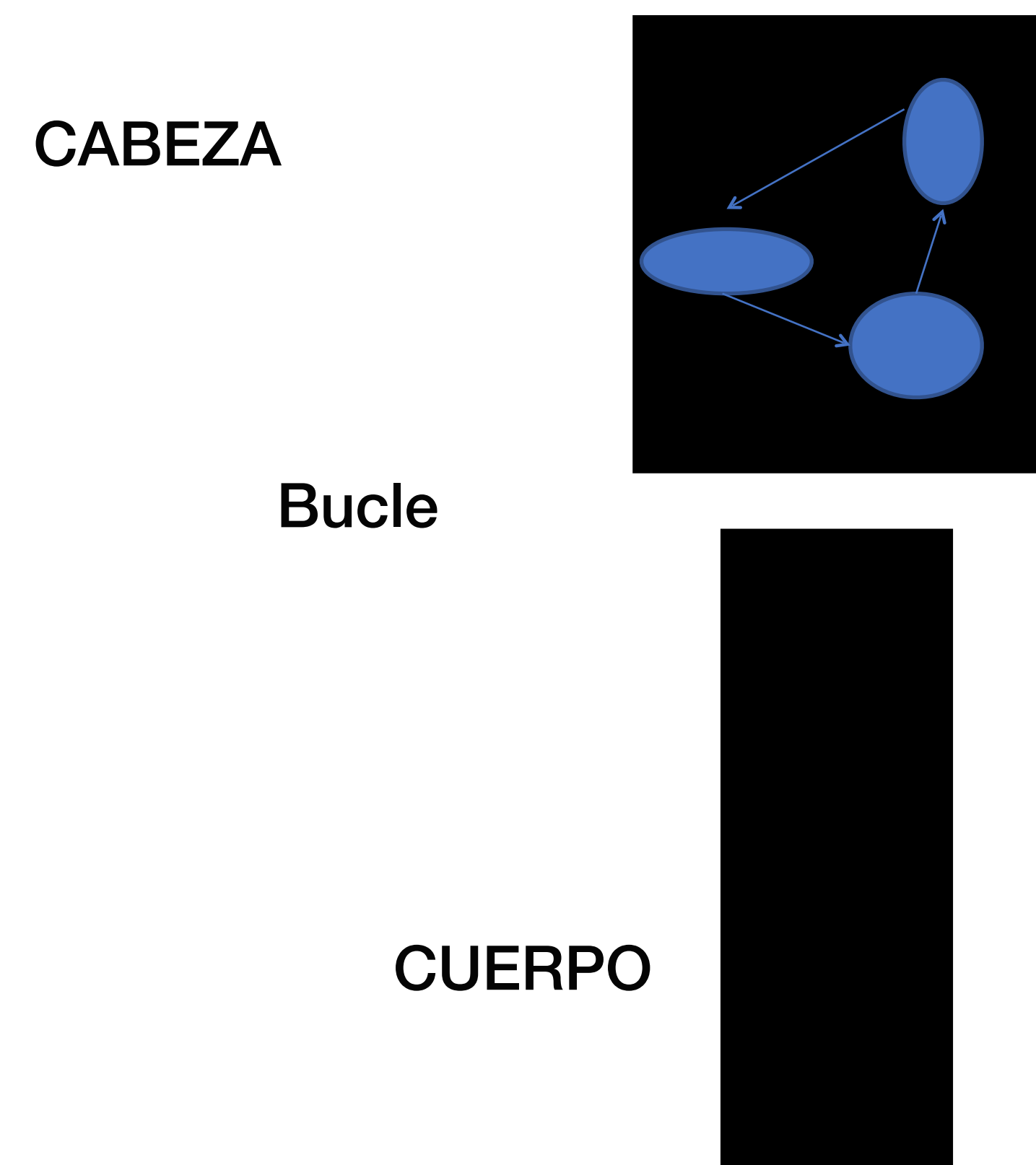
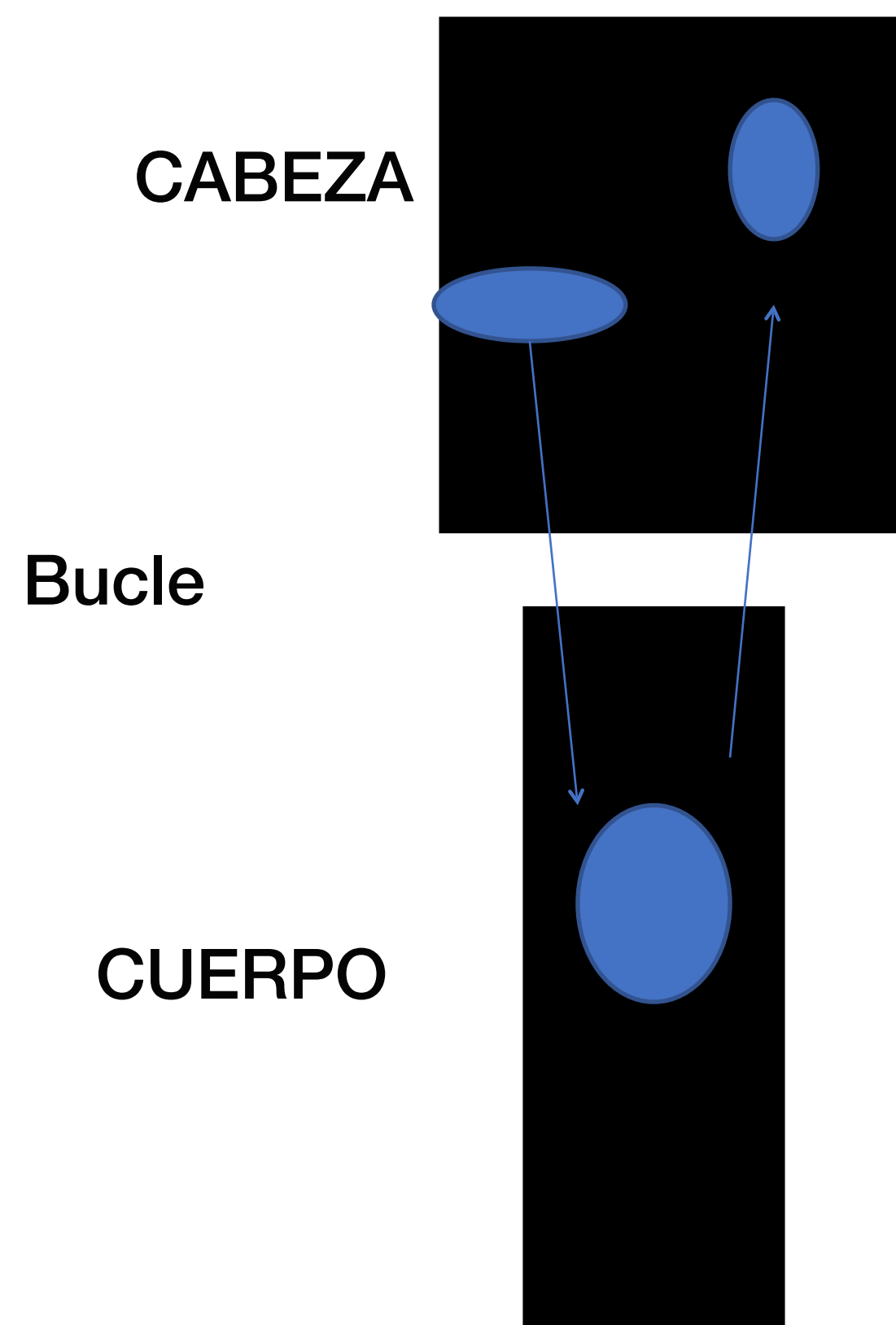
TALLER DEL MIEDO Y EL PÁNICO



ANSIEDAD Y ATAQUES DE PÁNICO

PARECIDOS PERO NO IDÉNTICOS

MARCADOR SOMÁTICO



Damasio



**RESPUESTAS REGULADAS
ACCIONES COMPLEJAS**

**APRENDIZAJES EMOCIONALES
REFLEJOS POSTURALES**

**INSTINTOS
REFLEJOS PRIMARIOS**

CÓRTEX CEREBRAL

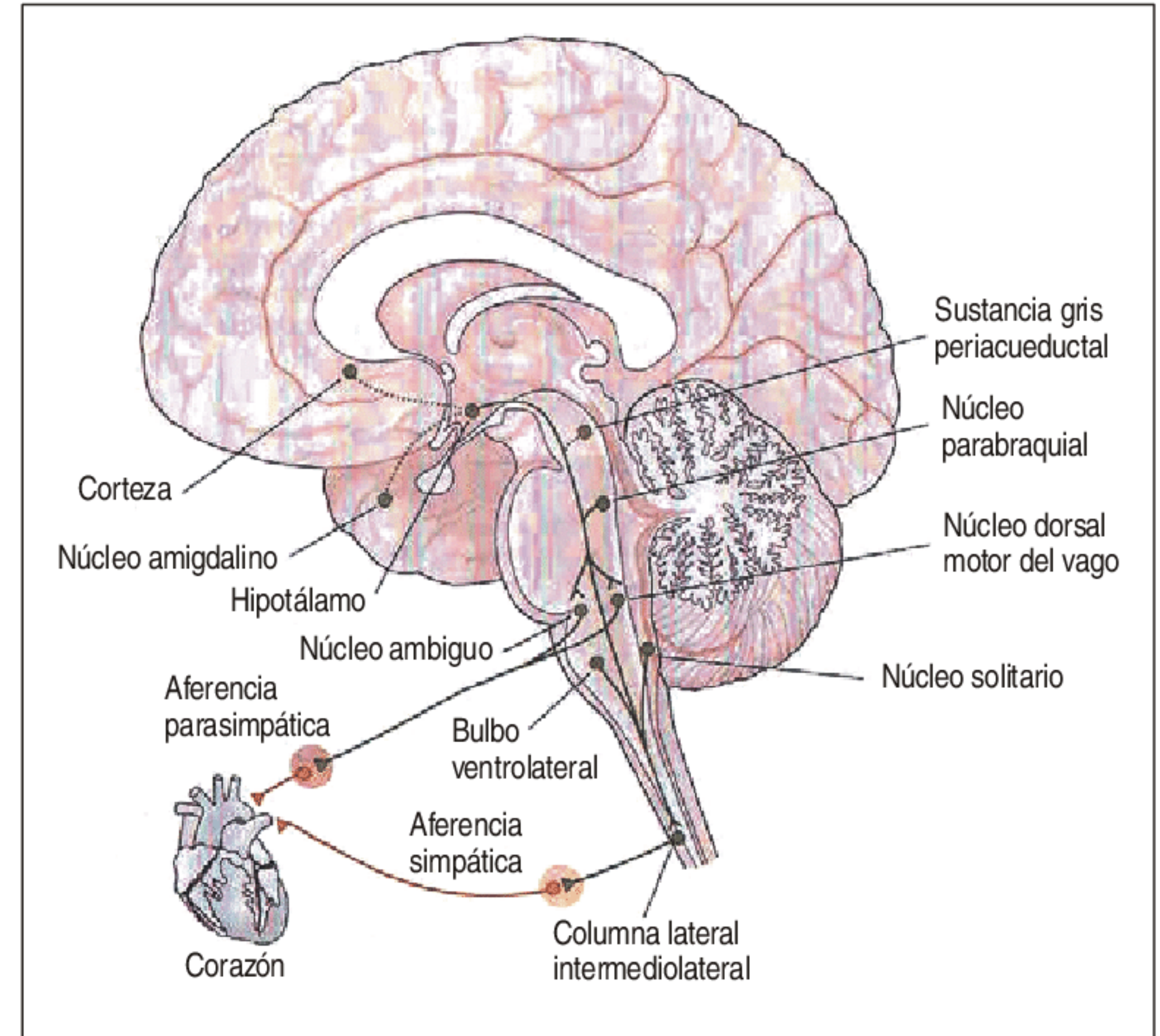
SISTEMA LÍMBICO

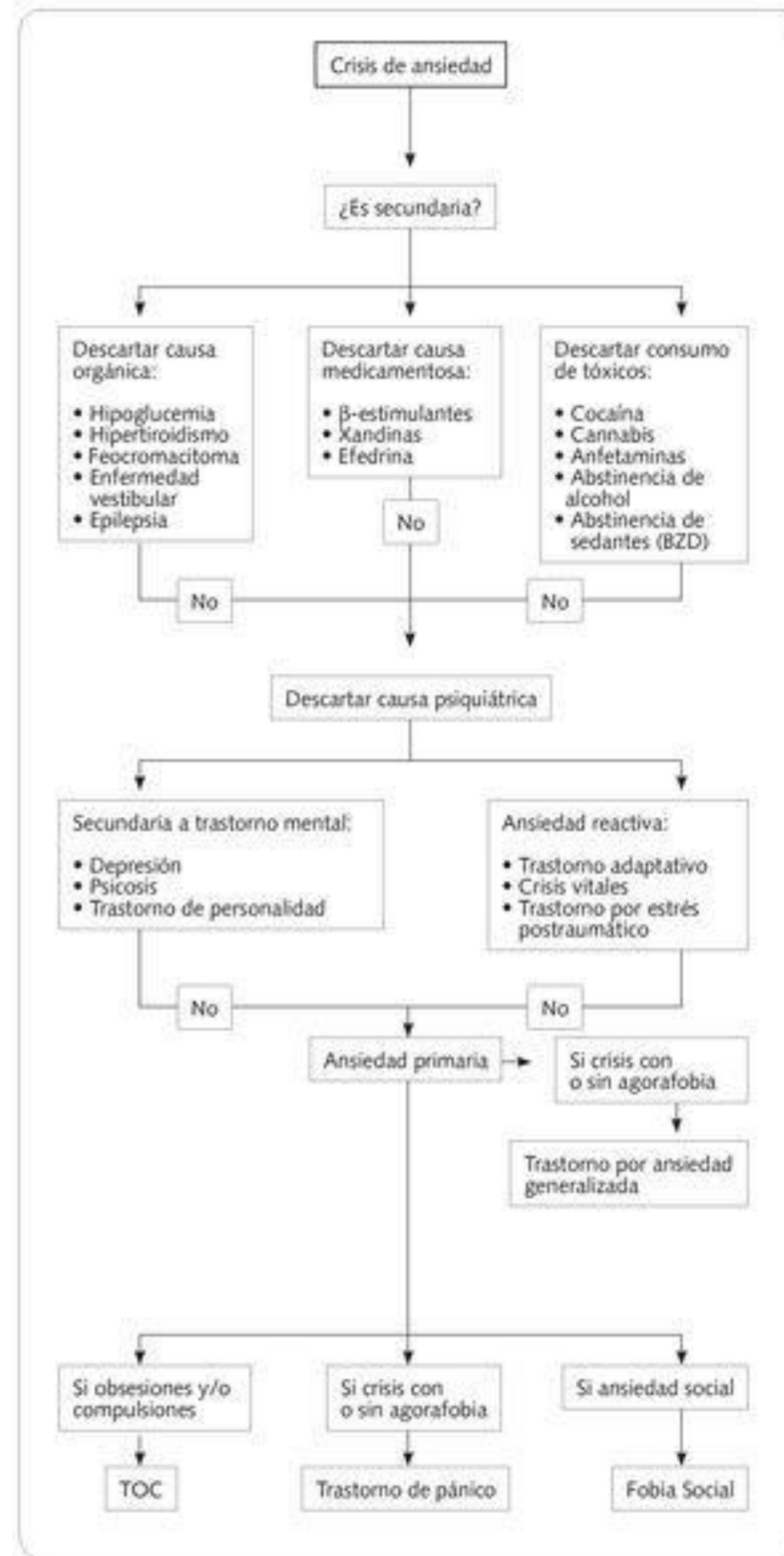
**TRONCO
ENCÉFALO**

**INFORMACIÓN
SENSORIAL**

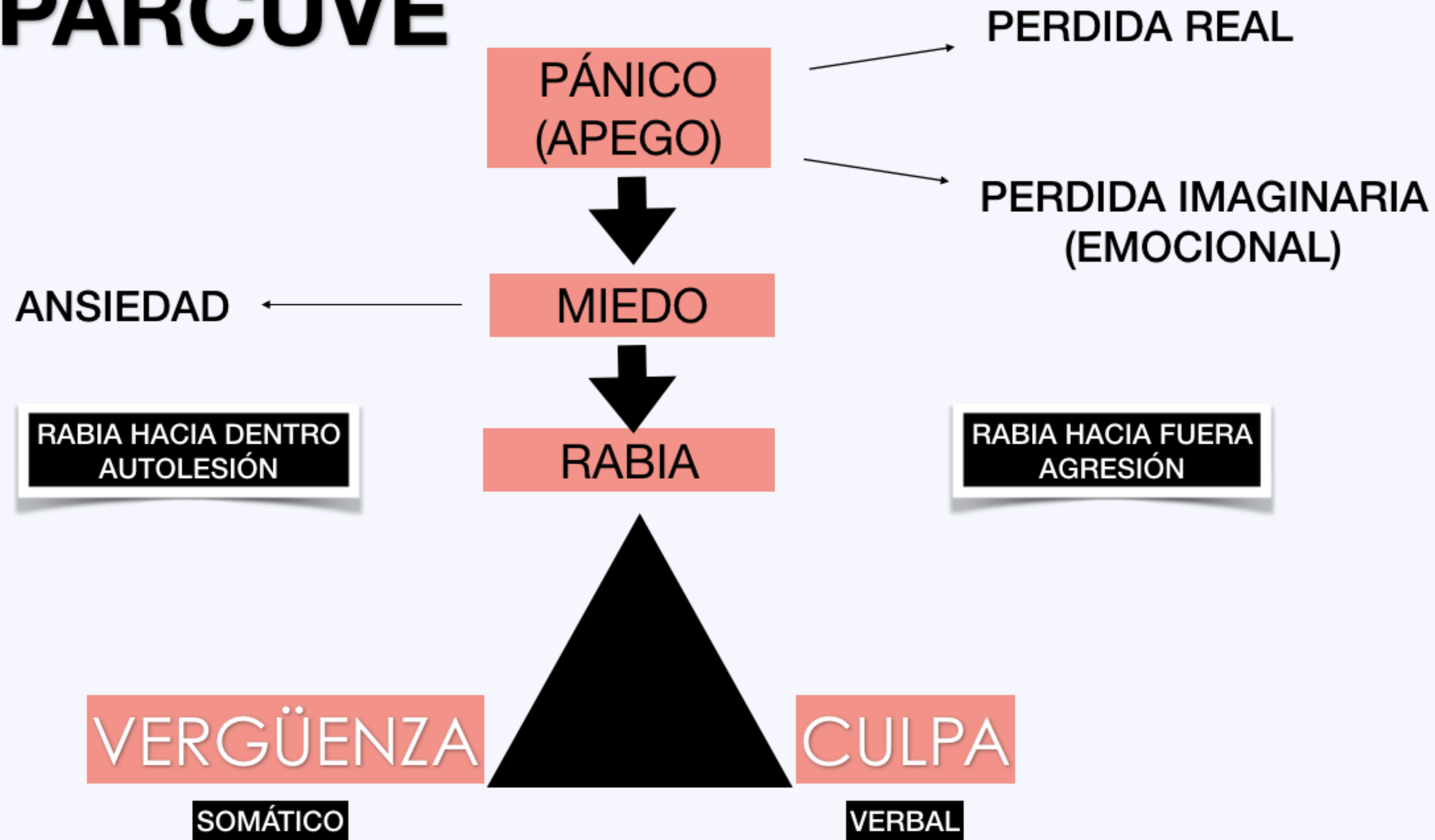


El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad debilitante que se caracteriza por ataques repentinos y recurrentes de ansiedad y miedo intensos e incontrolables. Esta enfermedad psiquiátrica es única entre otros trastornos relacionados con la ansiedad porque las personas con trastorno de pánico no solo experimentan síntomas mentales durante un ataque, sino que también sufren síntomas físicos agudos, incluidos síntomas cardiorrespiratorios, autónomos y gastrointestinales. Además, estos ataques de pánico ocurren espontáneamente y están asociados con un miedo innato incondicionado (es decir, miedo que no se ha aprendido a través de una experiencia aversiva). Para comprender qué causa estos episodios de miedo incondicionado y los síntomas fisiológicos asociados en el trastorno de pánico, es fundamental caracterizar los circuitos neurales que subyacen a la percepción de la amenaza innata. El núcleo parabraquial lateral (PBN) dentro del tronco encefálico regula las funciones cardiorrespiratorias y autónomas, y también transmite señales sensoriales aversivas multimodales a la amígdala. Los datos preliminares muestran que los factores que inducen el ataque de pánico en pacientes con trastorno de pánico, como la cafeína, la yohimbina o los niveles altos de CO₂, activan de manera robusta las neuronas en la región lateral externa de la PBN.





PARCUVE



Solapamiento del TDM y los trastornos de ansiedad

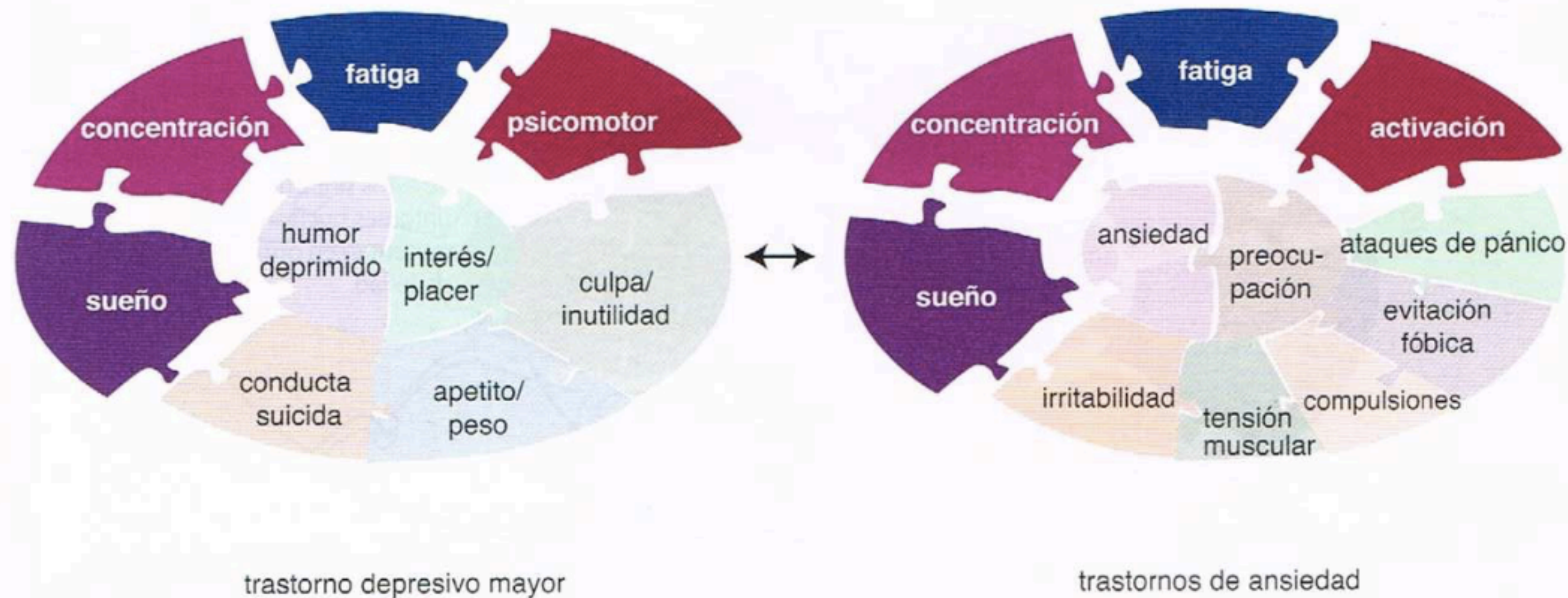


Figura 9-1. Solapamiento del TDM y los trastornos de ansiedad. Aunque los síntomas nucleares de los trastornos de ansiedad (ansiedad y preocupación) se diferencian de los síntomas principales de la depresión mayor (falta de interés y humor deprimido), existe un considerable solapamiento con el resto de los síntomas asociados a estos trastornos (compárese el *puzzle* de "los trastornos de ansiedad" de la derecha con el *puzzle* del "TDM" de la izquierda). Por ejemplo, la fatiga, las alteraciones del sueño y los problemas de concentración son comunes a ambos tipos de trastornos.

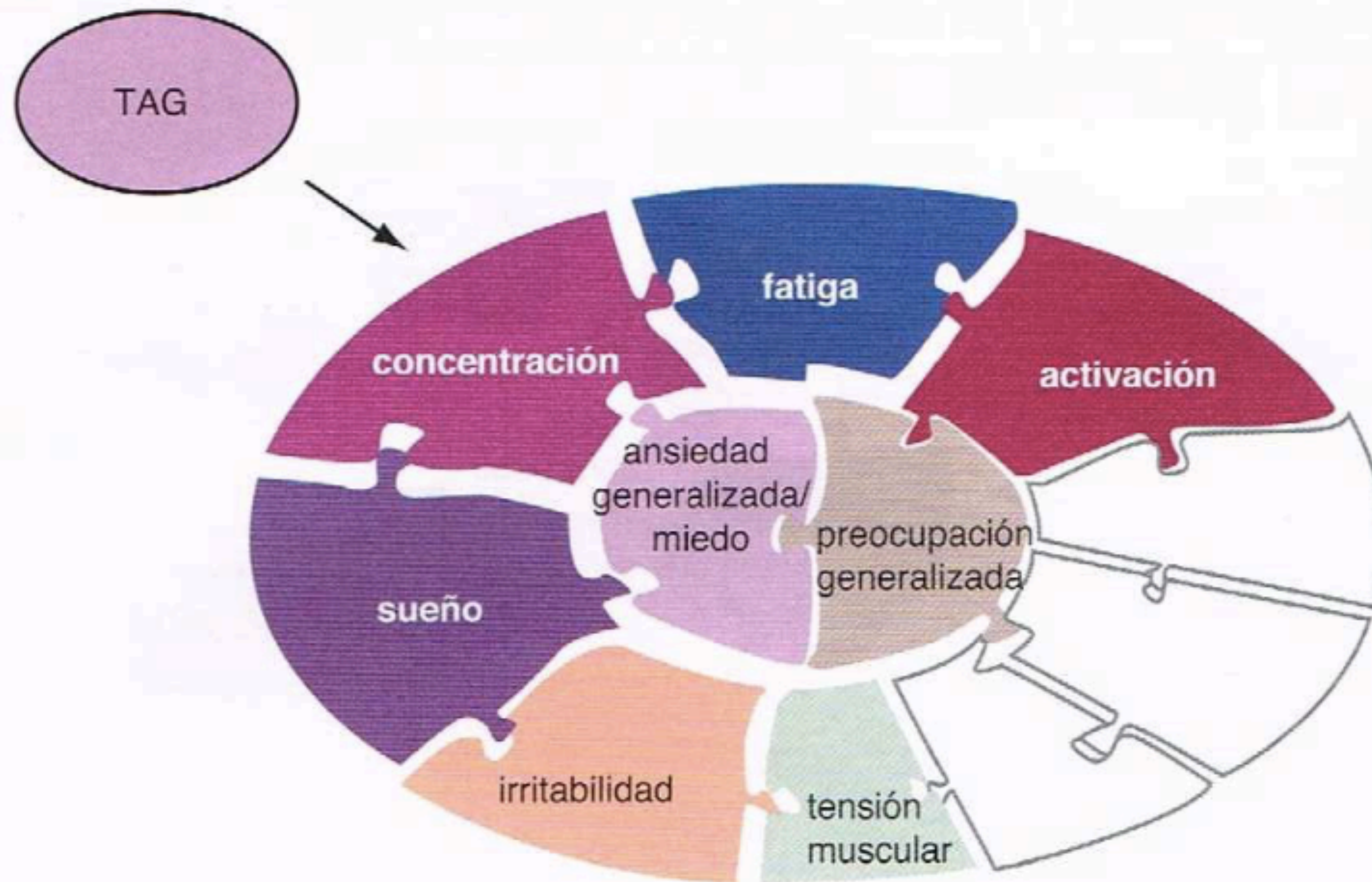
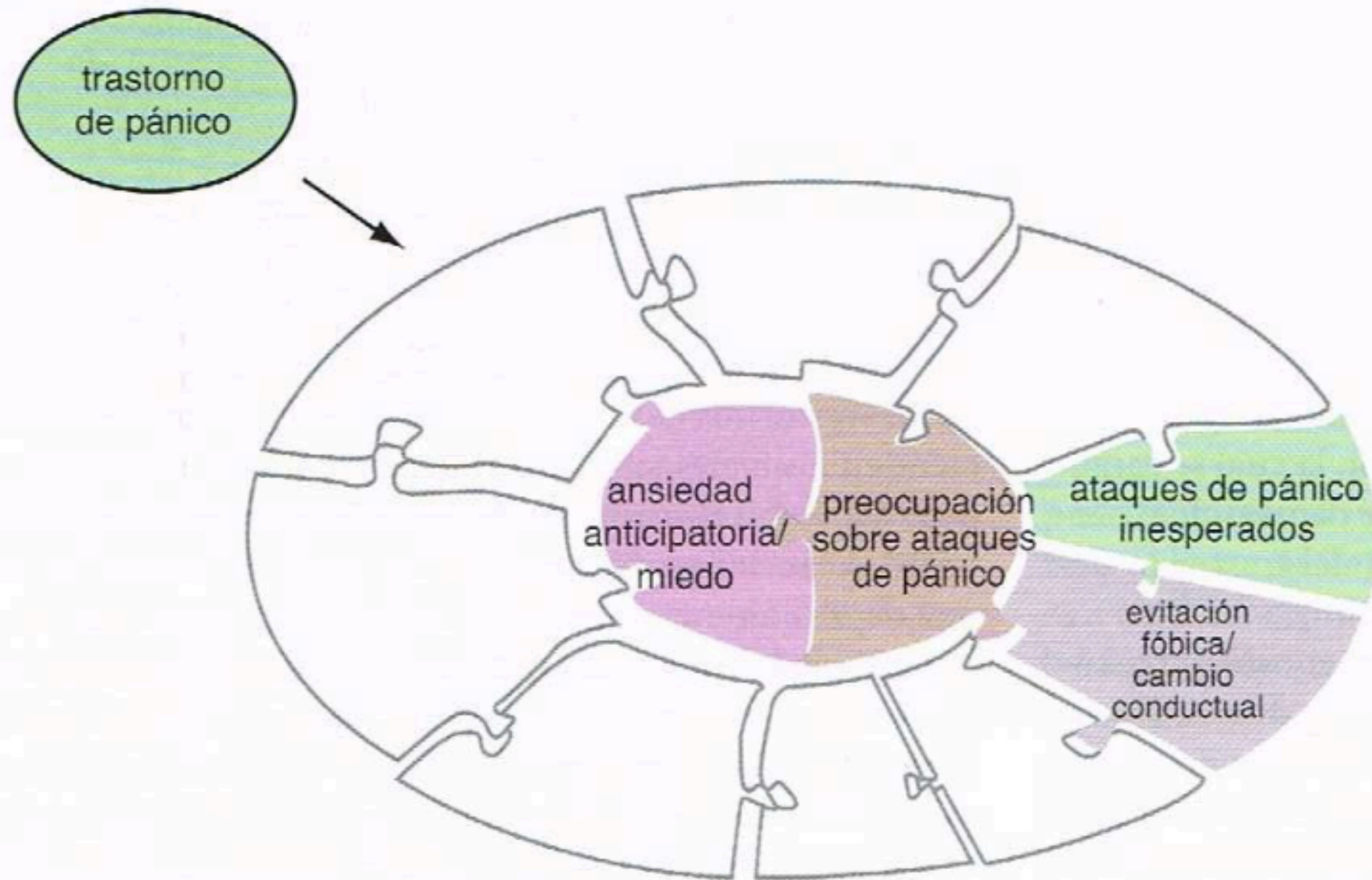


Figura 9-2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Aquí se muestran los síntomas típicamente asociados al TAG. Estos incluyen los síntomas nucleares de ansiedad generalizada y preocupación así como incremento de la excitación, fatiga, dificultades de concentración, problemas de sueño, irritabilidad y tensión muscular. Algunos de estos síntomas, incluyendo los síntomas nucleares, también se presentan en otros trastornos de ansiedad.

**Figura 9-3. Trastorno de pánico.**

Aquí se muestran los síntomas característicos de los trastornos de pánico e incluyen los síntomas principales de ansiedad anticipatoria así como preocupación por los ataques de pánico; los síntomas asociados son los inesperados ataques de pánico en sí mismos y la evitación fóbica u otros cambios conductuales asociados a la preocupación por los ataques de pánico.

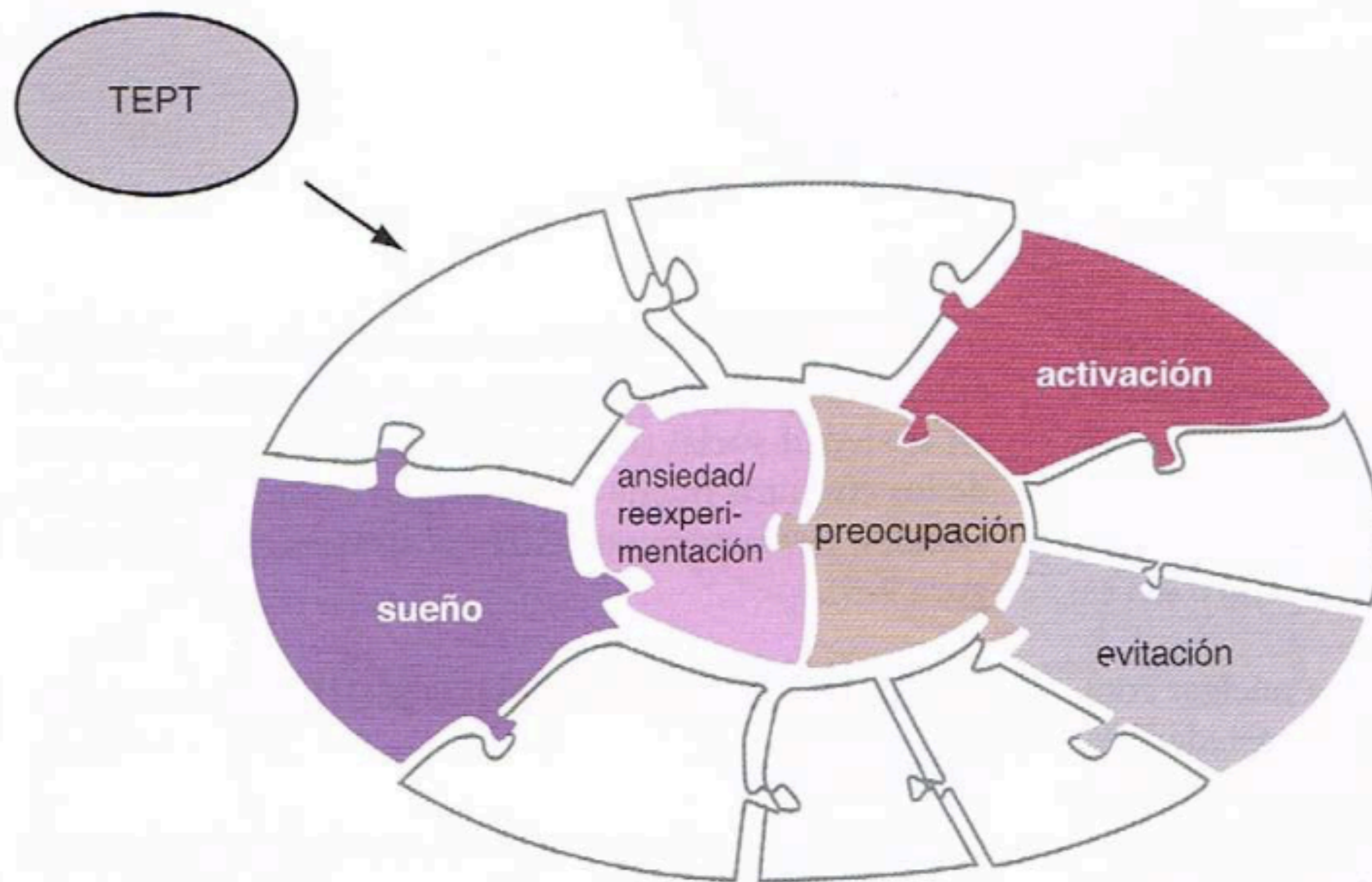
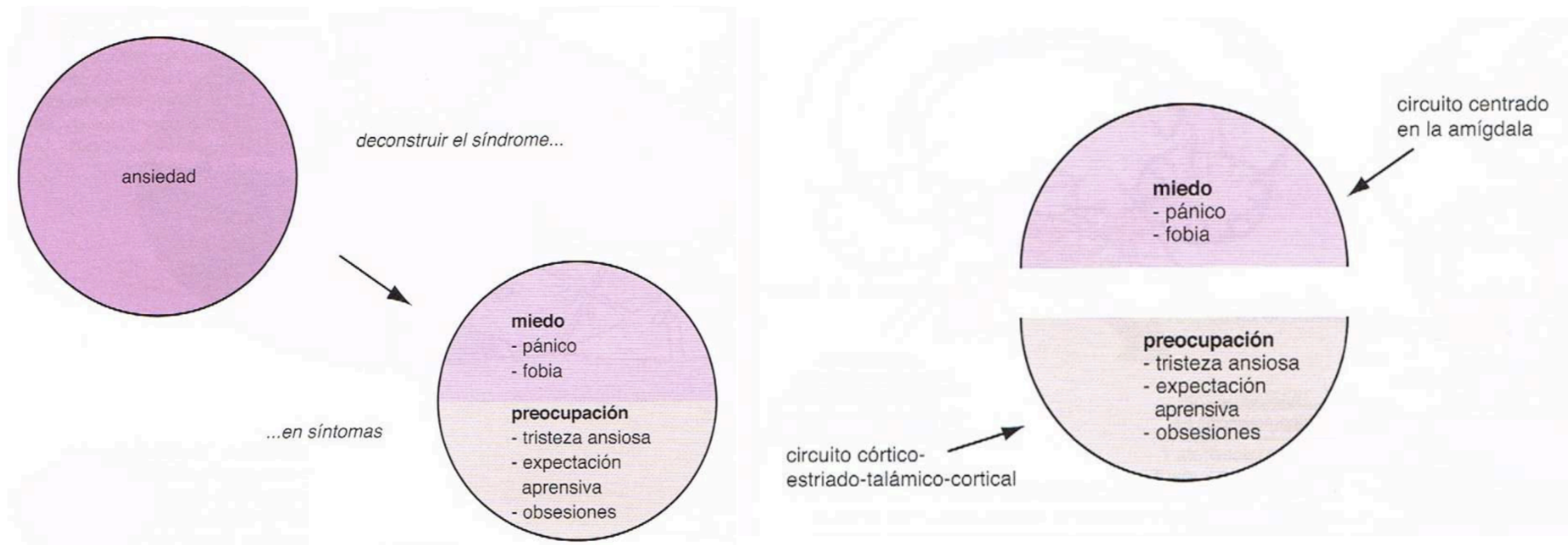


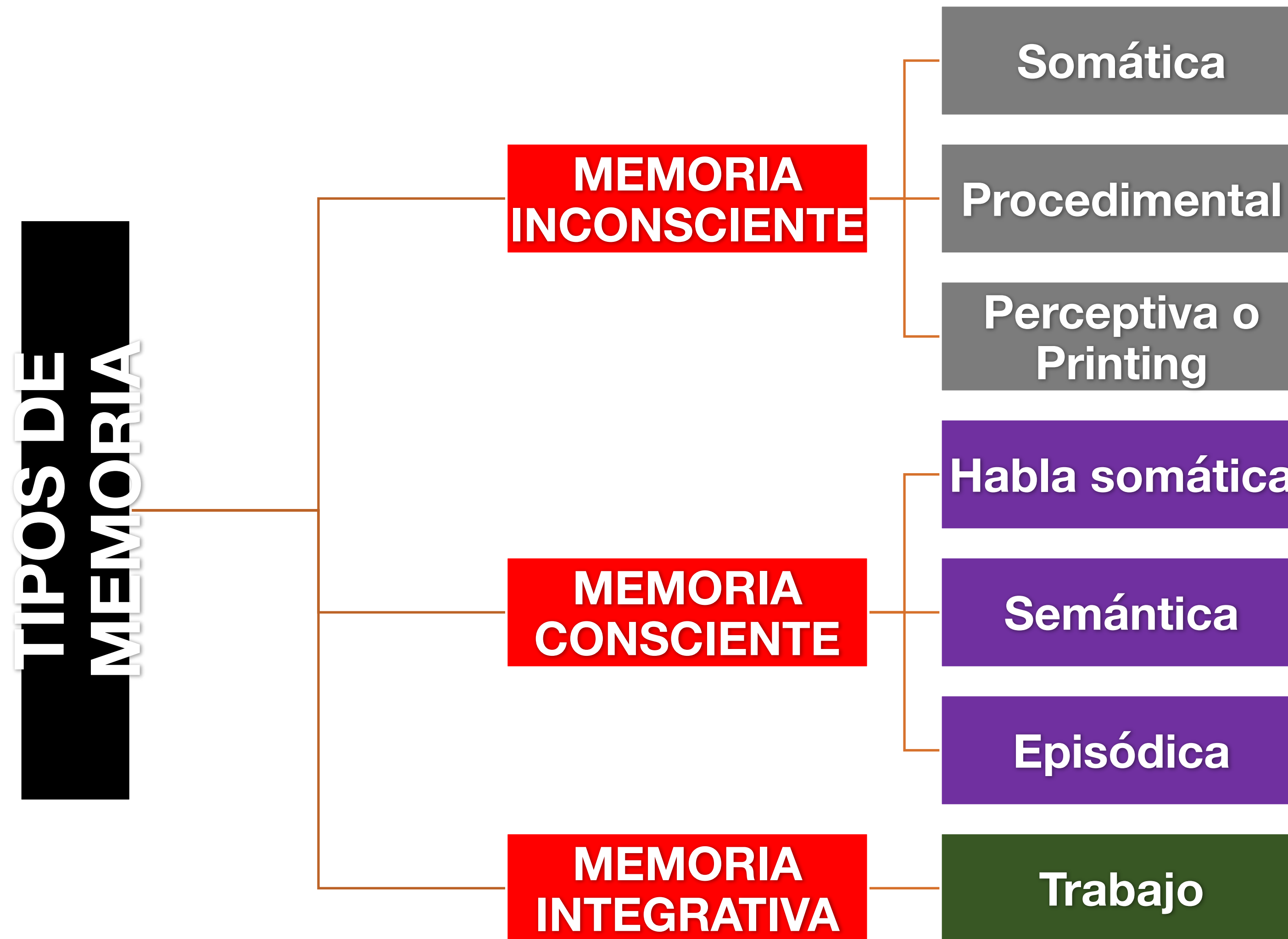
Figura 9-5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Aquí se muestran los síntomas característicos del TEPT. Estos incluyen los síntomas nucleares de ansiedad mientras que el evento traumático está siendo reexperimentado así como preocupación por tener los otros síntomas del TEPT, tales como incremento de la excitación y respuestas de sobresalto, dificultades de sueño incluyendo pesadillas, y conductas evitativas.

ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN

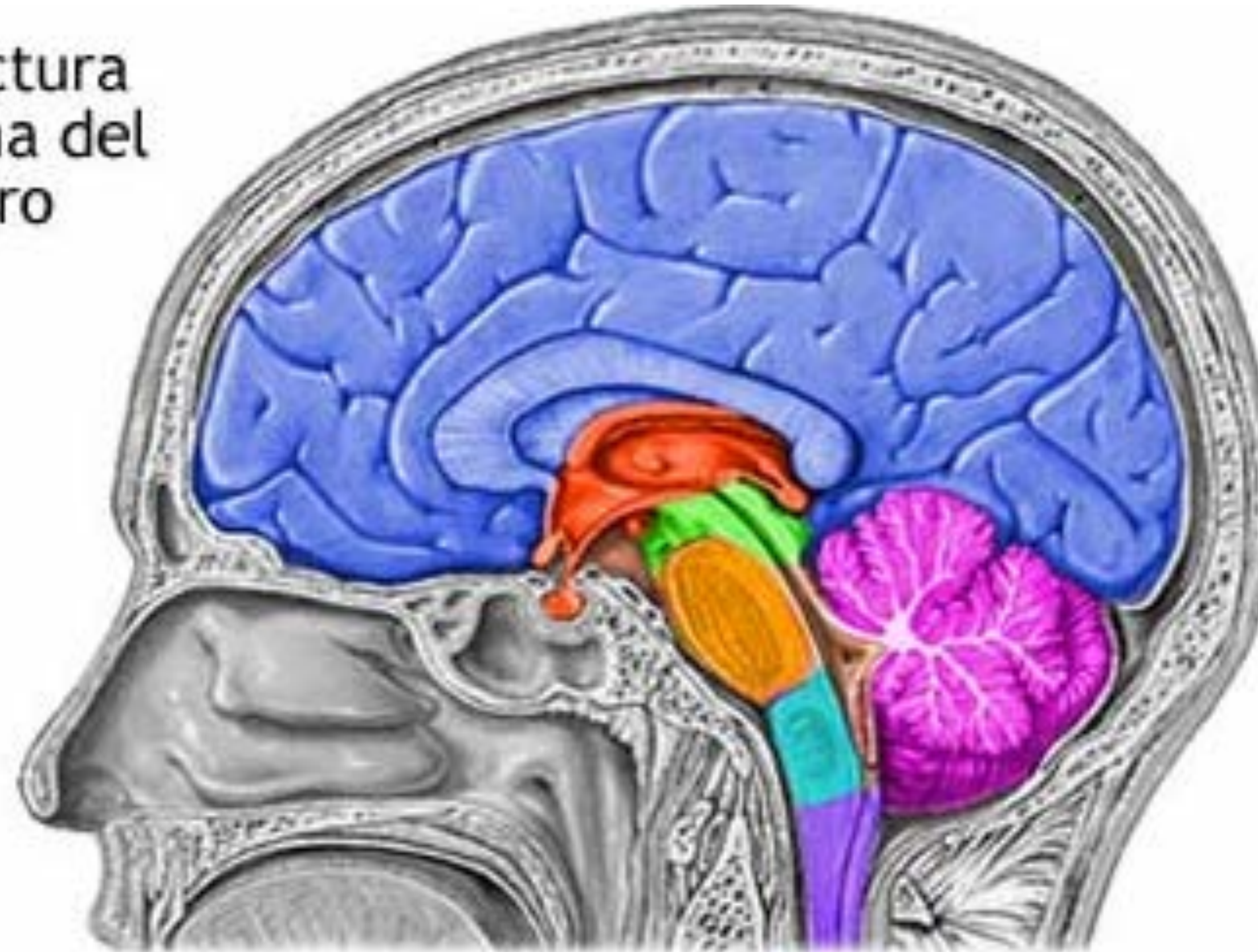
DOS CIRCUITOS DIFERENTES



NEUROBIOLOGÍA DE LOS ATAQUES DE PÁNICO



Estructura interna del cerebro



■ Médula espinal
■ Bulbo raquídeo

■ Cerebelo
■ Cerebro medio

■ Diencéfalo
■ Hemisferio cerebral

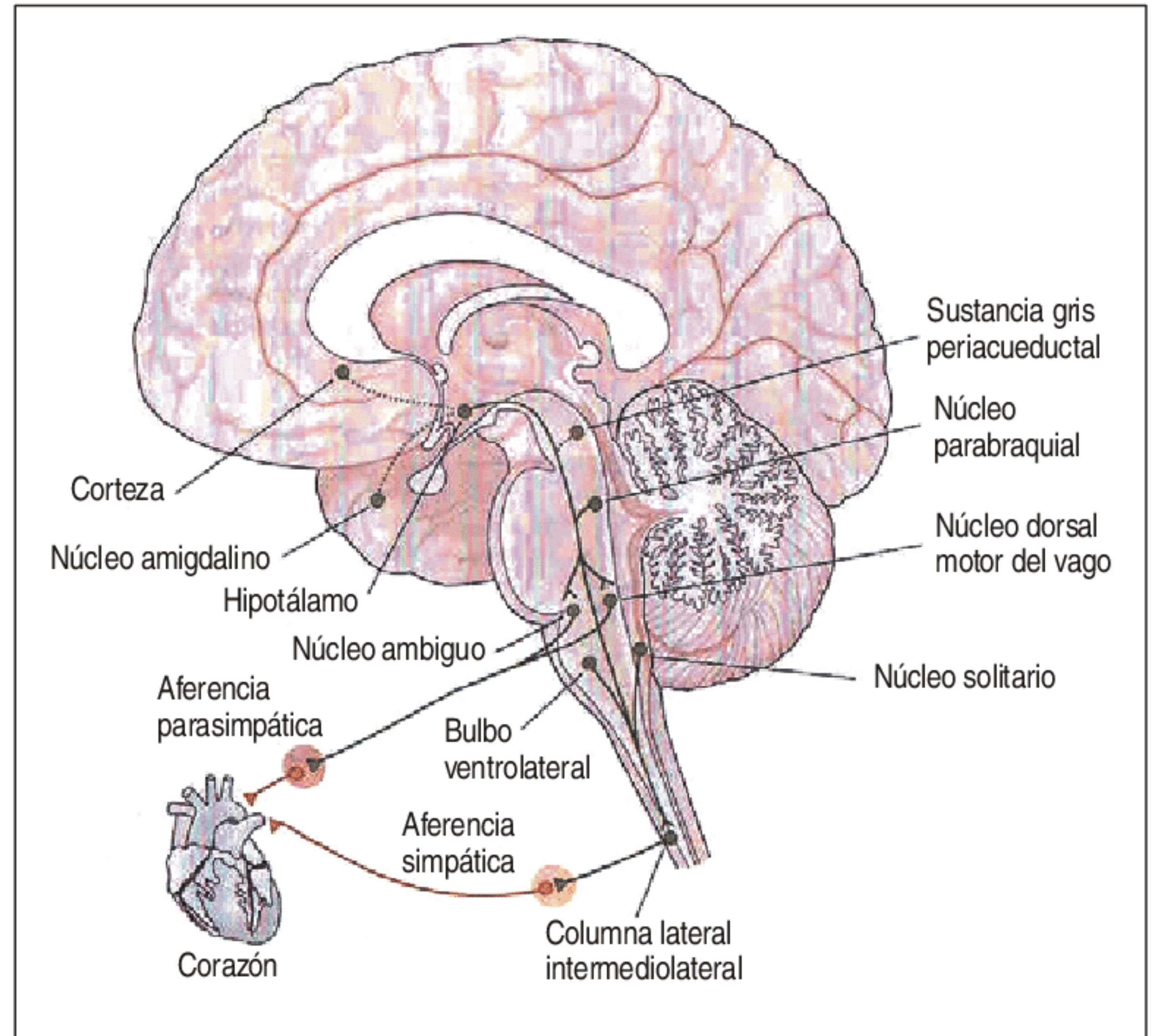
■ Puente de Varolio

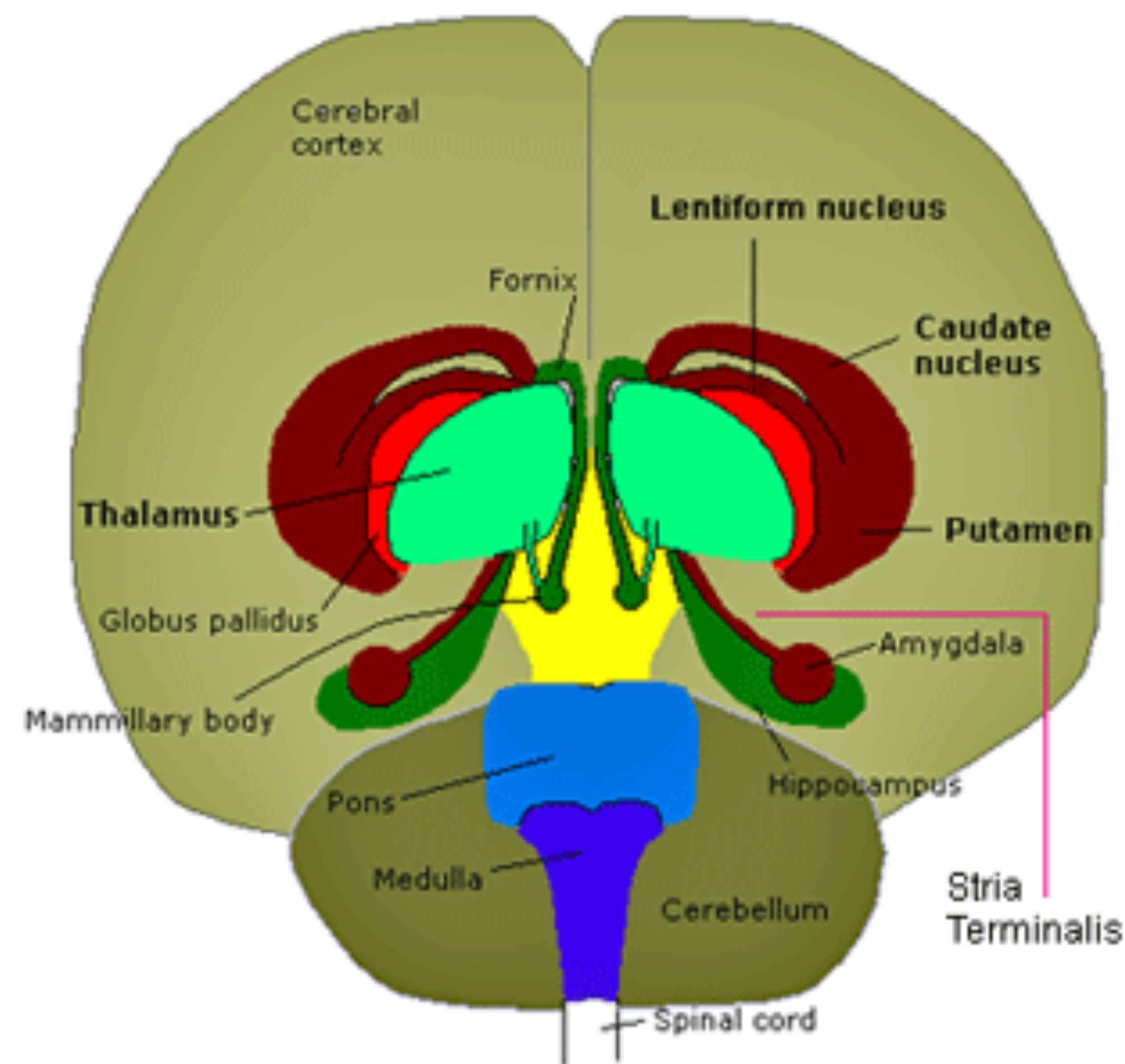


Muchos subconjuntos de neuronas en el complejo parabraquial que se dirigen a grupos de células cerebrales o del **cerebro anterior** específicas contienen **neuropéptidos** específicos, ⁸ y parecen llevar a cabo funciones distintas. Por ejemplo, una población de neuronas en el subnúcleo parabraquial lateral externo que contiene el **péptido relacionado con el gen de la calcitonina** neurotransmisora (CGRP) parece ser crítica para transmitir información sobre **hipoxia** o **hipercapnia** (p. Ej., Si uno respira con dificultades durante el sueño, como cuando se padece **apnea del sueño**) a los sitios del prosencéfalo para despertar el cerebro y prevenir la **asfixia**. ⁹

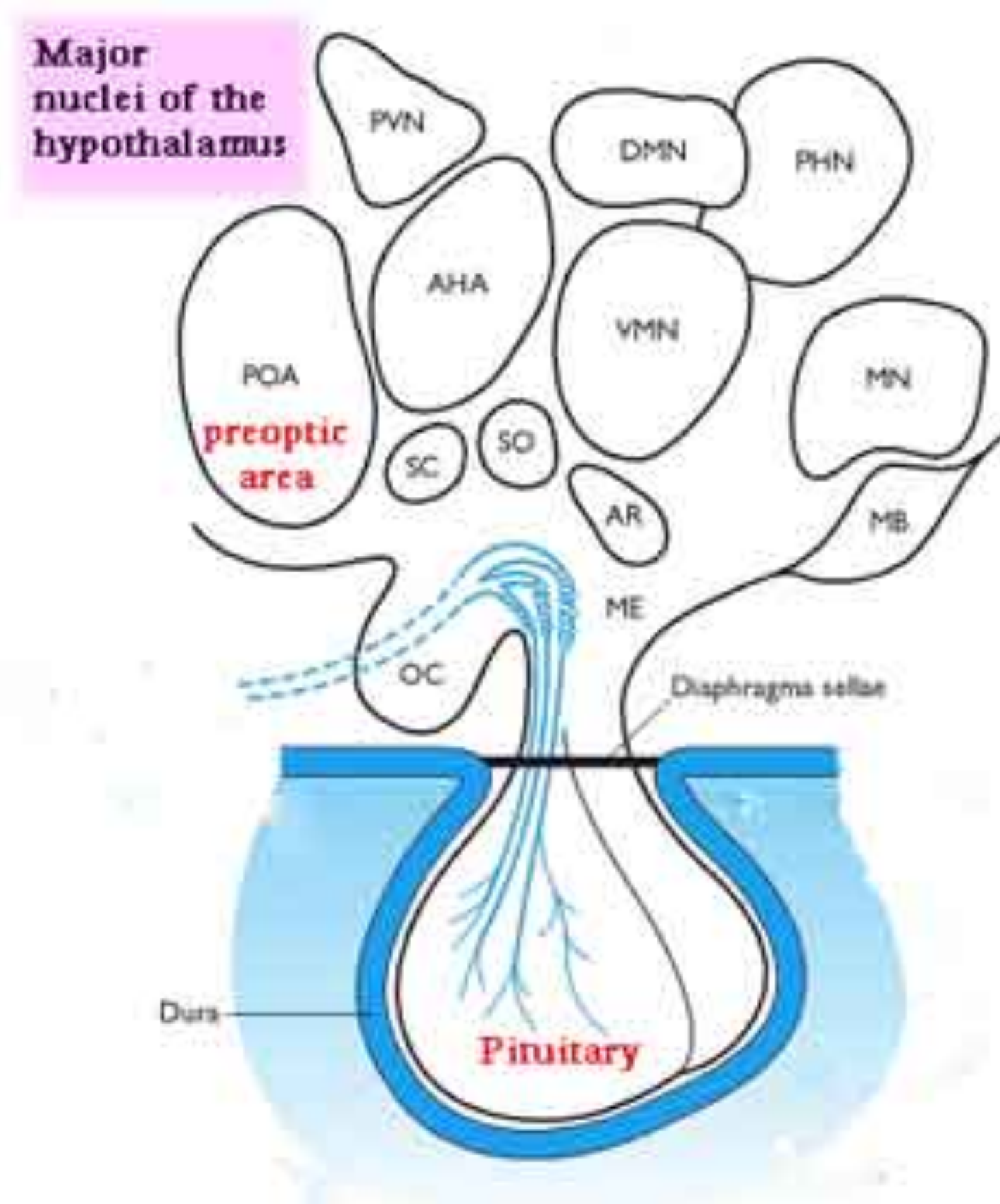
Datos recientes indican que las neuronas glutamatérgicas en los núcleos parabraquial medial y lateral, junto con las neuronas glutamatérgicas en el núcleo tegmental pedunculopontino, proporcionan un nodo crítico en el tronco encefálico para producir un estado de vigilia.

WIKIPEDIA



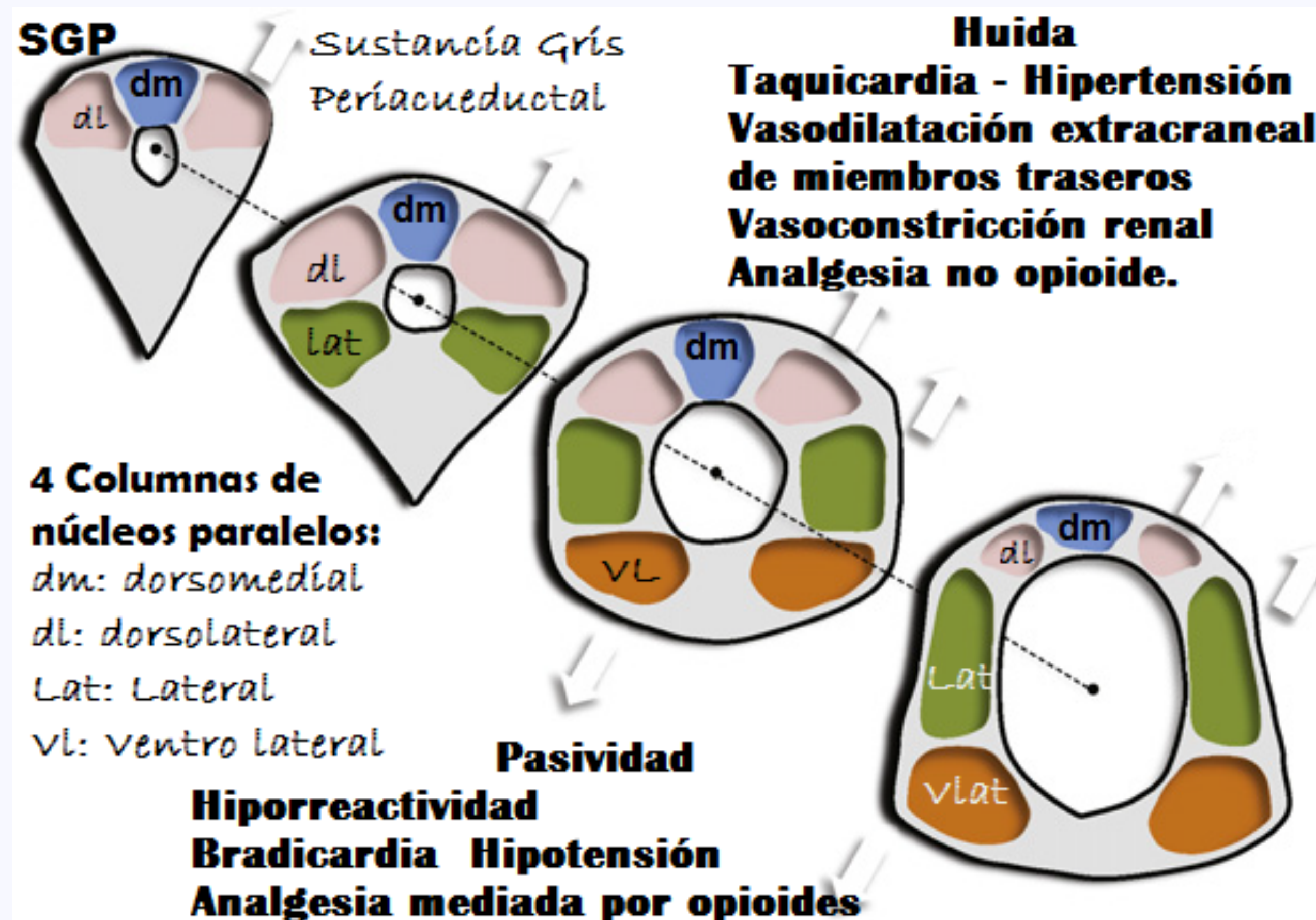


The brain as viewed from the underside and front. The thalamus, corpus striatum (putamen and caudate nucleus), and amygdala have been splayed out to show detail.



Un componente importante del neurocircuito PÁNICO / PÉRDIDA es el núcleo del lecho de la estría terminal. Según MedlinePlus Dictionary, la estría terminal es "un conjunto de fibras nerviosas que pasa desde la amígdala a lo largo de la demarcación entre el tálamo y el núcleo caudado, principalmente hacia la parte anterior del hipotálamo con unas pocas fibras que cruzan la comisura anterior a la amígdala en la lado opuesto." En la ilustración de arriba a la izquierda, la estría terminal se une al hipotálamo que está oculto debajo del tálamo.

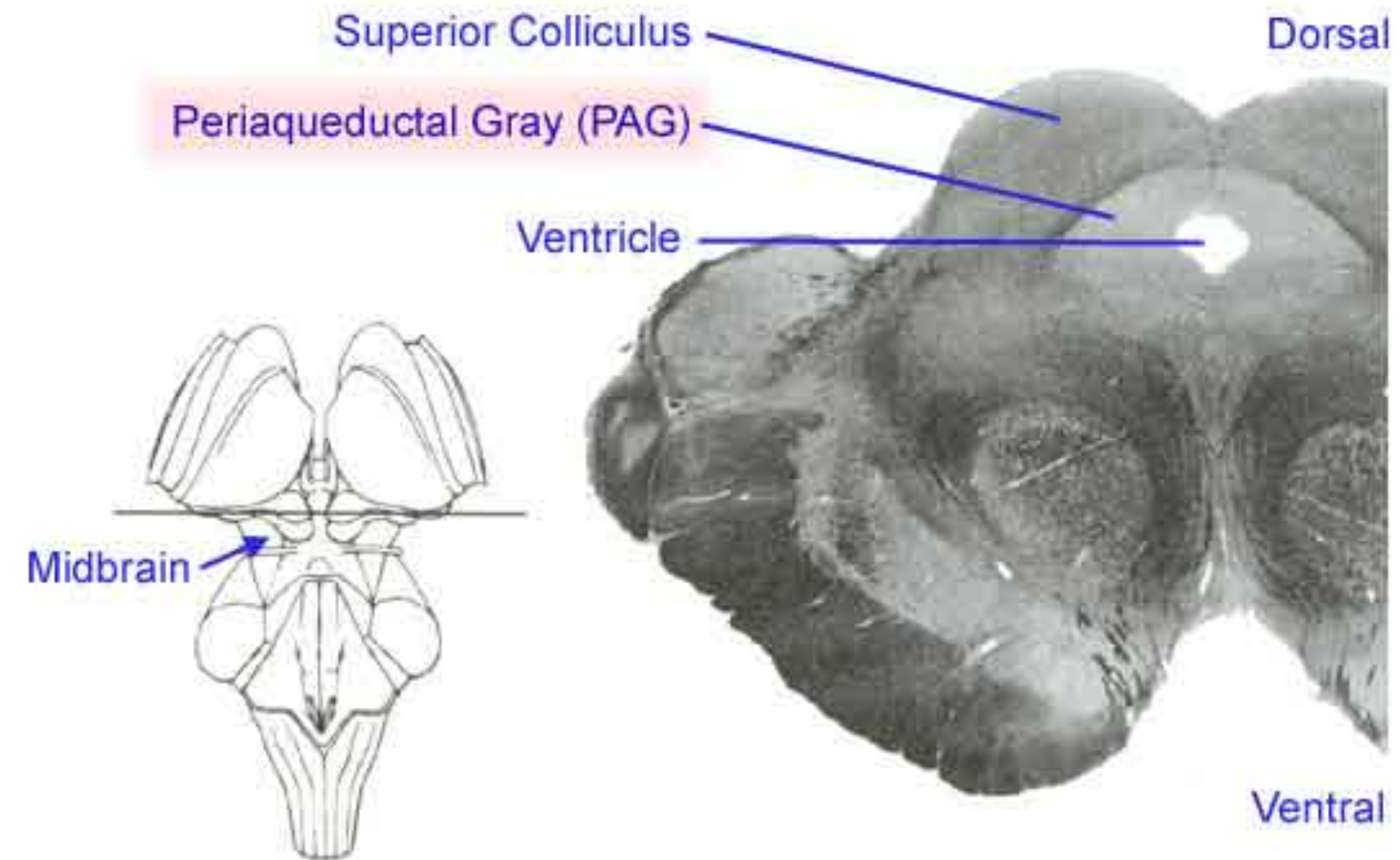
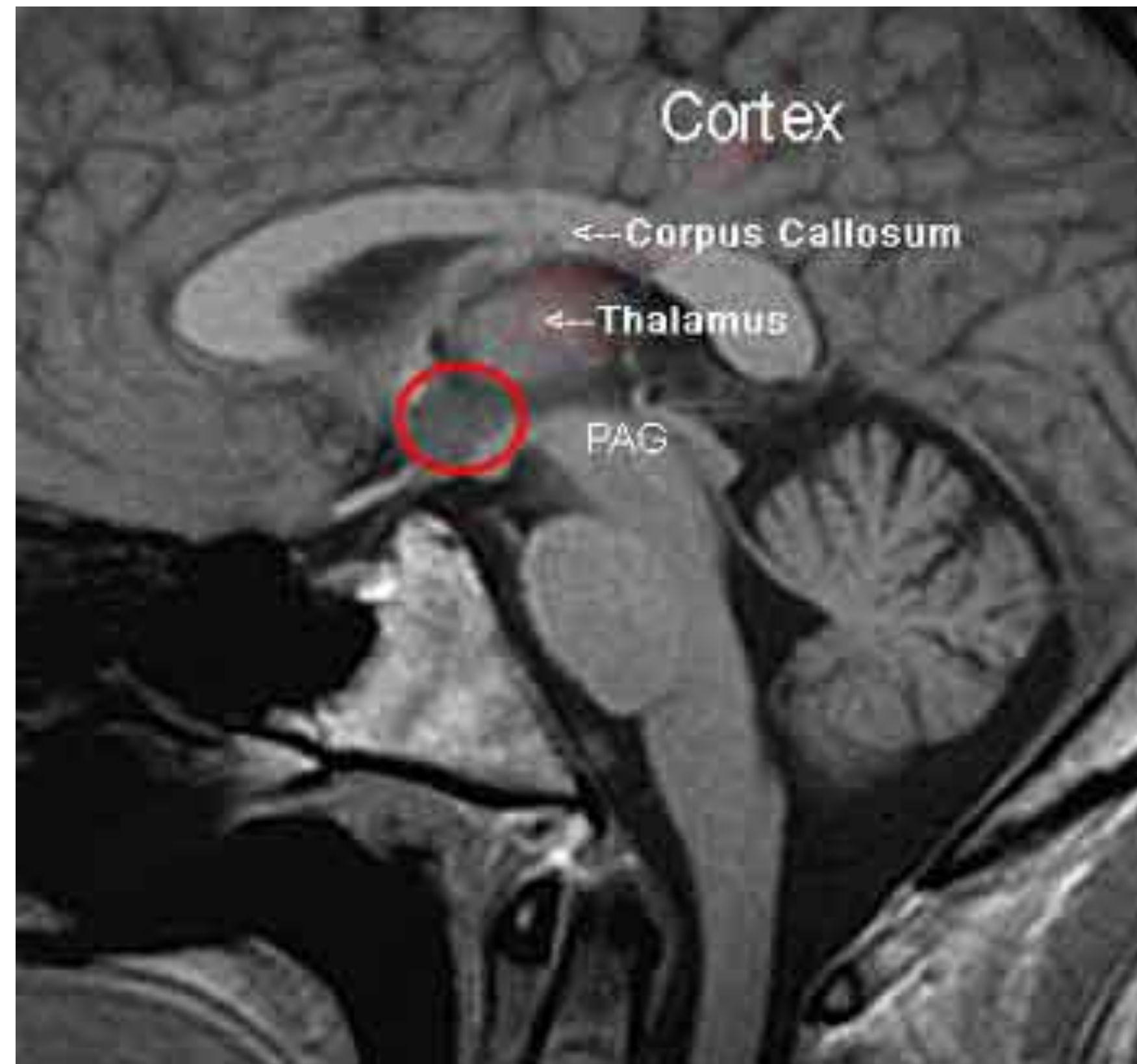
Manuel Hernández ©



La SGPA participa en:

- El control y la expresión de dolor, analgesia, miedo, ansiedad, vocalización, lordosis y función cardiovascular (
- La SGPA lateral (lat) parece coordinar comportamientos defensivos activos, también de analgesia no relacionada a opiáceo y tiene un efecto hipertensor arterial.
- La SGPA ventrolateral (vl) parece coordinar comportamientos pasivos defensivos, relacionada a analgesia opiácea y también tiene un efecto hipotensor.
- En ratas, la estimulación de la SGPA lateral y dorsolateral: evoca estrategias de afrontamiento activo como el comportamientos de lucha / huida, hipertensión arterial, taquicardia y analgesia no mediada por opioides.
- La Estimulación ventrolateral, por otro lado, evoca comportamientos de afrontamiento pasivo como inactividad, hipotensión, bradicardia y analgesia mediada por opiáceos,





El circuito del PANICO comienza en las regiones central del cerebro medio o meséndice, actualmente llamadas comúnmente gris periacueductal (PAG), y asciende a través de estructuras diencefálicas medias, especialmente el tálamo dorsomedial, y termina en las regiones del prosencéfalo anterior del cíngulo anterior más ventral o subcallosal.

La neuroquímica clave que promueven las llamadas de separación (protesta) son la disminución de las químicas de opioides y oxitocina y un CRF elevado, combinado con un aumento del impulso glutaminérgico en los circuitos de PÁNICO del cerebro.



El sistema del PANICO probablemente evolucionó a partir de mecanismos generales de dolor presumiblemente hace más de cien millones de años o más (las aves poseen un sistema homólogo). Este sistema modulado por opioides promueve la conexión social, y ayuda a forjar vínculos sociales y dependencias entre bebés y madres, y probablemente fortalece las relaciones sexuales y, en última instancia, puede ser la base de la solidaridad grupal entre las especies vivas grupales.

Sobre su papel en el apego, sostendríamos que cuando uno extraña a alguien con quien está vinculado, este sistema se despierta en cierta medida, lo que subraya su centralidad en los asuntos sociales humanos. SI NUNCA SE PIERDE A ALGUIEN, ESTO SUGIERE QUE UNO NO TIENE UN APEGO A ESE INDIVIDUO. De hecho, cuando están socialmente separados, las consecuencias afectivas de los vínculos de apego cortados hacen que los individuos sufran de una manera distinta y poderosamente aversiva. Este tipo de dolor psicológico, que la mayoría de los humanos generalmente evitará a casi todo costo, aparentemente es una puerta de entrada a las principales formas de depresión.

Panksepp

Manuel Hernández ©

JAAK PANSEPP



PÁNICO

MIEDO

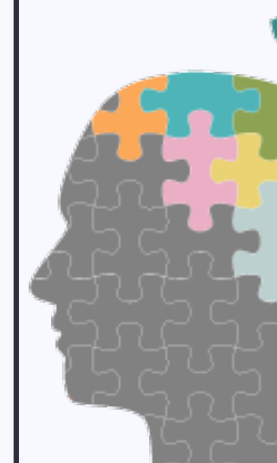
RABIA

JUEGO

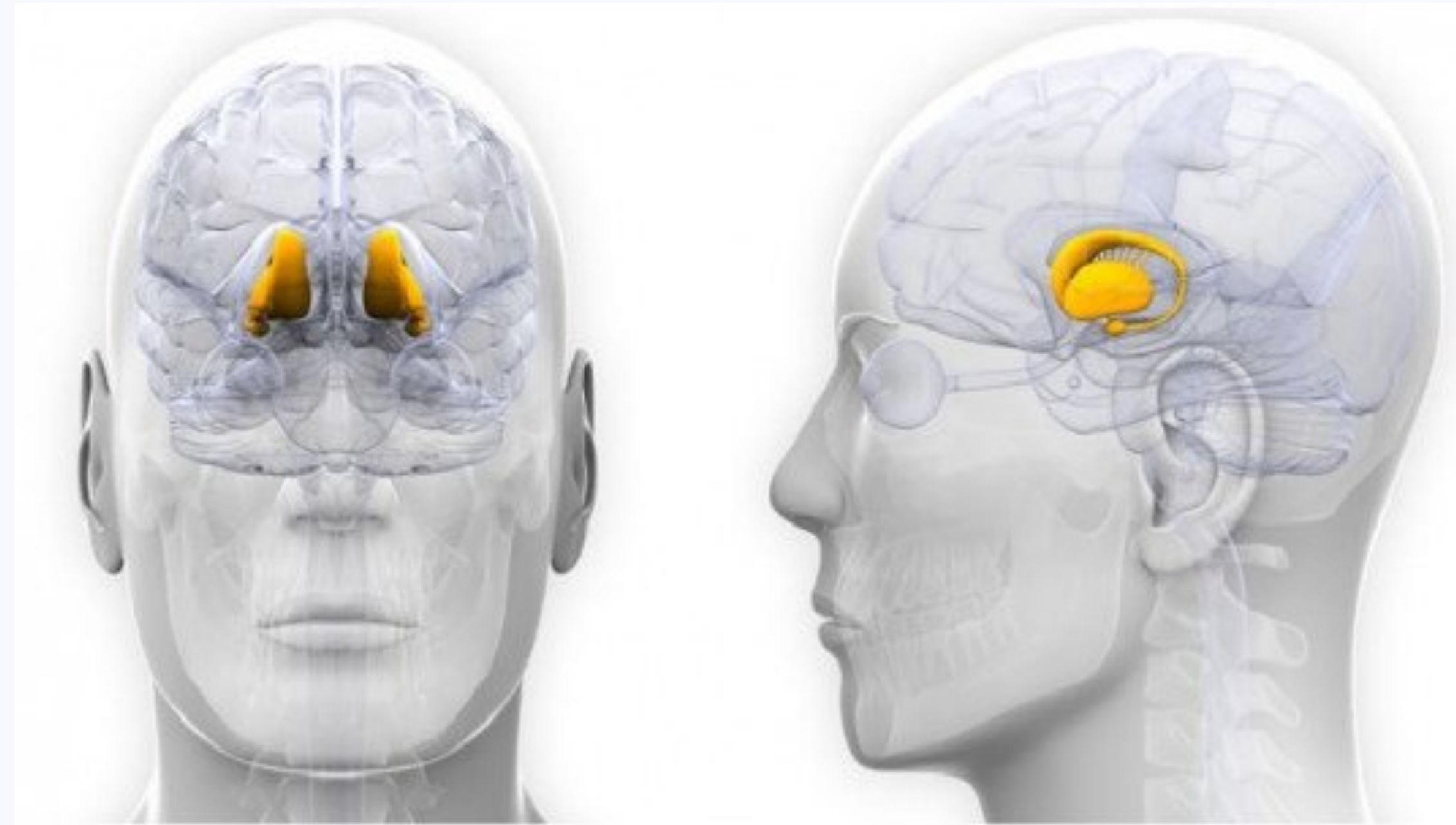
DESEO SEXUAL

CUIDADO

BÚSQUEDA



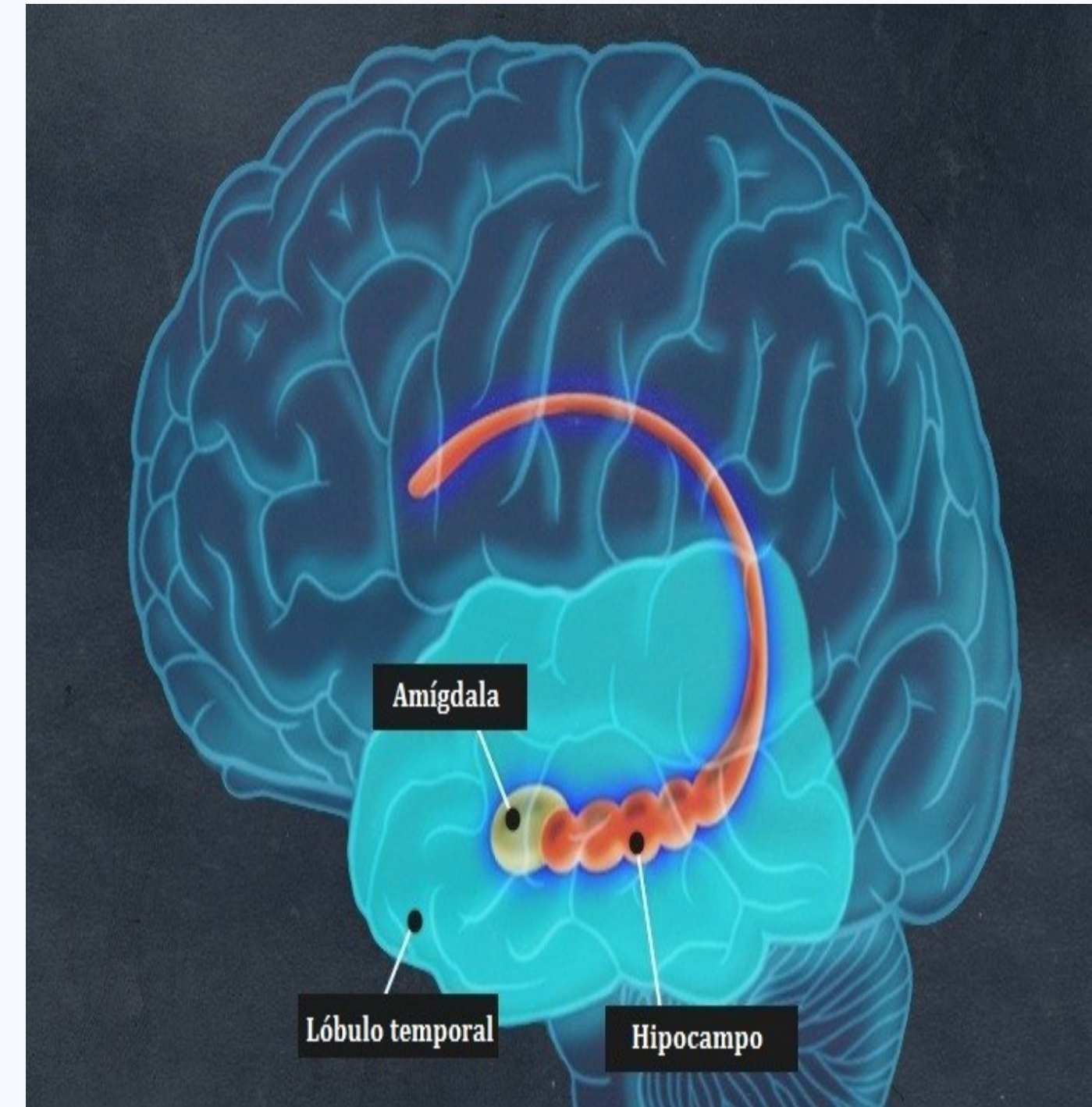
HIPOTÁLAMO



El hipotálamo es una de las estructuras cerebrales con un papel más importante en la regulación de los estados de ánimo, de la temperatura corporal, del sueño, de los impulsos sexuales y del hambre y la sed.



LA AMÍGDALA



La relación de la amígdala con las emociones se ha centrado en el estudio del condicionamiento del miedo, a través del cual un estímulo emocionalmente neutro es capaz de producir reacciones emocionales por su asociación temporal con un estímulo adverso. Se ha constatado que la amígdala es necesaria para el aprendizaje y expresión de este condicionamiento, y por tanto está implicada en el aprendizaje emocional.



HIPOCAMPO



El hipocampo está muy relacionado tanto con los procesos mentales relacionados con la [memoria](#) como con aquellos que tienen que ver con la producción y regulación de estados emocionales, además de intervenir en la navegación espacial, es decir, el modo en el que nos imaginamos el movimiento a través de un espacio concreto.



ÍNSULA

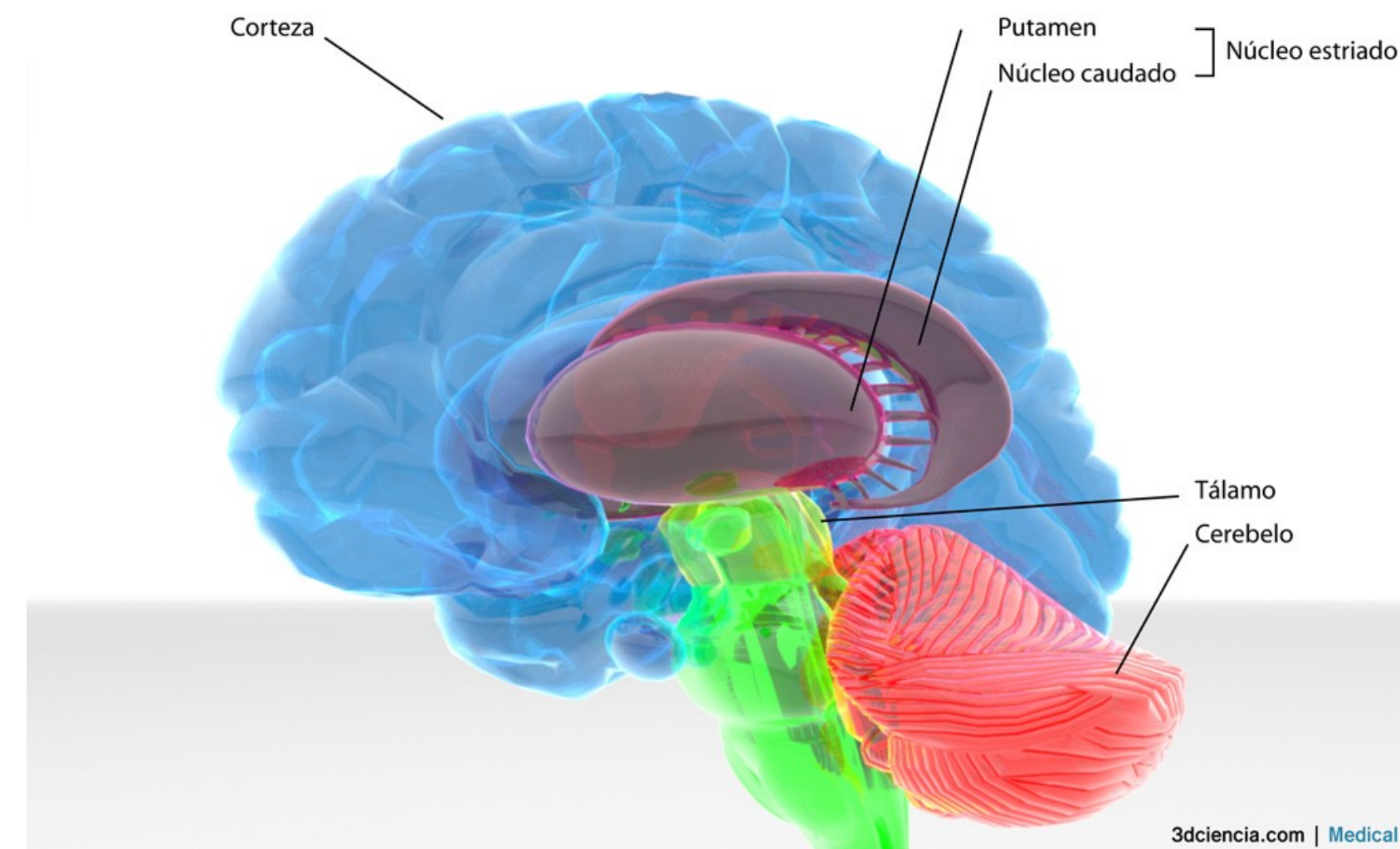
La región posterior de la ínsula se encuentra principalmente más inervada con las neuronas somatosensoriales, que son las que crean un "mapa" de las sensaciones de posición relacionadas con las distintas partes del cuerpo. con lo que la participación de esta región va a vincularse más con control de las vísceras y órganos internos.



La parte anterior de esta estructura cerebral presenta mayor vinculación con el sistema límbico, siendo su funcionalidad más orientada a la integración emocional de las experiencias y percepciones como una sensación unitaria y global.



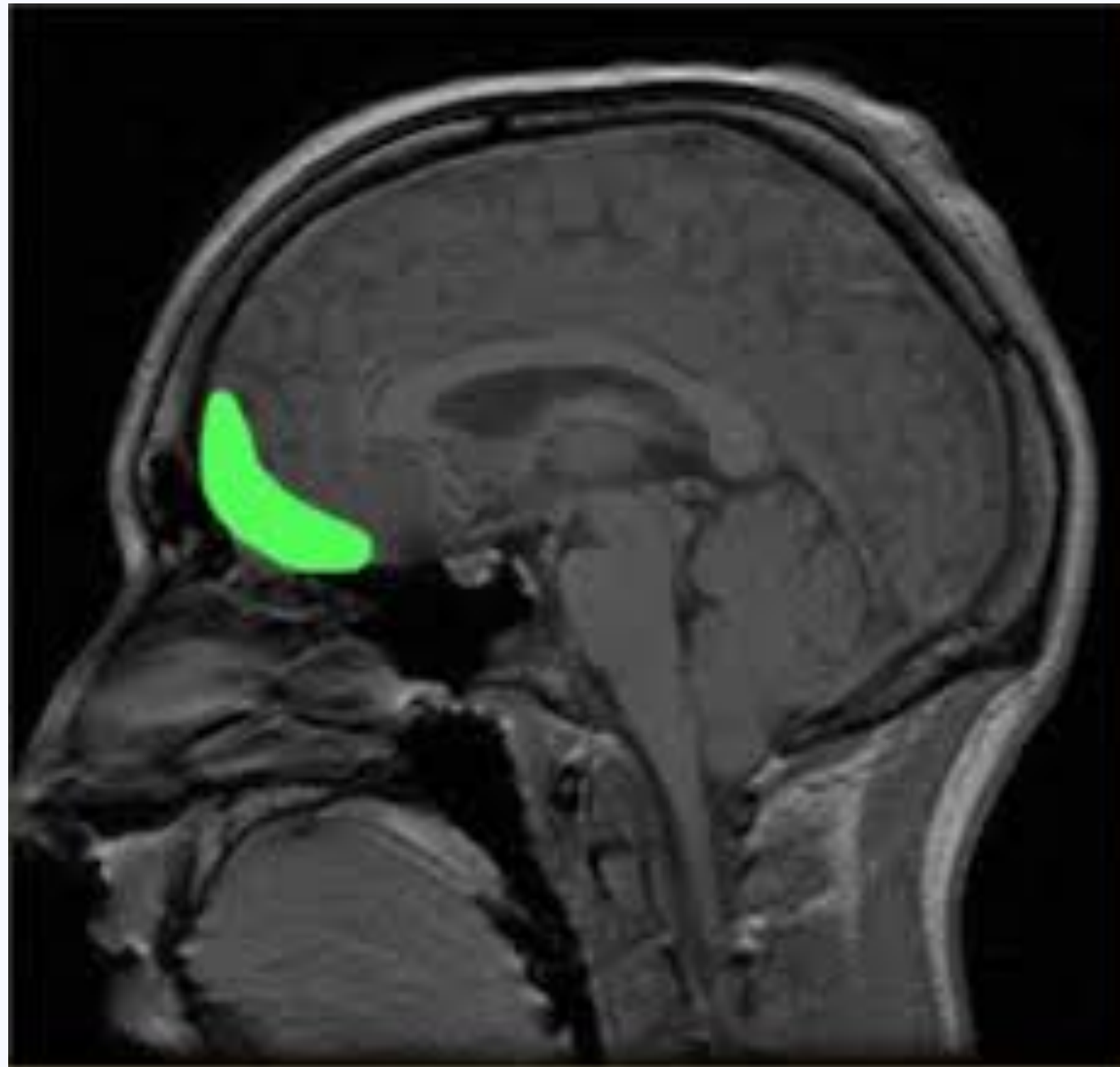
TÁLAMO



El tálamo es el principal centro de relación entre la médula y el [cerebro](#), (consciente e inconsciente). En él terminan todas las vías sensitivas importantes y con su mediación se produce la respuesta emocional a las [sensaciones](#).



CÓRTEX ORBITO-FRONTAL



Se ha podido observar, por ejemplo, que es **en esta estructura donde se localiza nuestra motivación a la hora de tomar la iniciativa en una conducta o en una acción determinada.**

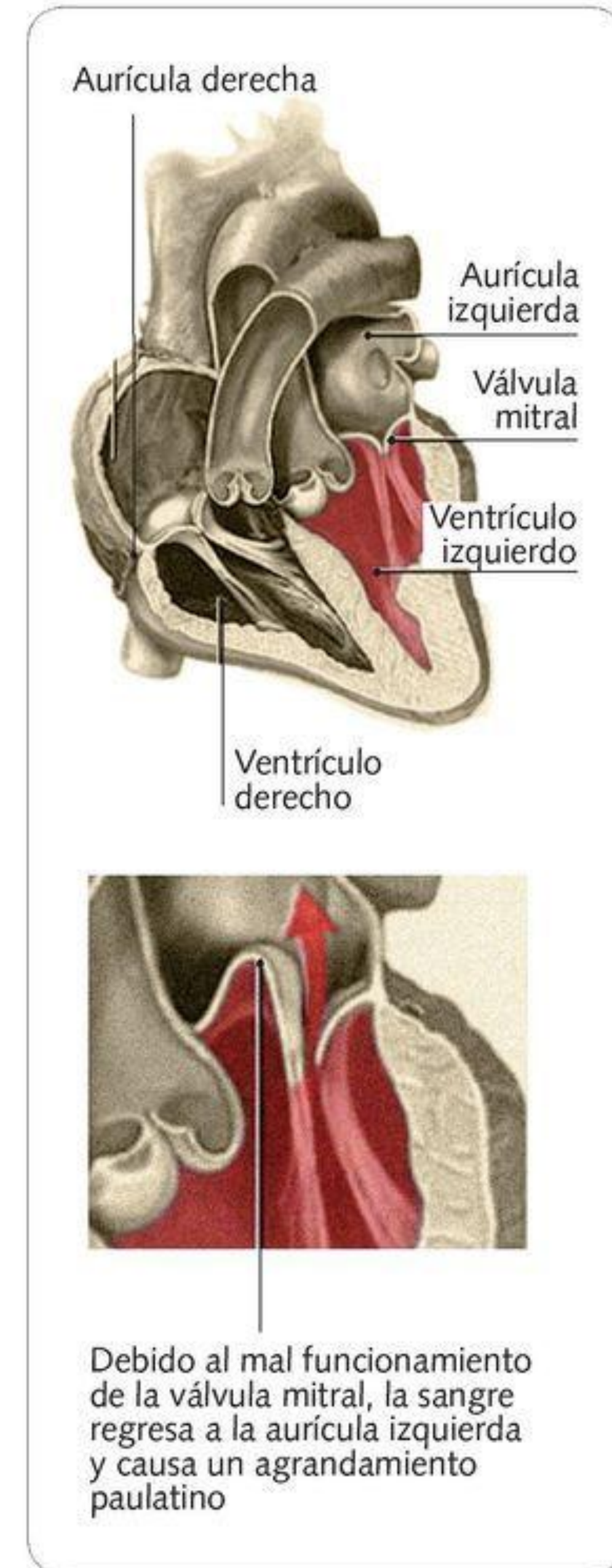
Aquellas personas con una lesión en la corteza orbitofrontal podrían mostrar un cuadro de gran apatía, de inhibición o incluso de mutismo a la hora de tomar una decisión.

Aún más, un hecho llamativo es que en caso de dar el paso y iniciar algún tipo de acción en base a un problema, serán incapaces de valorar qué opción es la menos arriesgada, la más prudente y ajustada a lo que espera su contexto social más próximo. Es común de hecho que opten por opciones que les devuelven al mismo punto de partida, al mismo problema.

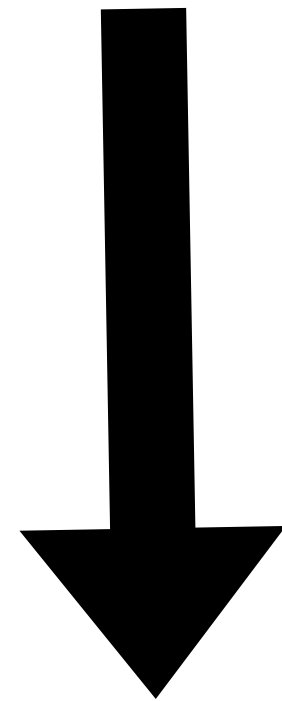


El cerebro como centro generador de las crisis de ansiedad

Según esta teoría, para que se produzca una crisis de pánico espontánea debe intervenir un mecanismo nervioso central de alarma, relacionado recientemente con los mecanismos de regulación respiratoria; siguiendo esta hipótesis, habría un mecanismo fisiológico para monitorizar el estado respiratorio, el cual inter-pretaría erróneamente una situación de asfixia, de forma que se produciría un distrés respiratorio agudo, generador a su vez, de hiperventilación, pánico y necesidad de huida. Esta falsa alarma de asfixia iría ligada a una hipersensibilidad de los quimiorreceptores medulares al dióxido de carbono

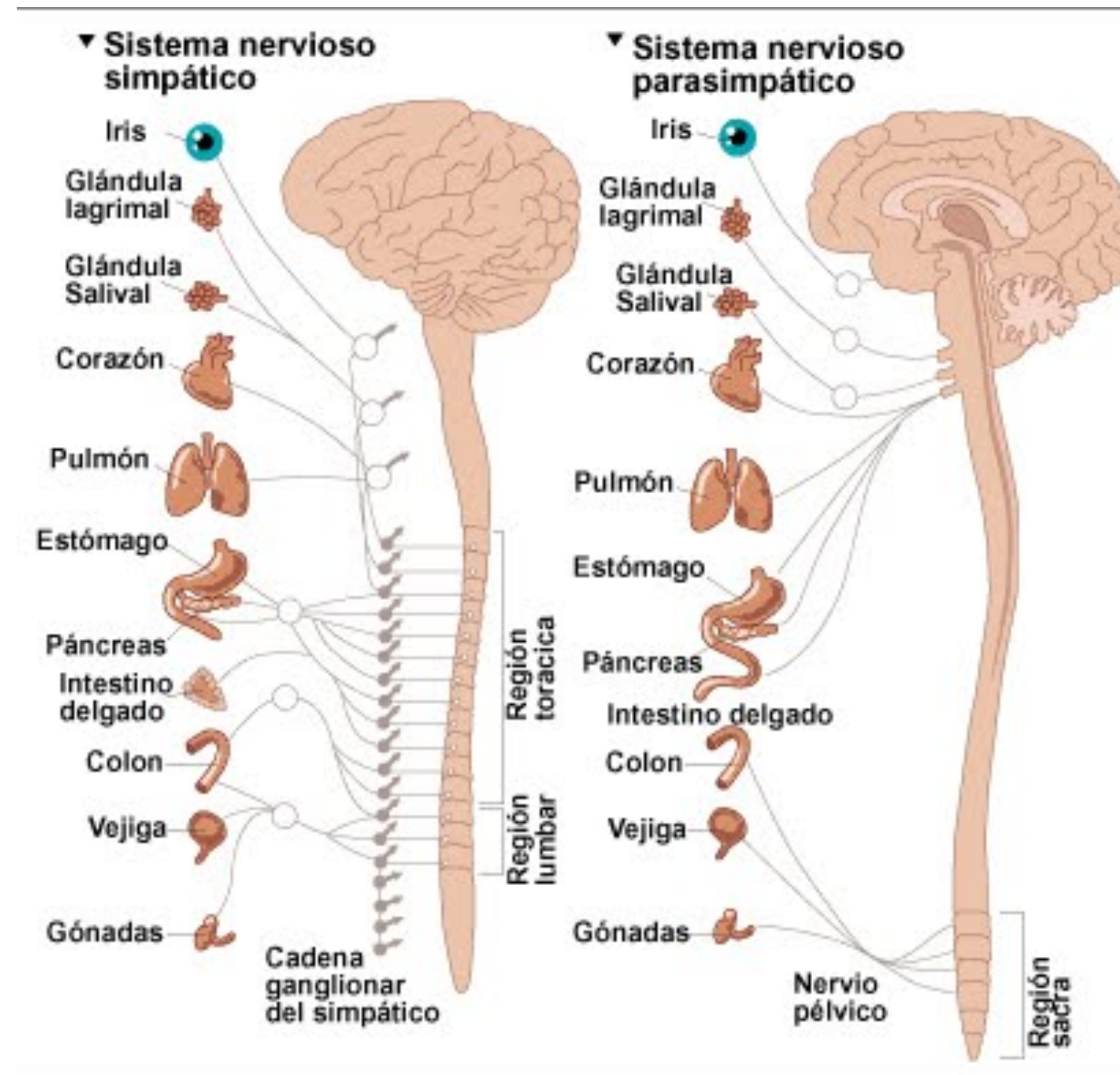


EXTERNALIZANTES

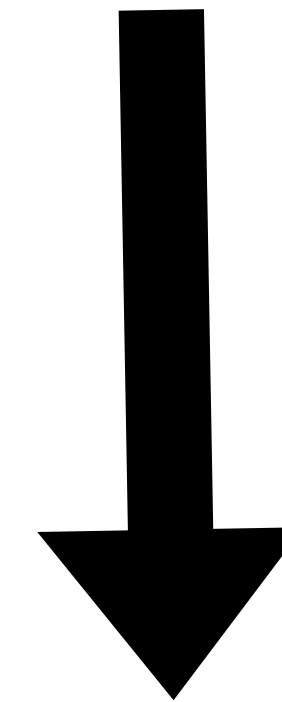


AGRESIÓN

SÍNTOMAS POSITIVOS



INTERNALIZANTES



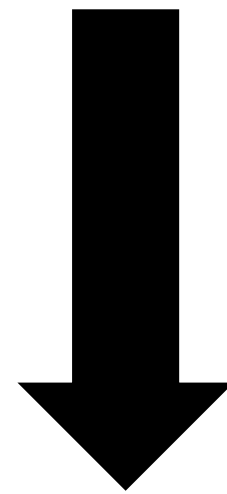
DISOCIACIÓN

SÍNTOMAS NEGATIVOS



TEORIA POLIVAGAL

SIMPÁTICO



**LUCHA
HUÍDA**

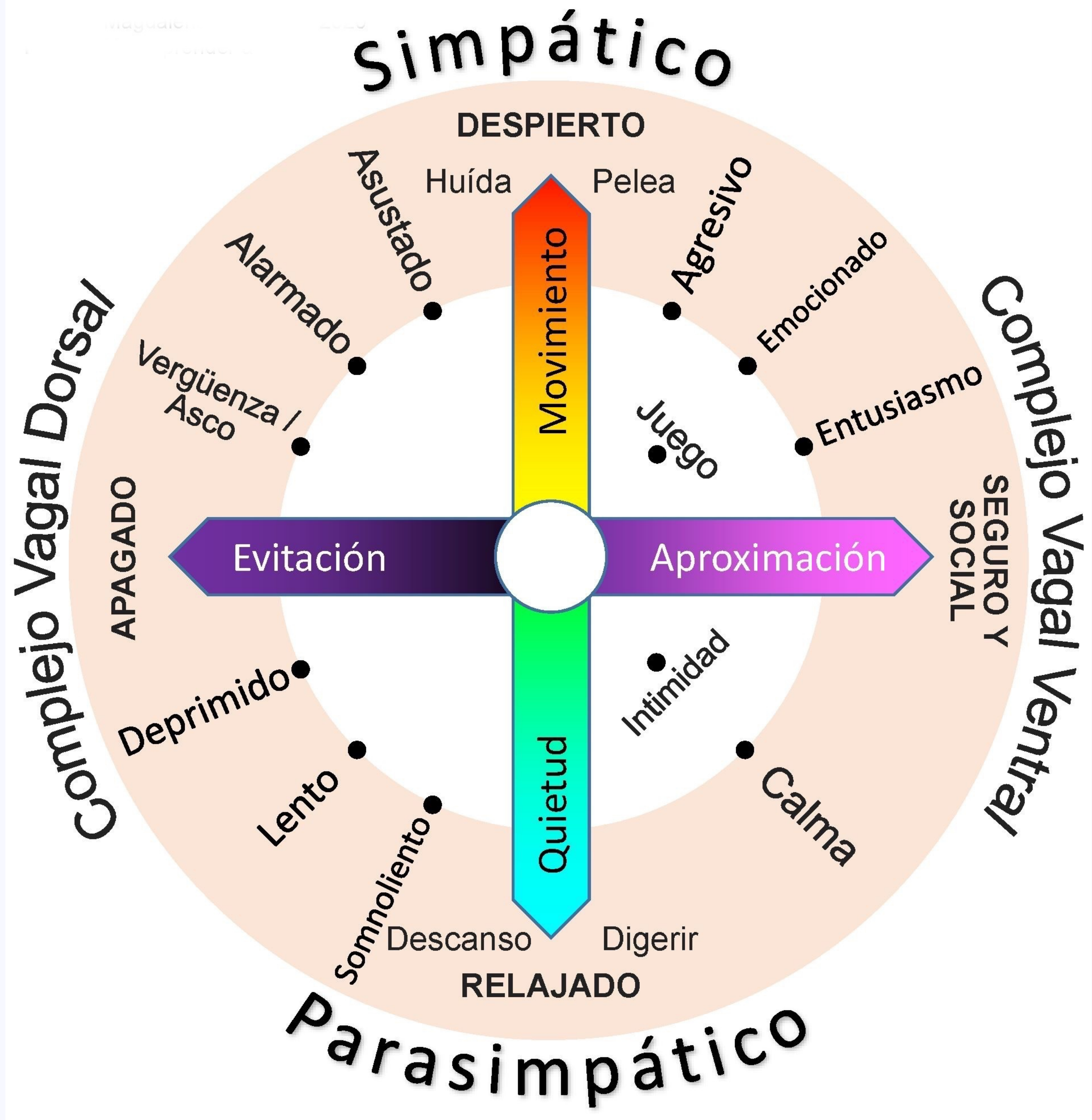
PARASIMPÁTICO



RAMA VENTRO VAGAL
Responsable de la
vinculación social
Es compartida por los
mamíferos

RAMA DORSO VAGAL
Responsable de la
inmovilización
Es compartida con los
reptiles

MAGDALENA
WEINSTEIN



Producción endocrina del miedo

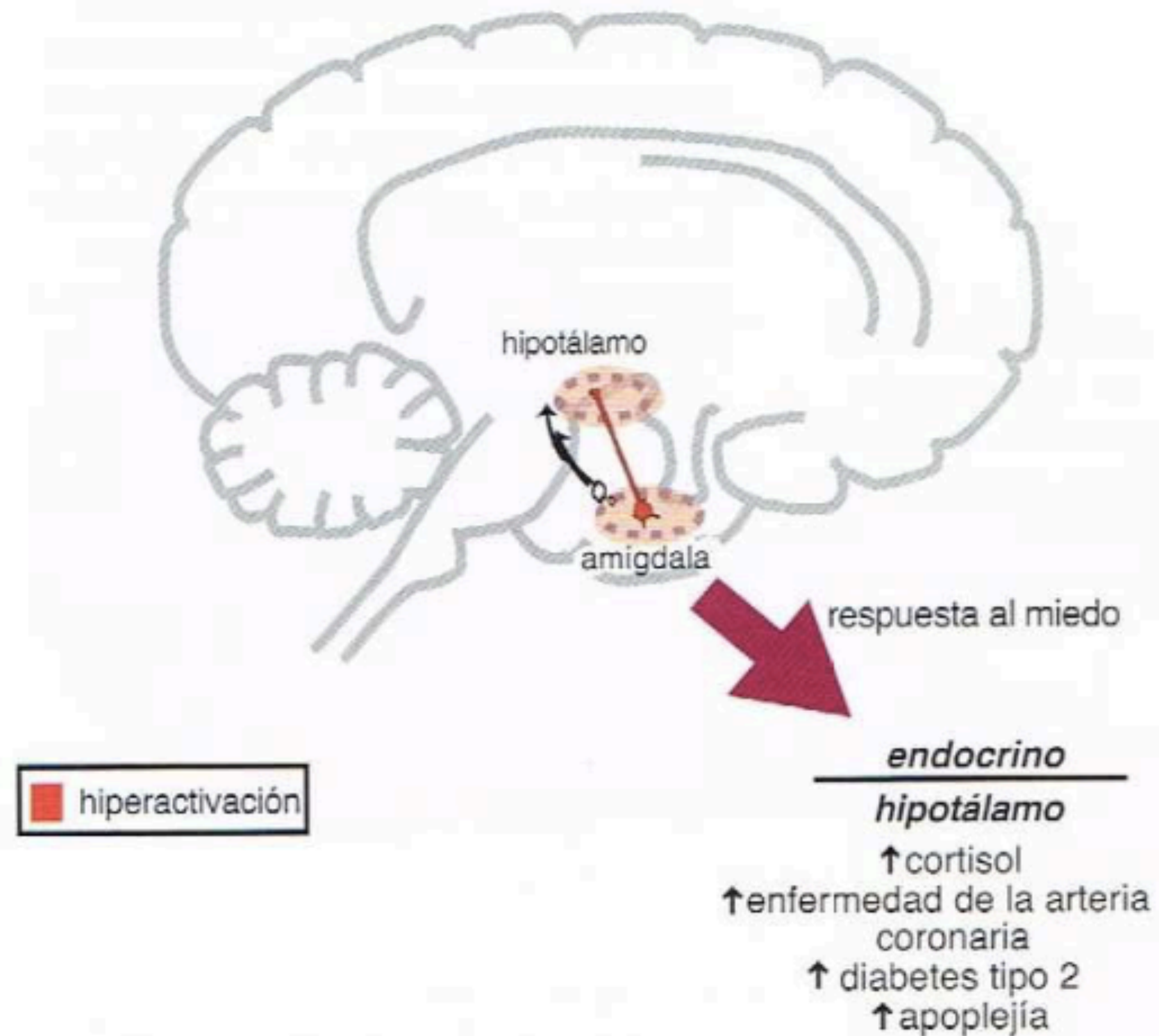


Figura 9-10. Producción endocrina del miedo. La respuesta de miedo puede caracterizarse, en parte, por efectos endocrinos tales como incrementos del cortisol, que ocurre por la activación por la amígdala del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Una activación prolongada del HPA y la liberación del cortisol pueden tener implicaciones significativas en la salud, tales como riesgo incrementado de daño arterial coronario, diabetes tipo 2 y apoplejía.

Producción respiratoria

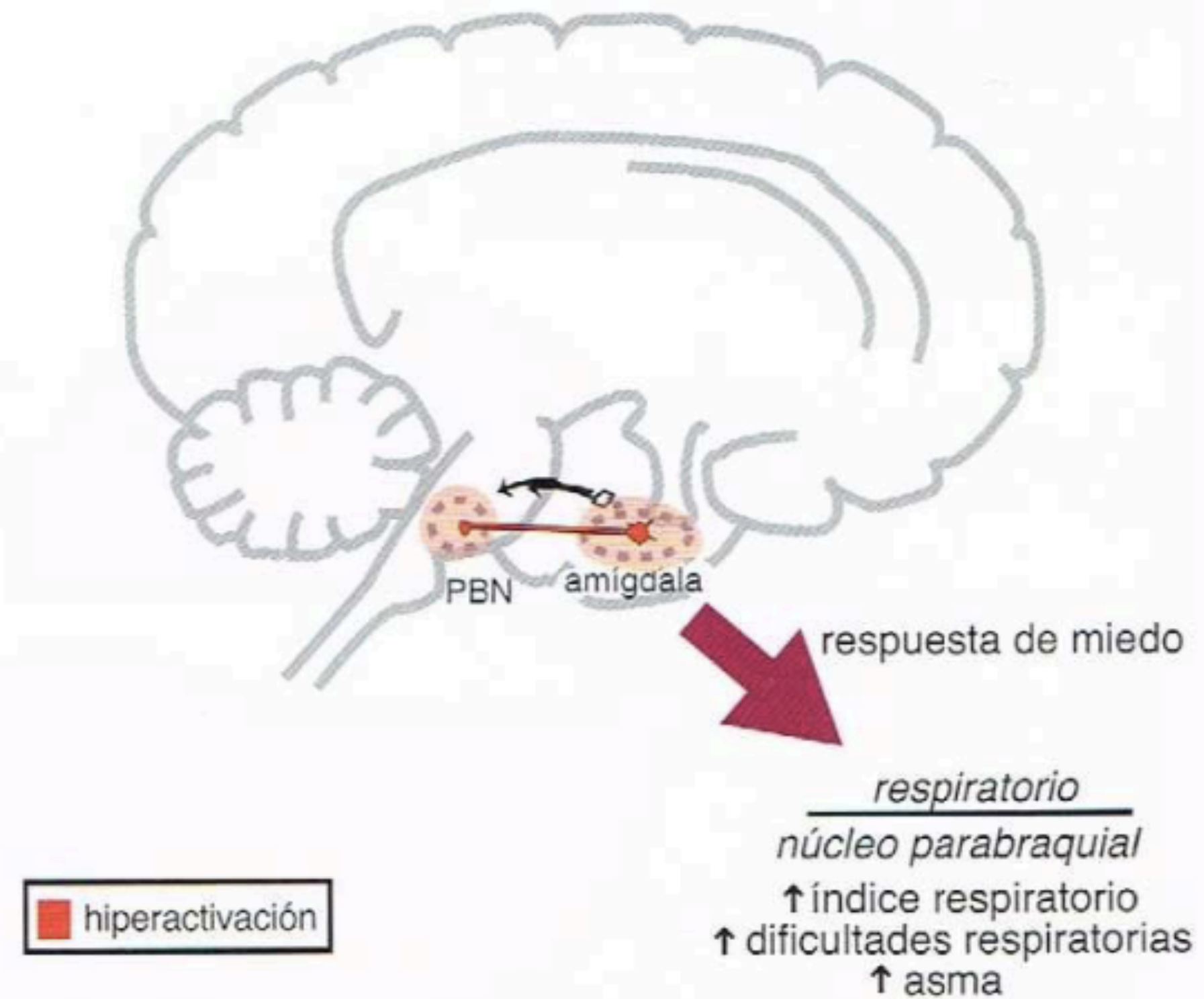


Figura 9-11. Producción respiratoria. Durante una respuesta de miedo pueden ocurrir cambios en la respiración; estos cambios están regulados por la activación del núcleo parabraquial (NPB) mediante la amígdala. Una activación inapropiada o excesiva del NPB puede llevar no solo a incrementos en el índice respiratorio, sino también a síntomas como dificultades respiratorias, exacerbación del asma, o sensación de asfixia.

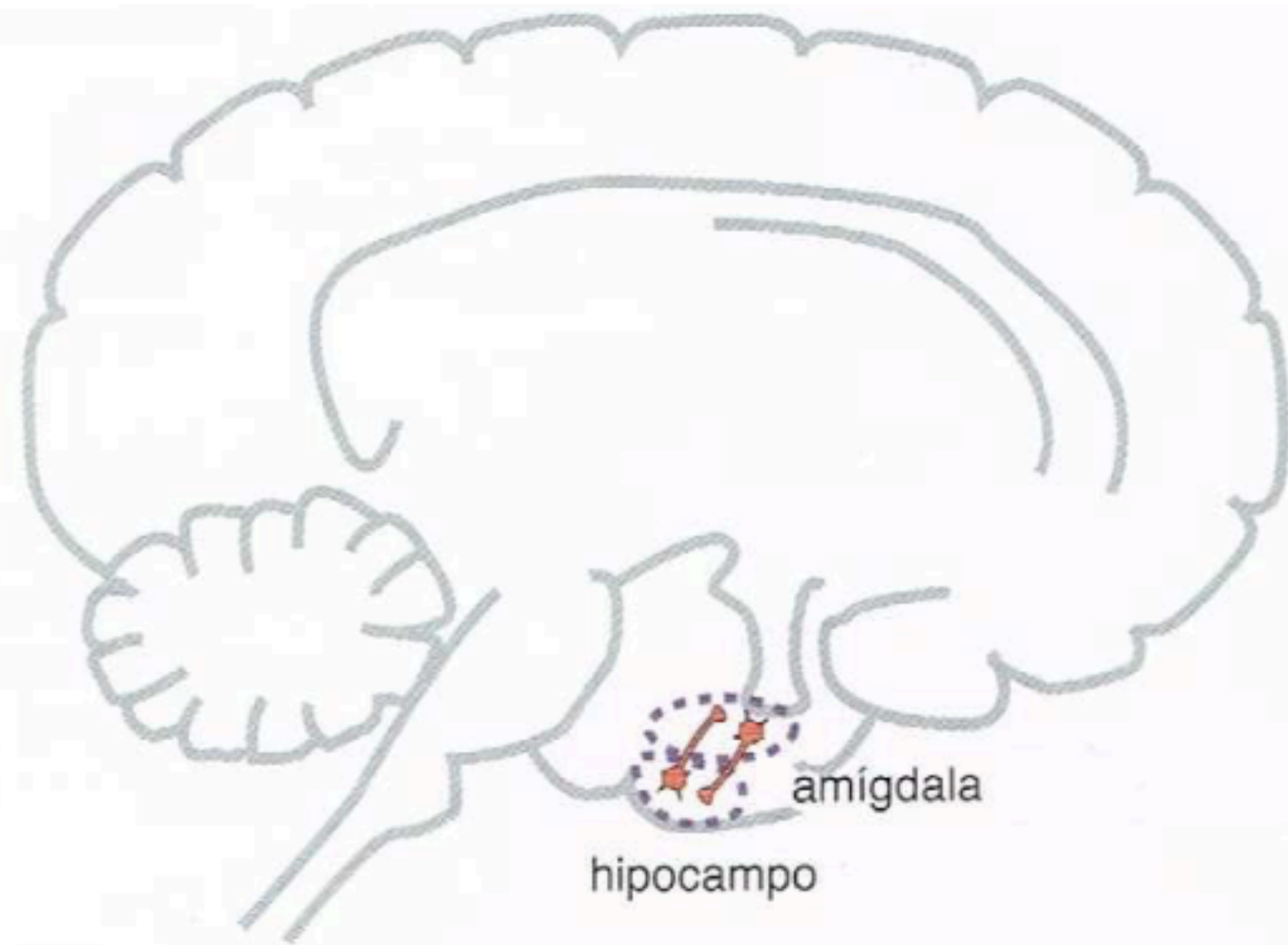


Figura 9-13. Hipocampo y reexperimentación. La ansiedad puede desencadenarse no solo por un estímulo externo sino también por la memoria individual. Las memorias traumáticas almacenadas en el hipocampo pueden activar la amígdala, provocando a la amígdala, de hecho, activar otras regiones cerebrales y generar una respuesta de miedo. Esto es llamado reexperimentación y es una característica particular del trastorno de estrés postraumático.

Producción autonómica del miedo

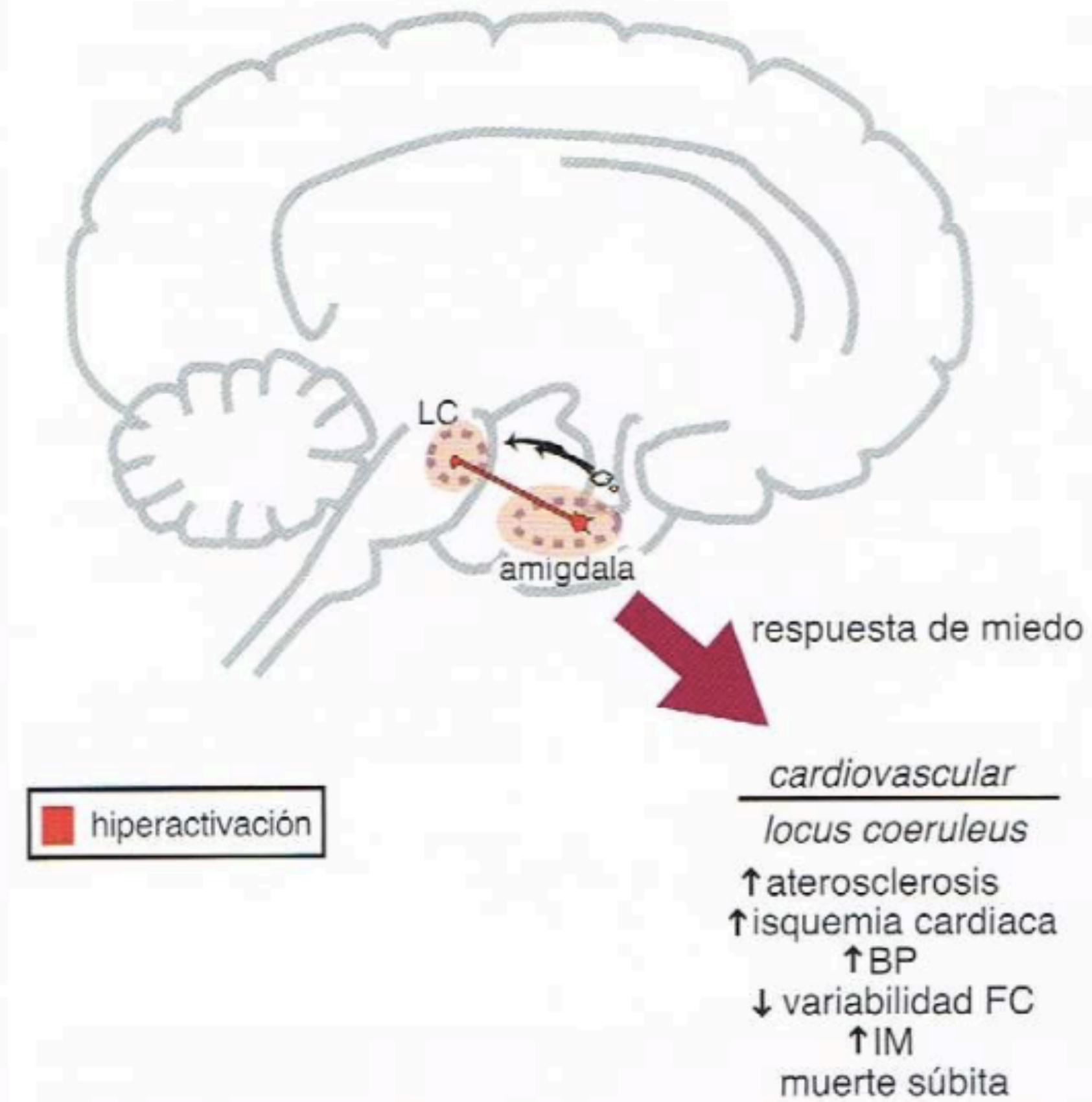
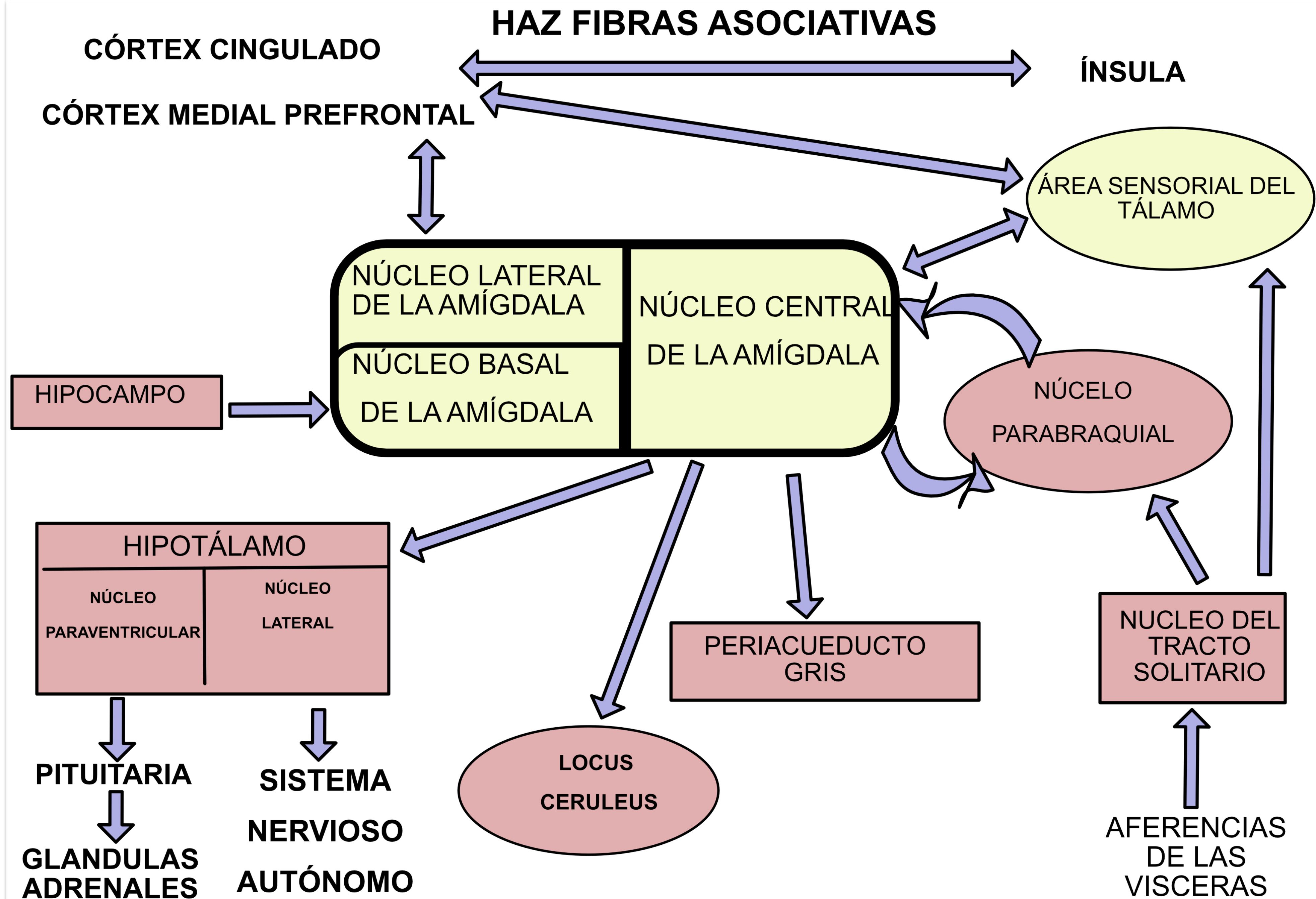


Figura 9-12. Respuesta autonómica del miedo. Las respuestas autonómicas están típicamente asociadas con sentimientos de miedo. Estas incluyen incrementos en la frecuencia cardíaca (FC) y en la tensión arterial (TA), las cuales se regulan por conexiones recíprocas entre la amígdala y el locus coeruleus (LC). Una activación prolongada de este circuito puede llevar a un incremento del riesgo de arteriosclerosis, isquemia cardíaca, cambios en la TA, variabilidad decreciente de la FC, infarto de miocardio (IM), o incluso muerte súbita.



Gorman y col. (2000) plantean la hipótesis de que el pánico se origina en una red de miedo anormalmente sensible, que incluye las proyecciones de corteza prefrontal, ínsula, tálamo, amígdala y amígdala en el tronco encefálico y el hipotálamo (Fig. 12.1). Se cree que el núcleo central de la amígdala es el centro de esta red. Las proyecciones amigdalares en varios sitios parecen coordinar las respuestas fisiológicas y conductuales al peligro, incluido el núcleo parabraquial (aumento de la frecuencia respiratoria), el hipotálamo (activación del sistema nervioso simpático, la liberación de corticosteroides), el locus coeruleus (liberación de noradrenalina, aumentos en presión arterial and heart rate), and periaqueductal gray region (defensive behaviors).



Manuel Hernández ©

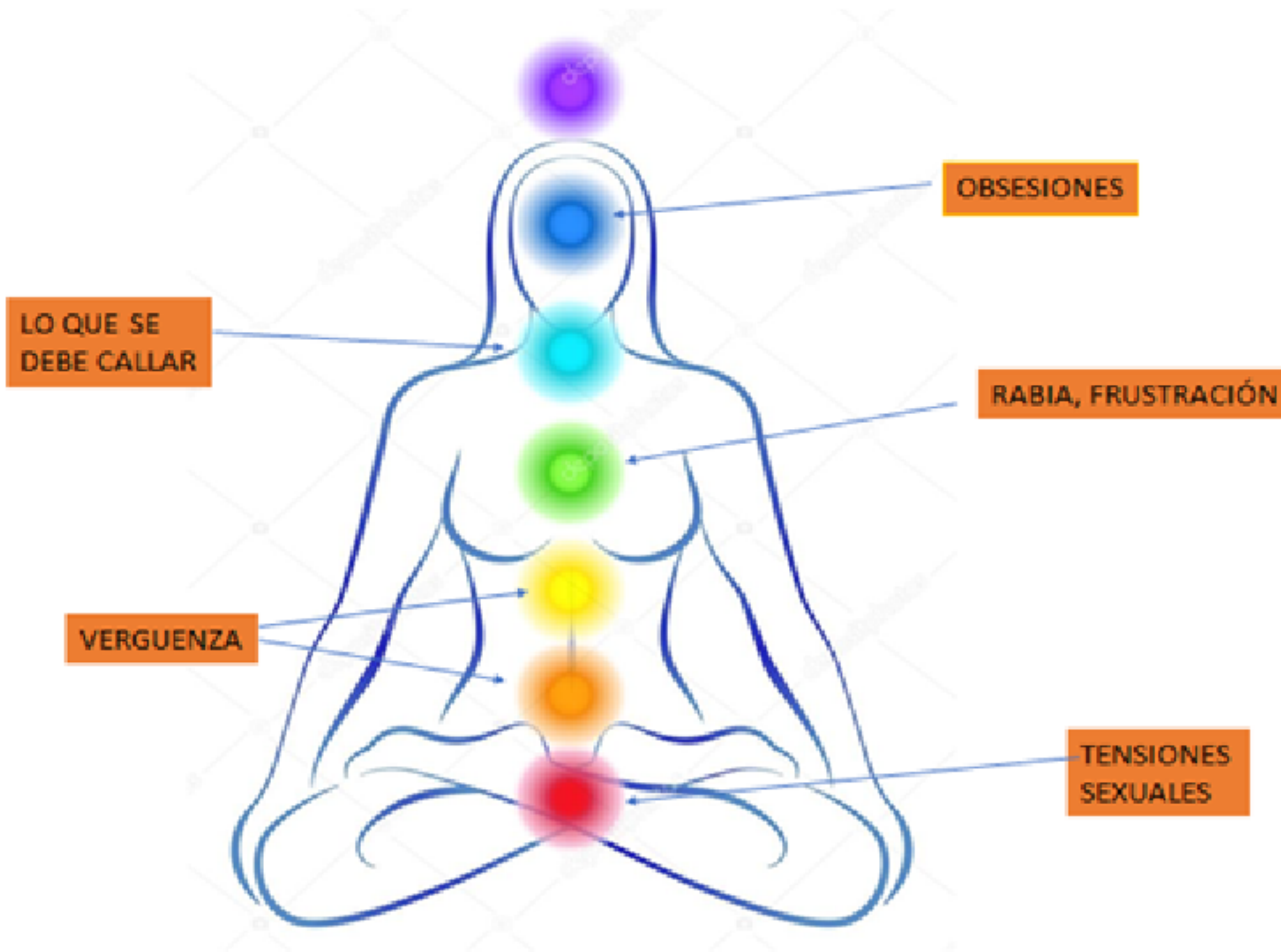
MAPAS CEREBRALES



DAMASIO HA CREADO LA FIGURA DE MAPAS CEREBRALES, QUE SERÍAN REDES NEURONALES CARACTERIZADAS POR DIFERENTES PATRONES DE SINCRONIZACIÓN NEURONAL (ELECTRICA) Y QUÍMICA. GRUPOS DE NEURONAS PUEDEN O REGIONES CEREBRALES PUEDEN DISPARARSE O PERMANECER INACTIVAS AL MISMO TIEMPO EN RESPUESTA A ESTÍMULOS EXTERNOS O INTERNOS. ESTAS COMBINACIONES DE NEURONAS (ACTIVÁNDOSE O DESACTIVÁNDOSE JUNTAS) CREARÁ PATRONES DE RESPUESTA ANTE DIFERENTES ESTÍMULOS SOMÁTICOS, CONDUCTUALES, EMOCIONALES O INTERPERSONALES. MIENTRAS MÁS PRONTO SE APRENDIERON Y MÁS VECES SE REPITAN MÁS POTENTES SERÁN.

DAMASIO DEFIENDE QUE LAS SEÑALES DE SENSACIONES SOMÁTICAS Y EMOCIONES QUEDAN GRABADAS EN FORMA DE IMÁGENES, CONSTITUYENDO EL SENTIDO DEL YO DEL INDIVIDUO.

DEFENSAS SOMÁTICAS



Los pacientes desarrollan miedo a las sensaciones somáticas asociadas con los ataques de pánico, considerados parte de la respuesta de alarma de lucha o huida del cuerpo. Las interpretaciones erróneas catastróficas de estas sensaciones incluyen el miedo a morir (por ejemplo, sufrir un ataque cardíaco o asfixiarse) y el miedo a perder el control o "volverse loco". Las sensaciones somáticas asociadas con los ataques de pánico llegan a servir como señales de peligro y pánico potencial a través del condicionamiento clásico. Por lo tanto, el aumento de la ansiedad conduce a un mayor miedo a las sensaciones somáticas, lo que lleva a un aumento de la ansiedad en un círculo vicioso. Los pacientes se vuelven vigilantes ante la presencia de estas sensaciones, lo que aumenta la probabilidad de que las sensaciones somáticas experimentadas desencadenen el ciclo creciente y los ataques de pánico. Estas reacciones de pánico pueden desencadenarse directamente por sensaciones somáticas, que no requieren la presencia de cogniciones catastróficas. Además de la sensación somática, las señales también pueden asociarse con situaciones particulares.



Cuando hiperventilamos, el equilibrio entre el O₂ y el CO₂ se rompe, es decir, los niveles de O₂ se incrementan y los de CO₂ disminuyen. El equilibrio existente entre estos dos gases en los pulmones influye directamente en las proporciones que existen de O₂ y CO₂ en sangre, de manera que las cantidades de CO₂ en sangre también disminuirán. Como consecuencia, básicamente, suceden dos cosas:

1. La disminución de CO₂ en la sangre es detectada por el cerebro, que de inmediato intentará poner remedio a esta situación. La mejor y más rápida manera de conseguirlo es reduciendo el impulso de respirar, de manera que se reduzcan considerablemente las cantidades de O₂ inspiradas y de CO₂ expiradas. Esto significa que mientras estemos hiperventilando, notaremos que nuestro cuerpo hace un esfuerzo para respirar mucho menos, parece que nuestro cuerpo se niega a respirar al mismo ritmo que veníamos teniendo. Lo más común es que intentemos hacer un esfuerzo consciente para intentar respirar más, lo que se traduce en que el desequilibrio entre O₂ y CO₂ que comentábamos anteriormente no vuelve a su estado normal, sino que se mantiene o incluso se agrava. Si esto sucede así, es posible que nuestro cerebro se esfuerce todavía más para hacernos respirar menos e incluso, si lo considera necesario, parar momentáneamente nuestra respiración para equilibrar el intercambio de O₂ y CO₂. Cuando nos sucede esto es muy normal que nos asustemos, especialmente si no sabemos por qué ocurre. Mientras hiperventilamos, es decir, mientras respiramos por encima de nuestras necesidades, notamos que nuestro cuerpo reacciona dificultándonos la respiración de tal manera, que lo más sencillo es pensar que nos estamos ahogando. Hay que destacar que este fenómeno no es en absoluto peligroso, aunque puede vivirse como algo bastante desagradable.
2. Los descensos del nivel de CO₂ en sangre, producen otro fenómeno en nuestro organismo: una alteración del pH de nuestra sangre.

Un correcto equilibrio de estos dos gases en la sangre hace que su pH se mantenga a un nivel constante adecuado para que pueda realizar sus funciones de una manera óptima. Si este equilibrio se rompe, la sangre se vuelve alcalina.



La alcalosis respiratoria se debe a una ventilación excesiva de los pulmones. Se produce también cuando una persona asciende a altitudes elevadas. El bajo contenido de oxígeno del aire estimula la respiración, lo que hace que se pierda demasiado **CO₂** y aparezca una alcalosis respiratoria leve. El riñón trata de compensar esa alcalosis con un aumento en la reabsorción de ácido carbónico.



SÍNTOMAS DEL ATAQUE DE PÁNICO

X

Las personas con trastorno de pánico tienen por lo menos 4 de los siguientes síntomas durante un ataque:

- Molestia o dolor torácico
- Mareo o sensación de desmayo
- Miedo a morir
- Miedo a perder el control o de muerte inminente
- Sensación de asfixia
- Sentimientos de separación
- Sentimientos de irrealidad
- Náuseas y malestar estomacal
- Entumecimiento u hormigueo en manos, pies o cara
- Palpitaciones, frecuencia cardíaca rápida o latidos cardíacos fuertes
- Sensación de dificultad para respirar o sofocación
- Sudoración, escalofrío o sofocos
- Temblor o estremecimiento

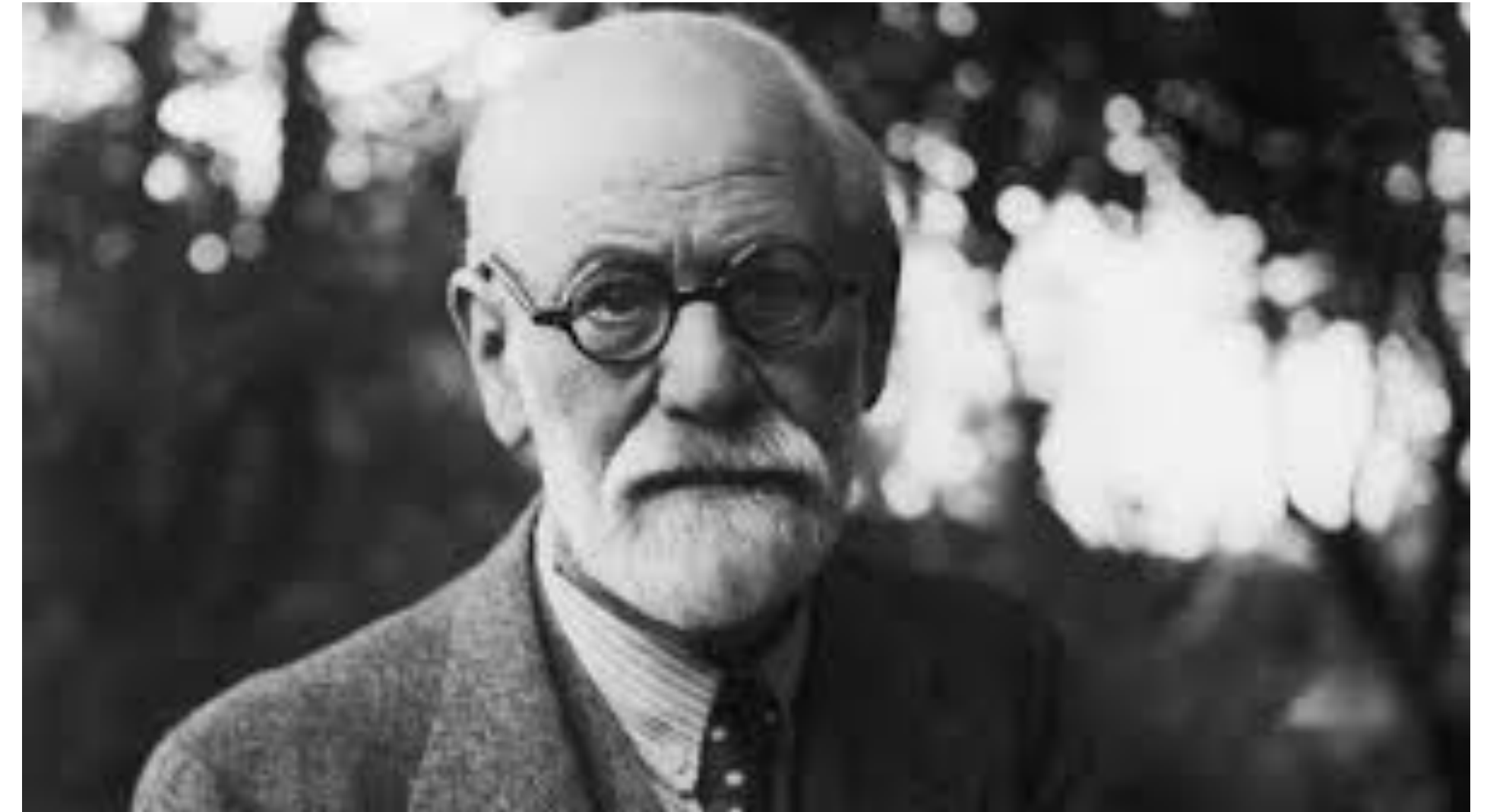
FUENTE: MEDINEPLUS

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

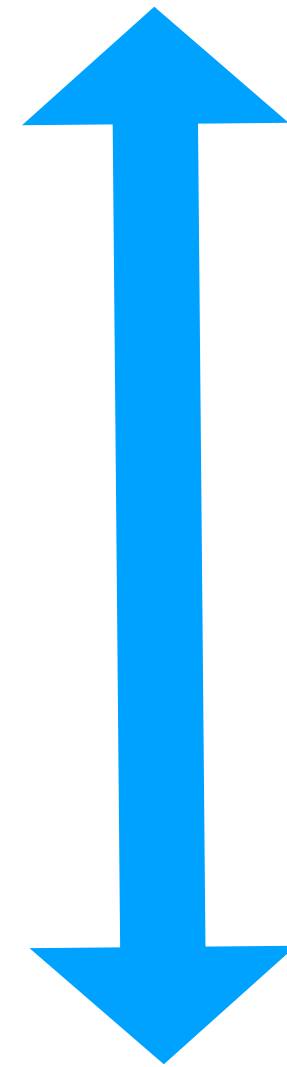
Manuel Hernández
GESTIÓN EMOCIONAL

En el caso de la agorafobia, etc., a menudo encontramos el recuerdo de un ataque de ansiedad; y lo que el paciente realmente teme es la ocurrencia de tal ataque en las condiciones especiales en las que cree que no puede escapar "

SIGMUND FREUD



CLAUSTROFOBÍA



AGORAFOBÍA

MODELO	EVIDENCIA
SEPARACIÓN DE FIGURAS DE APEGO	ESTUDIOS DE BOWLBY SOBRE APEGO
RESPUESTAS INSTINTIVAS DE PROTESTA, BÚSQUEDA DE AYUDA Y PÁNICO	ESTUDIOS DE PANKSEPP
ACTIVACIÓN FRECUENTE DE ESTOS CIRCUITOS HACEN QUE SE DEN DE FORMA ESPONTÁNEA	FENÓMENO DEL KINDLING
LOS ATAQUES DE PÁNICO LLEVAN A LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN	EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Sheehan y Sheehan (1983) describen la historia natural del trastorno de pánico de la siguiente manera: en la "etapa de síntomas subpánicos", el paciente experimenta algunos síntomas de pánico sin razón aparente. Más tarde, los primeros "ataques de pánico" ocurren con una serie de síntomas de ansiedad y un deseo de huir. En la siguiente etapa, el paciente se vuelve cada vez más hipocondríaco y se preocupa por la búsqueda de una causa (orgánica) de los ataques. La despersonalización y la desrealización son síntomas comunes en esta etapa. Posteriormente, se pueden desarrollar fobias simples y sociales por asociación de ataques de pánico y situaciones específicas (condicionamiento clásico). Esto puede progresar para que el paciente restrinja cada vez más su estilo de vida y se vuelva severamente discapacitado por agorafobia o polifobias. Como etapa final, puede ocurrir una depresión reactiva.



Las verdaderas tragedias no resultan del enfrentamiento entre un derecho y una injusticia. Surgen del choque entre dos derechos.

(Friedrich Hegel)

akifrases.com

Además, los síntomas físicos del pánico, así como muchos otros aspectos de la vida, son el resultado de "formaciones de compromiso" (Freud, 1895b) entre deseos inaceptables y defensas contra estos mismos deseos. Como se describe a continuación, los temores inconscientes de pérdida, separación y conflictos sobre la autonomía son elementos importantes que subyacen a los ataques de pánico. Las fantasías enojadas desencadenadas por fantasías de ser controlados por otros, o desprotegidos por sus seres queridos, representan una amenaza adicional al apego que puede desencadenar el pánico. Los ataques de pánico en parte representan expresiones parciales de estos deseos aliviando el peligro de separación, evitando expresiones conscientes de ira y expresando ira encubiertamente al obligar a otros a responder a quejas somáticas severas.

DISOCIACIÓN Y ATAQUES DE PÁNICO

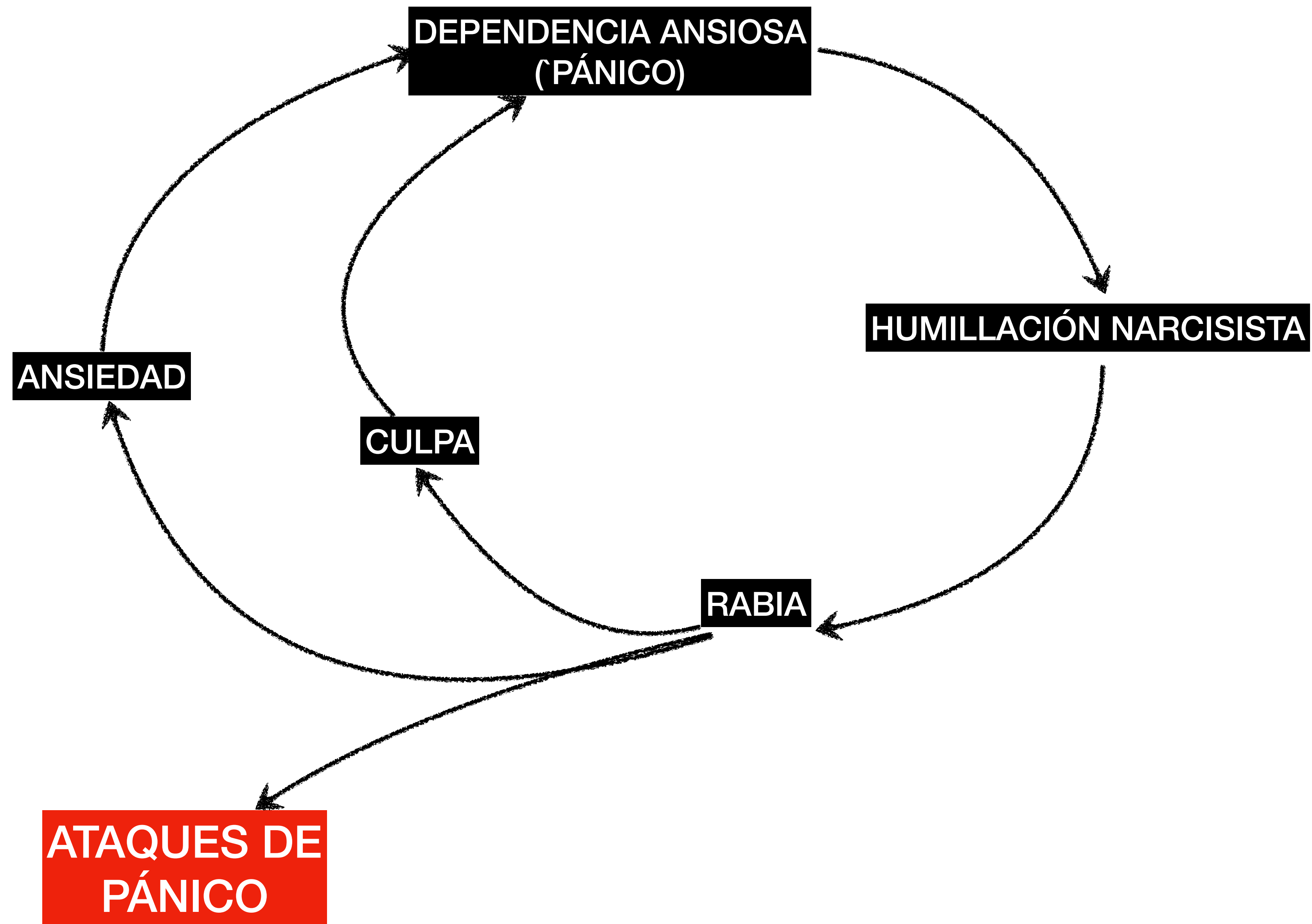
“... Se encuentra que los niños con trastornos de pánico, que tienen probabilidad de desarrollar pánico, tienen una alta tasa de inhibición del comportamiento. Los niños inhibidos”manifestaron largas latencias para interactuar cuando fueron expuestos a la novedad, se retiraron de lo desconocido y dejaron de jugar y vocalizar mientras se aferraban a sus madres”

Además, los niños con inhibición conductual demostraron tasas más altas de trastornos de ansiedad infantil informaron que el 75 por ciento de los niños con ansiedad por separación a los 21 meses tenían agorafobia a los 7 años, mientras que solo el 7 por ciento de los niños de 21 meses sin ansiedad por separación desarrollaron agorafobia.

La evidencia adicional de miedo en la vida temprana proviene de evaluaciones retrospectivas de pacientes con pánico. Esta predisposición lleva a las personas en riesgo a experimentar una sensación de dependencia temerosa de los padres para proporcionar una sensación de seguridad. Debido a que estos niños experimentan humillación narcisista debido a su temor, tienden a culpar de sus dificultades a los padres, quienes son percibidos como poco confiables. Alternativamente, tales individuos pueden desarrollar una dependencia temerosa a través de experiencias traumáticas o aterradoras reales en la infancia. Se ha encontrado que los pacientes con pánico en observaciones clínicas y evaluaciones sistemáticas perciben a sus padres como controladores, sobreprotectores, temperamentales y atemorizantes.

NATURE AND TREATMENT OF PANIC DISORDER

Fredric N. Busch¹ and Barbara L. Milrod



PÉRDIDAS ANTES DE LA OCURRENCIA DEL ATAQUE DE PÁNICO

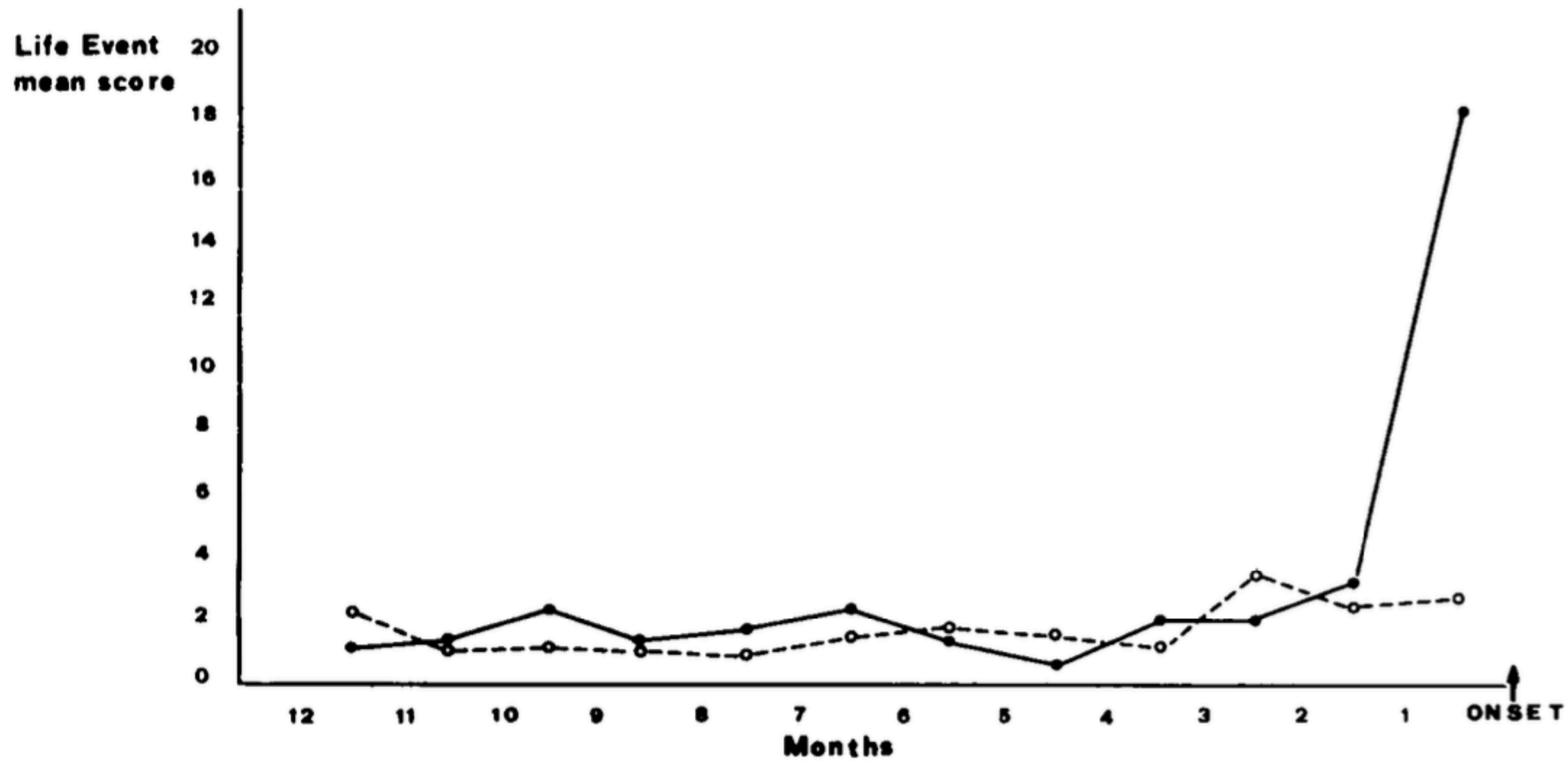
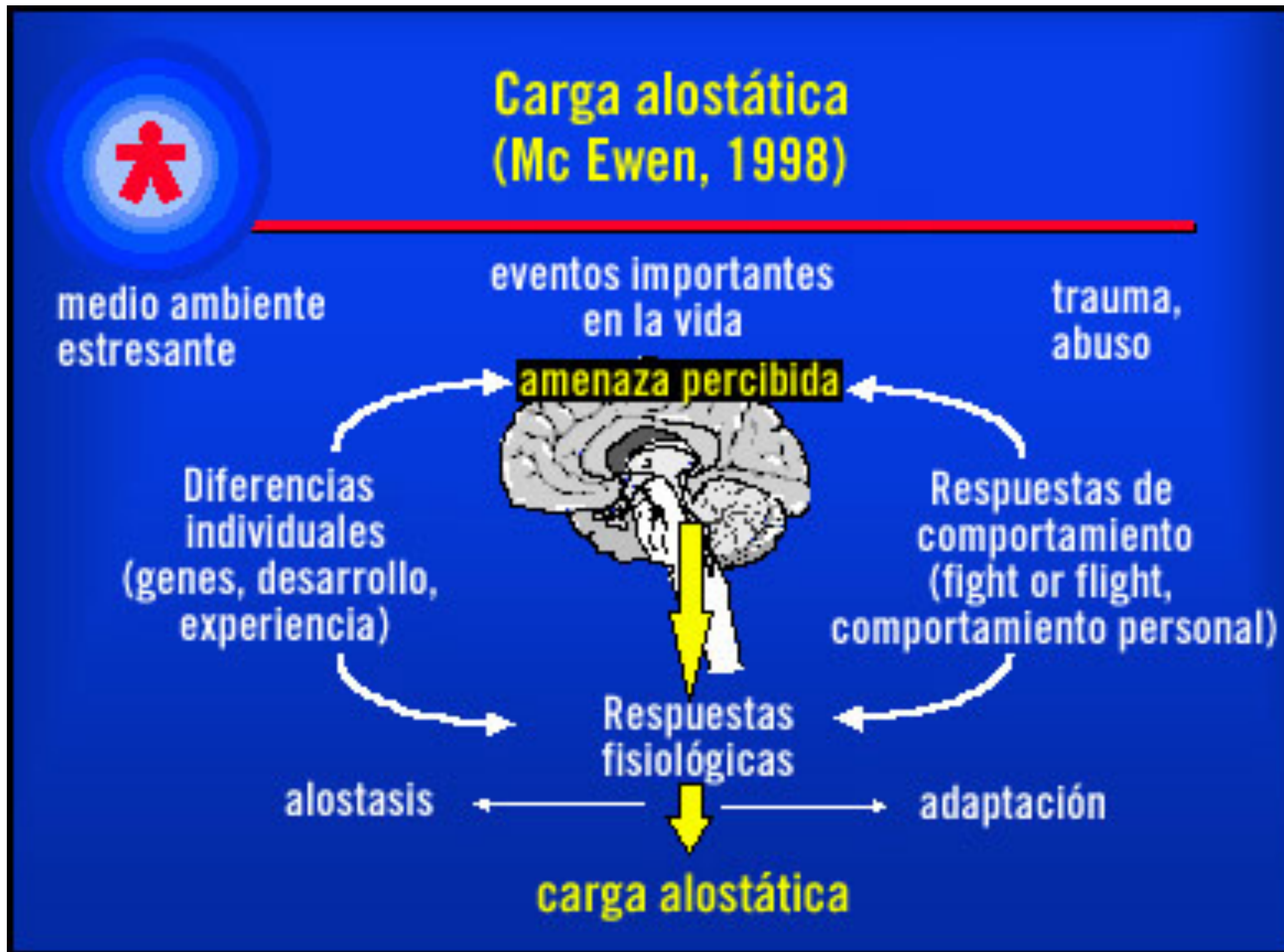


Fig. 1. Course of life events (mean monthly scores of the weighted events) during the 12 months preceding the first panic attack.
 ●—●, panic disorder; ○- - - -○, controls.





TRATAMIENTO

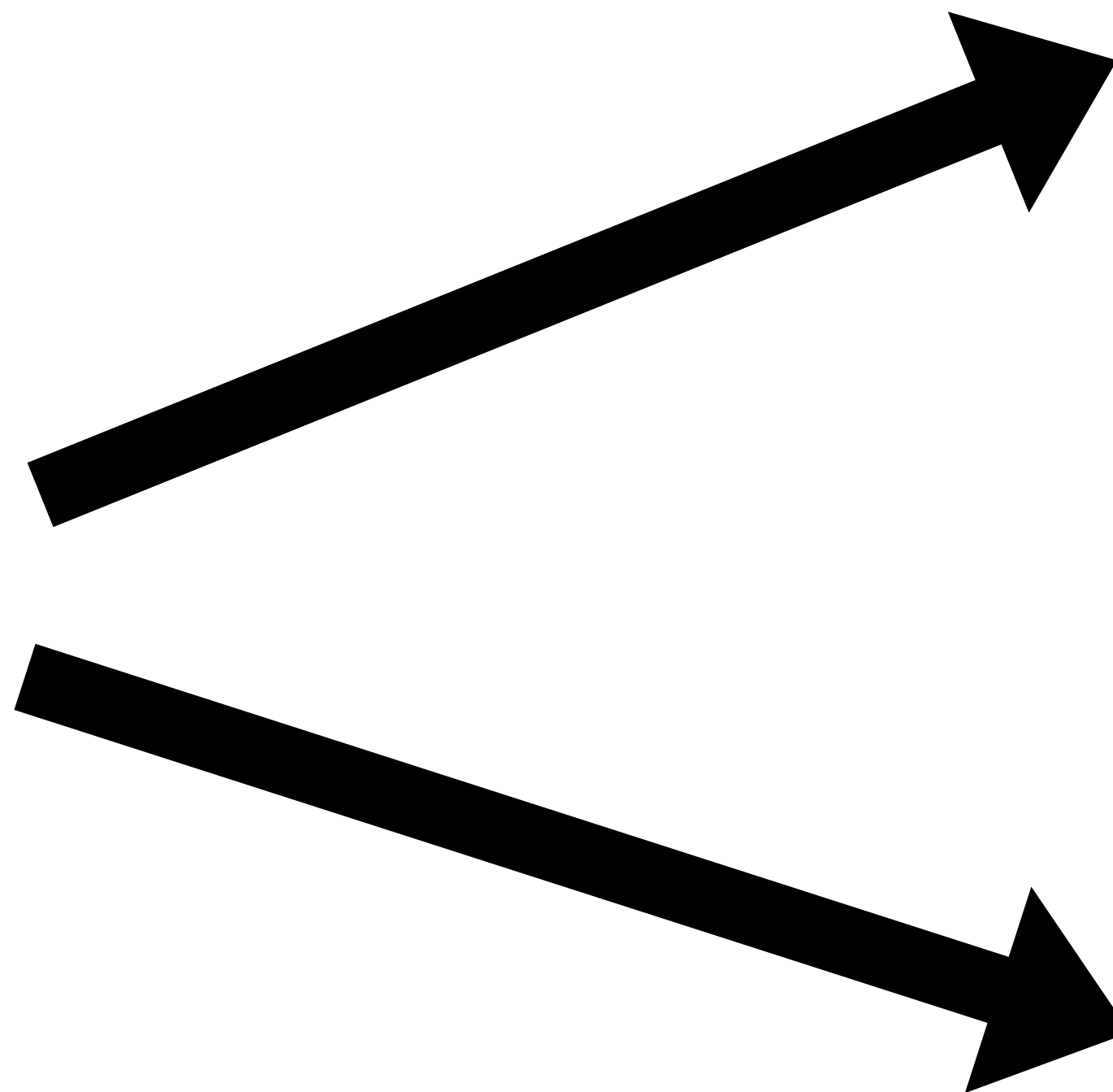
DISOCIACIÓN Y ALGO MÁS....

**UNA EMOCIÓN
NEGATIVA SOLO
PUEDE
CURARSE CON LA
CONTRARIA DE LA
QUE LA CREO**

BARUCH SPINOZA



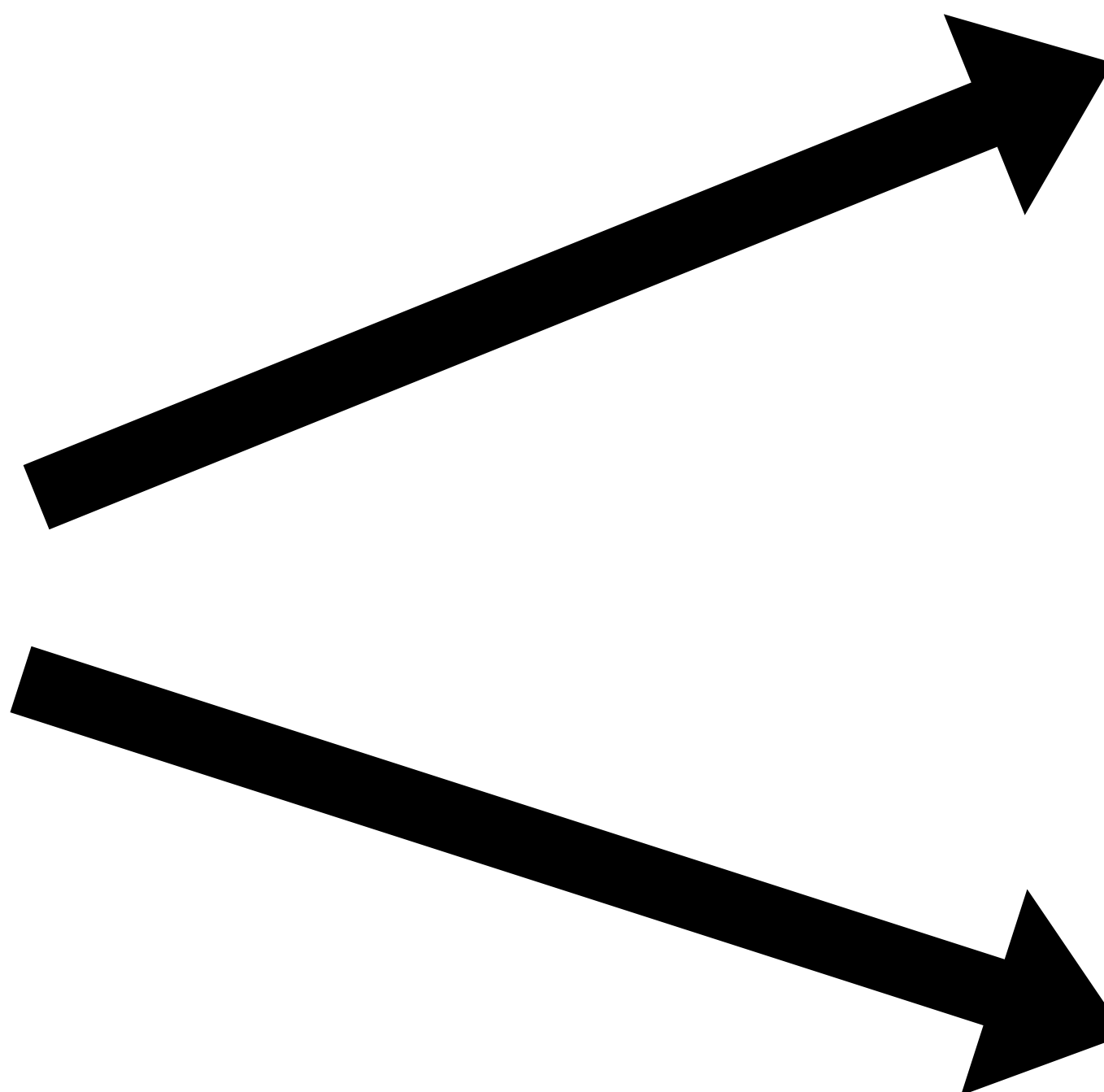
TRASTORNO



**TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA**

ATAQUE DE PÁNICO

TRATAMIENTOS



COGNITIVO – CONDUCTUAL

PSICODINÁMICO

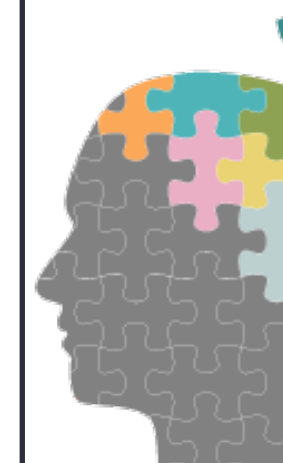
SELF CONSCIENTE

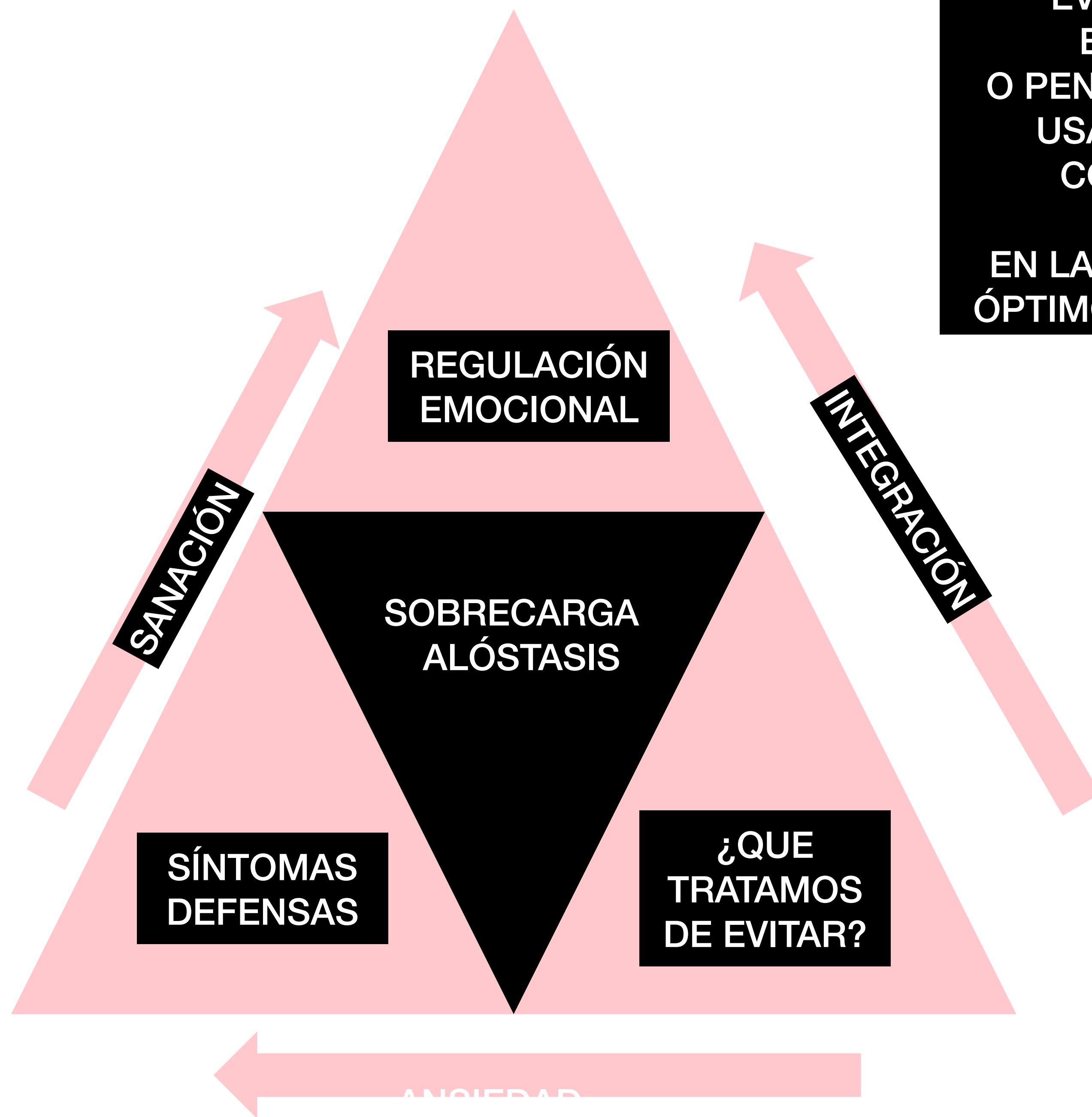
DEBO DEJAR A MI PAREJA PORQUE ES TÓXICA,
PERO NO SÉ PORQUE NO PUEDO HACERLO

PARTES INCONSCIENTES O EMOCIONALES

MI PAREJA ME MALTRATA. TENGO DERECHO A CUIDARME

TENGO MIEDO DE ESTAR SOLA Y QUE NADIE ME QUIERA





LAS PERSONAS TRATAN DE EVITAR ALGO (SENSACIONES, EMOCIONES, CONDUCTAS O PENSAMIENTOS. PARA LOGRARLO USAN A SU VEZ SENSACIONES, CONDUCTAS, EMOCIONES O PENSAMIENTOS. EN LA PARTE SUPERIOR ESTARÍA LO ÓPTIMO, EN LA BASE LO PATOLÓGICO



DEFENSAS OBSESIVAS

58



LAS DEFENSAS OBSESIVAS SON AQUELLAS EN LA QUE EL PENSAMIENTO SE REPITE CONSTANTEMENTE EN ALGO DIFERENTE A LO QUE PREOCUPA REALMENTE AL PACIENTE.

LA PARTE CONSCIENTE ESTÁ EN EL PENSAMIENTO MIENTRAS LA PARTE DISOCIADA INCONSCIENTE ESTÁ EN EL MIEDO O LA RABIA, LA CULPA O LA VERGÜENZA.

ESTOS PACIENTES USAN LA OBSESIÓN COMO FORMA DE EVITAR LAS EMOCIONES Y SENSACIONES.

ESTAS PUEDEN SER:

- MIEDO A PERDER EL CONTROL**
- CULPA RELACIONADO CON ALGO SEXUAL O DE RABIA**
- PARTES DISOCIADAS QUE ESTÁN EN CON EMOCIONES OPUESTAS.**





DEFENSAS IMPULSIVAS

LAS DEFENSAS IMPULSIVAS SON AQUELLAS QUE ESTÁN CENTRADAS EN EL IMPULSO, TIENDEN A LA EVITACIÓN, MEDIANTE CONDUCTAS QUE NO PUEDEN CONTROLAR.

ESTAS CONDUCTAS SUELEN SER DE TIPO ADICTIVO, COMO LA COMIDA, EL JUEGO, DROGAS, OTRA PERSONA....

EL IMPULSO SE SIENTE EN EL CUERPO COMO ANSIEDAD, EL SUJETO SE DA TODOS LOS ARGUMENTOS NECESARIOS PARA CONVENCERSE DE QUE NECESITA SATISFACER EL IMPULSO

ESTAS PARTES PUEDEN SER TANTO EGOSINTÓNICAS COMO EGODISTÓNICAS



DEFENSAS COMPULSIVAS

60

LAS DEFENSAS COMPULSIVAS ESTÁN CENTRADAS EN LA REPETICIÓN DE ACTOS COMO FORMA DE SENTIR SEGURIDAD Y PODER ALIVIAR LA ANSIEDAD.

ESTAS CONDUCTAS TERMINAN SIENDO ADICTIVAS, EL SUJETO SIENTE MUCHO MALESTAR SI NO PUEDE HACERLAS. SUELEN SER POSTERIORES A LAS IMPULSIVAS Y/O COMPULSIVAS.

LA NECESIDAD DE HACER LA COMPULSIÓN SE SIENTE EN EL CUERPO COMO ANSIEDAD, EL SUJETO SE DA TODOS LOS ARGUMENTOS NECESARIOS PARA CONVENCERSE DE QUE NECESITA REALIZAR EL ACTO PARA CALMARSE DEFINITIVAMENTE.

ESTAS PARTES SUELEN SER EGODISTÓNICAS

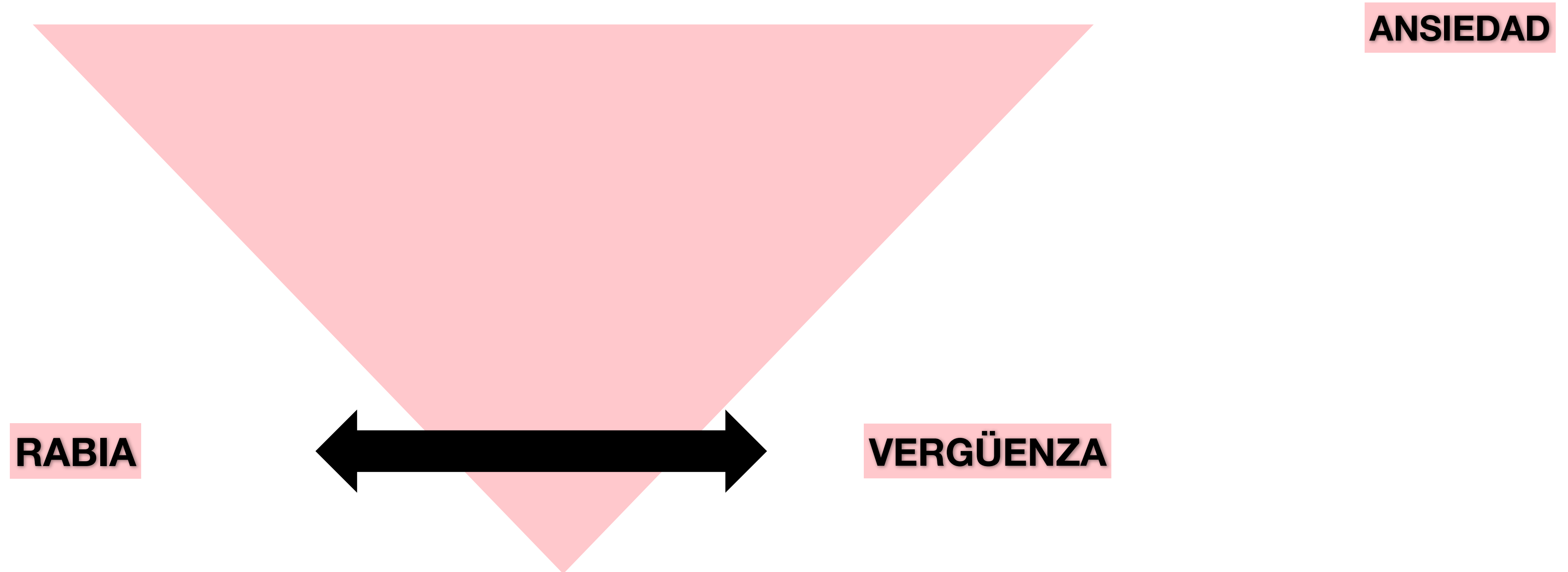




LA VERGÜENZA COMO DEFENSA

CUBRE OTRAS EMOCIONES
DEFIENDE DE LA CERCANIA EMOCIONAL
SIRVE PARA CASTIGARSE A UNO MISMO

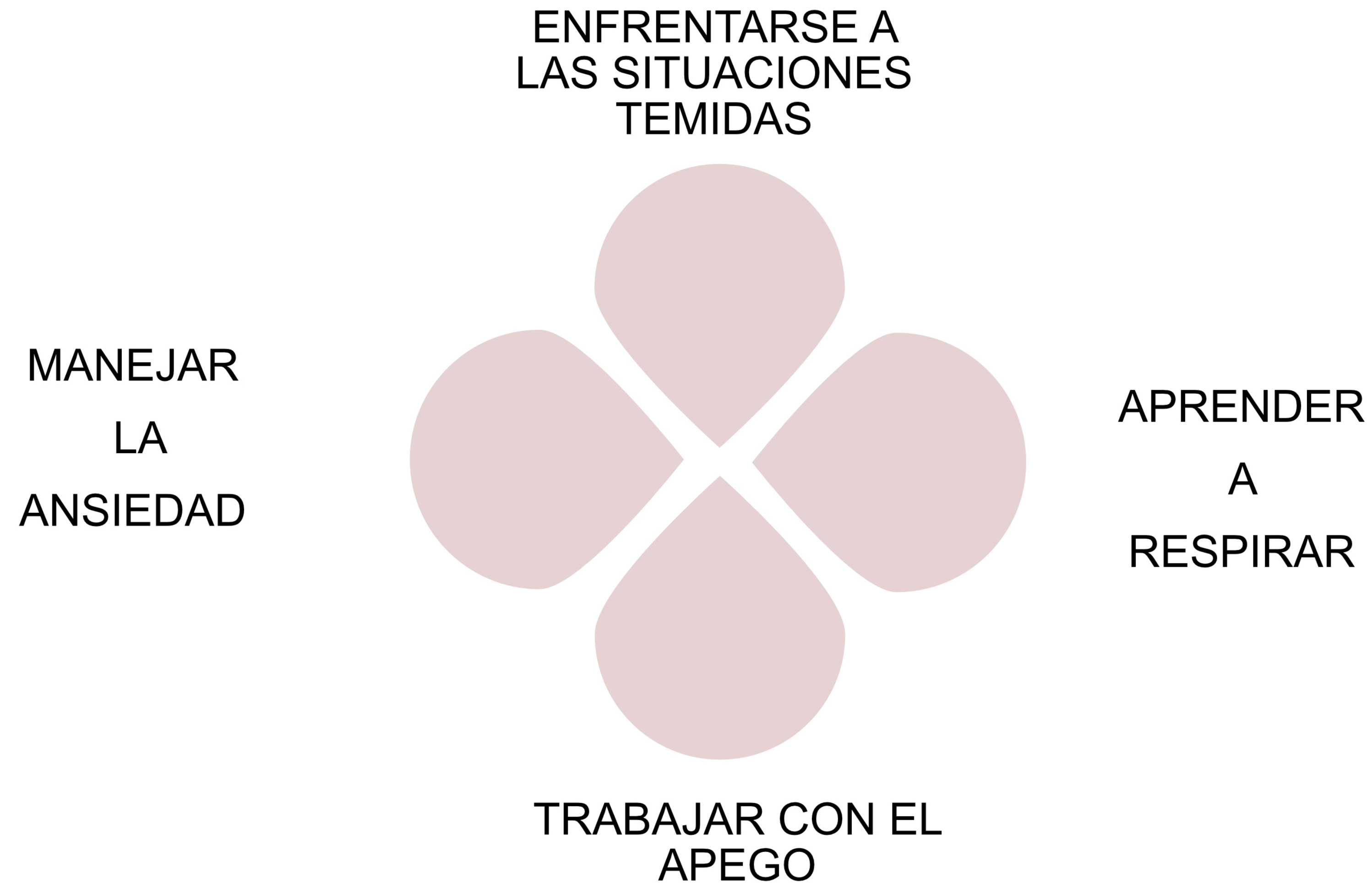
CUANDO REDUCIMOS LA DEFENSA PUEDE
APARECER MUCHA ANSIEDAD ANTE NOSOTROS A
SENTIR VERGÜENZA
SE PACTA REDUCIR DEFENSA, CALMAR LA
ANSIEDAD ANTE EL SENTIR E INTEGRAR LA
VERGÜENZA



LA VERGÜENZA ES UNA DEFENSA INHIBITORIA CUANDO EL PACIENTE ESTÁ BLOQUEADO
PRIMERO TRABAJAMOS LA CULPA, LO COGNITIVO. POSTERIORMENTE LA VERGÜENZA LO SOMÁTICO

TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES

TRATAMIENTO DEL ATAQUE DE PÁNICO



VIDEO DE REGULACIÓN EMOCIONAL

MODELO PARCUVE

COHERENCIA CARDIACA