



## Estudio de Caso: Vivir con Trastorno de Pánico.

Conocer la vivencia de una mujer, que ha participado en tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos por trastorno de pánico, de la Región Metropolitana.

Ursula Lizama Quinteros

Prof. Guía Gabriel Traverso

Prof. Informante: Mauricio Rodríguez

Metodólogo Genoveva Echeverría

Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Enero 2014



## **RESUMEN**

En la presente investigación se pretende profundizar en la vivencia personal de una mujer, en la segunda década de su vida, que ha sido diagnosticada con Trastorno de pánico y que participó de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, para superar el cuadro psicopatológico. La idea es conocer su experiencia, la forma en cómo su vida se vio afectada por este trastorno y la evolución del cuadro luego de haber recibido el tratamiento adecuado.

Para analizar estos elementos, y sacar conclusiones, el marco teórico se articula a partir de la teoría del Análisis Existencial, tomando los conceptos centrales de ésta, retomando asimismo, los hallazgos de investigaciones realizadas en el contexto particular chileno.

La metodología utilizada es la cualitativa, realizando el análisis a partir de un estudio de caso. Para ello, el instrumento utilizado para la recolección de información, es la entrevista cualitativa en profundidad, a partir del cual se realizó un análisis de datos, por categorías.

Al final de este proceso, los resultados muestran que, tal como indica la teoría de Längle, la angustia correlacionada con un episodio primario de pánico, corresponde a una angustia fundamental, sin embargo al derivar en angustia de expectativa, que sería la que perpetúa los episodios, pasarían así a un Trastorno de Pánico. El análisis muestra que efectivamente, como indican los estudios médicos, la vida de una paciente con este cuadro se ve profundamente afectada, en todas las áreas

posibles, debido principalmente a la angustia que atraviesa al sujeto, paralizándolo y menoscabando su autoestima, su autoconfianza, su autoimagen y todo aquello que depende de la estabilidad emocional del paciente.

Los resultados también muestran que una terapia efectiva debe permitir al sujeto valorizar la angustia como una posibilidad de su propia existencia y desde allí tomar una posición y poder dar, plenamente, un sí a su vida.

**Palabras Clave:** Vivencia, Angustia, Trastorno de Pánico, Análisis - Existencial, Poder Ser, Gustar Vivir, Permitirse Ser Si Mismo, Actuar con Sentido.

## **Dedicatoria**

A Dios y a mis padres,

El creador y los gestores de la mujer que soy hoy.

## **Agradecimientos**

A cada una de las personas que pasaron por mi camino, a mi familia, mis amigos,

a mis amores, a los que se fueron, a los que dejaron huellas

y por sobre todo a los que se quedaron y que hoy caminan a mi lado,

por enseñarme lo que es la vida, los colores, la amistad y el amor.

## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCION</b>	9
1.1. Antecedentes	9
1.2. Formulación del Problema	10
<b>2. OBJETIVOS</b>	13
2.1. Objetivos Generales	13
2.2. Objetivos Específicos	13
<b>3. MARCO TEORICO</b>	14
3.1. Hacia una mirada Analítico-Existencial	14
3.1.1. Filosofía Existencial y Fenomenología	14
3.1.2. Logoterapia y Frankl	16
3.1.3. Análisis-Existencial y Motivaciones Fundamentales de la existencia	17
3.2 La angustia en el Análisis-Existencial	25
3.3 Desde la Psiquiatría	28
<b>4. MARCO METODOLOGICO</b>	33
4.1. Enfoque Metodológico	33
4.2. Tipo de Investigación	35
4.3. Diseño de Investigación	35
4.4 Delimitación del Campo	36
4.4.1. Tipo de Muestra y Criterio de Selección	36
4.5. Técnica de Recolección de Información	36
4.5.1. Técnica de Análisis de datos	37

4.6.	Construcción de Entrevista	38
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION</b>	40
5.1.	Análisis Descriptivo por Categorías	40
5.2.	Análisis Interpretativo	57
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	63
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	70
<b>8.</b>	<b>ANEXOS</b>	74

## **1.- INTRODUCCION**

### **1.1.- Antecedentes**

El trastorno de pánico se da por presencia repetitiva de episodios de pánico y angustia. Es común que estas crisis comiencen entre la segunda y tercera década de la vida. Mundialmente, la prevalencia del cuadro varía entre 0.3 – 3.1%, mientras que en Chile se espera que el 3% de la población padezca Trastorno de Pánico en algún momento de su vida, presentándose mayormente en mujeres. Además, padecimientos de trastornos de ánimos facilitan la presencia de estas crisis. (Koppmann. 1992)

Las crisis de pánico surgen de manera repentina y sin un aparente desencadenante determinado. El individuo vivencia este hecho como un miedo o terror intenso, que puede durar minutos o permanecer durante más tiempo. El momento de máxima intensidad solo dura algunos minutos, sin embargo los individuos los perciben como eternos, e incluso, en ocasiones con la percepción de peligro de una muerte inminente. (Koppmann. 1992)

“Neuro-fisiológicamente puede ser definida la angustia como un estado generalizado de excitación, el que psicológicamente se traduce por un sentimiento de una amenaza o peligro, al que el ser humano se siente existencialmente expuesto. El individuo vivencia una falta (parcial) de protección.”(Länge. 2005)

En una crisis de pánico surgen altos niveles de angustia, ansiedad y de excitación fisiológica con diversos síntomas muy agudos tales como taquicardia, dificultad para respirar, hiperventilación pulmonar, hipertensión arterial súbita, sudoración excesiva,

mareos, náuseas, entre otros. También aparece la percepción de despersonalización, miedos extremos a movilizarse o urgencia de salir del lugar en que se encuentra, muchas veces el individuo siente el miedo de perder el control o enloquecer. (Koppmann. 1992)

Es muy común que los individuos que hayan sufrido una de estas crisis se preocupen en demasía por el próximo episodio, ya que no se puede determinar cuándo o dónde se producirán. A tanto llega el temor de una nueva crisis que muy comúnmente se presentan conductas evitativas y de huida, evitando lugares o situaciones en donde ya se han producido episodios de este tipo, limitando la vida diaria del individuo que la padece. En este caso, el temor constante a que estos ataques vuelvan a repetirse, la ansiedad que eso produce y la aparición frecuente de estos episodios, a tal punto de afectar el funcionamiento normal del individuo se denomina entonces como una psicopatología llamada Trastorno de pánico. (CIE 10. 1999)

## **1.2.- Formulación del Problema**

El problema que presenta este trastorno es que afecta en la vida cotidiana de quien lo padece. Inicialmente solo influye sobre el ánimo del individuo, pero luego el temor constante a que estas crisis se repitan va tiñendo cada espacio de su vida y aparecen reacciones de coping de acuerdo a la angustia que se presenta como detonante, haciendo que quien padece el trastorno tenga un decaimiento en el funcionamiento de todas las áreas de su vida.

Para poder investigar se realizará un Estudio de Caso, que permita profundizar en la vivencia subjetiva de una mujer, que está en la segunda década de su vida y que ha padecido Trastorno de Pánico desde hace varios años y que ha participado de procesos terapéuticos con fármacos y psicoterapia.

Lo que se pretende al conocer este caso es indagar en los detonantes de estas crisis, la evolución del trastorno durante y posterior a la terapia y el modo, si es que corresponde, en que se ve afectada la vida cotidiana de la paciente.

**¿Cuál es el determinante para que en esta paciente las angustias detonen las crisis y posterior trastorno? ¿Cómo se ve afectada la vida cotidiana de un paciente con Trastorno de Pánico? ¿Cómo afecta en el poder ser, en el gustar vivir, en permitirse ser sí mismo y en el actuar con sentido?**

El estudio se realizará basado en las teorías del Análisis-Existencial. El **Análisis-Existencial** se puede definir como una psicoterapia fenomenológica y centrada en la persona, cuyo objetivo es el de orientar a la persona (mental y emocionalmente) a enfrentar experiencias libres, a tomar decisiones auténticas y a producir una forma de lidiar con la vida y el mundo de una forma realmente responsable. De este modo, el Análisis Existencial se puede aplicar en casos de desórdenes psicosociales, psicosomáticos y psicológicos, tanto experienciales como conductuales. (Croquevielle. 2009)

Desde aquí se revisará el tema de investigación basado en el análisis de la angustia y las motivaciones fundamentales que pretenden llevar a la persona a dar un Sí rotundo a la vida y a sí mismo.

La relevancia de este tema tiene que ver, desde lo teórico, con la posibilidad de comprender un poco más sobre lo que significa para un paciente vivir con Trastorno de Pánico y no quedarse en la mera descripción de síntomas. Esta investigación permitirá conocer la vivencia de una paciente con este trastorno desde su propia percepción. Hay numerosos estudios, artículos y publicaciones sobre el tema pero todos desde la mirada de un profesional del área de la salud mental, ya sea médico psiquiatra y/o psicólogo.

Desde lo práctico, esta posibilidad de conocer más de cerca la experiencia de individuos, en este caso una mujer, que padecen el trastorno, facilitaría, eventualmente, desde lo psicoterapéutico, acercar al profesional hacia una mejor comprensión de las angustias que movilizan a la paciente hacia dicho trastorno y también hacer que el proceso para la paciente y sus cercanos sea más llevadero y conozcan el manejo de los síntomas y así, quizás, evitar la disfuncionalidad que podría producirse.

## **2.- OBJETIVOS**

### **2.1.- Objetivos Generales**

Conocer la vivencia de una mujer en la segunda década de su vida, que ha participado en tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, por trastorno de pánico.

### **2.2.- Objetivos Específicos**

- Indagar sobre la evolución de los procesos terapéuticos, observada por la paciente.
- Poder conocer la vivencia de la paciente sobre la angustia basal al momento de detonarse una crisis de pánico.
- Conocer de qué forma, el padecer este trastorno afecta el funcionamiento normal del individuo, reflejado en el poder ser, gustar vivir, permitirse ser sí mismo y actuar con sentido.

### **3.- MARCO TEORICO**

Desde un inicio de los tiempos la naturaleza humana lleva consigo un instinto de supervivencia y conservación ante los miedos del mundo real. El ser humano se ha visto siempre parado frente a lo desconocido, a la ansiedad de lo inevitable y a la mortalidad. Inicialmente el hombre debió valerse de sus propias manos para alimentarse, defenderse y vivir junto a animales salvajes. En la antigüedad los hombres buscaron amparo en objetos simbólicos y “dioses” para calmar la angustia de la vida. Más tarde apareció Descartes y su “cogito” esta idea de que si yo pienso, yo existo y si yo pienso para existir, entonces todo lo que me rodea puede ser solo pensamiento. La ciencia llevó al hombre a centrarse en si mismo, a separarse de la naturaleza, dejándolo a la deriva y nuevamente frente a la ansiedad de lo desconocido, pero esta vez además, frente a la angustia de tener que elegir y hacerse responsable de su propia existencia. Condenado a la libertad como diría Sartre. (Sartre, 2006)

#### **3.1.- Hacia una mirada Analítico-Existencial**

##### **3.1.1.- Filosofía Existencial y Fenomenología**

La filosofía existencial es una fuerza influyente y quizás decisiva en el Análisis-existencial. La filosofía existencial parte con Kierkegaard quien rompe radicalmente con la filosofía tradicional que venía desde Platón hasta Hegel. Kierkegaard pone énfasis en el individuo, en aquella experiencia personal que

permite conceptualizar al hombre. Dice, tal como filósofos posteriores, que aquello que se ha otorgado al hombre, y que es lo que lo angustia, es la capacidad de la libre elección, la libertad.

El existencialismo habla de un ser humano arrojado al mundo, a una realidad incomprensible (Quitmann.1985), y que debe hacerse cargo de la angustia que esto provoca. El postulado primordial del existencialismo es que el hombre primero y ante todo existe y luego se define como tal, se hace a sí mismo a partir de experiencias íntimas, intuitivas y subjetivas.

El método científico del existencialismo es la fenomenología, que si bien en un principio avanzaron paralelamente e independientes entre sí, mas tarde se cruzarían con Heidegger.

La fenomenología apuesta por la importancia de la percepción, la percepción en sí, la capacidad de poder conocer los fenómenos en sí mismos, tal como son dados y de esa forma comprenderlos. Esta teoría pretende conocer las cosas en su esencia, mas allá de la simple apariencia, poder mirar y relacionarse directamente con aquello que aparece.

La fenomenología es una forma específica de mirar, que no pretende ser objetiva ante el fenómeno, el sujeto esta siempre inmerso, sin embargo, se deja entre paréntesis los pre-juicios y los saberes previos sobre el fenómeno y se observa de esta forma, libre de prejuicios, sin intención, ni dirección. Es aquello que impresiona, lo dado, que se

refleja en el sujeto y se da a conocer, no es una impresión arbitraria ni posible de ser modificada.

El análisis-existencial tiene sus principales influencias de Heidegger, para quien el tema era el Dasein, el “ser-en-el-mundo”, como forma específica del ser humano de estar en el mundo. El Análisis del Dasein se centraría fenomenológicamente como una forma de proceder del sujeto de estar en el mundo, limitándose a la comprensión fenomenológica. El análisis-existencial finalmente, se aleja de Heidegger, en el sentido que, exige al paciente no solo comprender fenomenológicamente, si no también, en la toma de posición en el mundo posibilitando la toma de decisiones. (Längle. 1997)

### **3.1.2. -LOGOTERAPIA Y FRANKL**

La logoterapia es propuesta por Viktor Frankl como complemento a las terapias psicoanalíticas y no para reemplazarla, sin embargo luego la logoterapia se independizo, constituyéndose como un enfoque terapéutico más. Frankl consideraba que el sentido era parte importante de la psicoterapia ya que abarca dimensiones espirituales que en otros enfoques no tenían lugar debido a la rigurosidad científica en la que se sostienen. (Croquevielle.2009)

Para Frankl el único modo de poder integrar experiencias dañinas del ser humano y lograr una vida plena era en base a esta dimensión noética. Lo noético para Frankl tiene que ver con el Sentido, la voluntad de Sentido como motivación primaria del ser

humano. La logoterapia, entonces, busca encontrarle sentido a la vida, poder preguntarse los ¿Para qué? En la logoterapia el centro es que el individuo logre encontrar el sentido de su existencia y superar aquella situación concreta que le causa daño. Por otro lado, Frankl no considera a la neurosis noógena, como enfermedad, puesto que surge de los problemas existenciales de la persona y no desde conflictos internos de impulsos e instintos como es en el caso de la neurosis psicógena. La neurosis noógena sería la pérdida del sentido. (Croquevielle. 2009)

Frankl distingue dos tipos de sentido. El sentido ontológico, que es en respuesta a la pregunta sobre el por qué algo existe, que podría ser sólo contestada por aquel que ha creado tal cosa. Y el sentido existencial que es en respuesta a alguna situación concreta del ser humano, a partir del ser-en-el-mundo, correlacionándose este con el bienestar psicológico.

### **3.1.3.- Análisis-Existencial y Motivaciones Fundamentales de la existencia**

Alfried Längle, discípulo de Frankl, va más allá de la teoría de Frankl postulando que el sentido no es la única motivación fundamental en la vida del ser humano. Dice entonces que centrar la psicoterapia sólo en lo noético no es respuesta suficiente para el sufrimiento de las personas. Propone Längle que el ser humano al ponerse en contacto con una situación concreta, surgiría en él una fuerza motivacional, fuerza que lo atrae hacia aquello que para el individuo tiene valor. Esta fuerza noodinámica incluye la dimensión noética de la que habla Frankl. Una de las

diferencias del análisis-existencial con la logoterapia, es que el análisis-existencial le da principal importancia a los valores, valores que surgen de la vivencia personal de cada sujeto. El valor surge cuando el individuo vivencia algo como bueno para él.

Längle propone que el ser humano necesita de un sostén, de motivaciones fundamentales, para poder dar un sí pleno a la vida. A las tres dimensiones propuestas por Frankl, bio-psico-espiritual, Längle adiciona una cuarta dimensión, que es la del ser como actor. Cada una de estas dimensiones, o motivaciones fundamentales, tienen un orden lógico y se sostienen cada una en la anterior, no son dimensiones jerárquicas, y tampoco una es más importante que la otra, si no, son la estructura básica para que la siguiente motivación pueda desarrollarse. (Croquevielle. 2009)

### **1ª Motivación fundamental**

La primera motivación se funda en la pregunta por el ser, pero no desde la mirada filosófica, si no, que desde la pregunta del ser humano sobre su propia existencia. El sujeto existe, es, pero ¿puede ser? Para poder ser el individuo debe poder asociarse a las condiciones que el mundo impone, condiciones que en muchas ocasiones pueden resultar angustiantes.

La angustia aquí surge en el momento en que se percibe una amenaza de poder “dejar de ser”, la posibilidad de que algo amenaza su vida. Es una angustia vital, base de cualquier otra angustia, ya que lo que es amenazado en esta situación es la propia vida del sujeto, su existencia. Ante estas situaciones surgen reacciones

psicodinámicas, llamadas de coping, que corresponden a reacciones de defensa producidas por el sujeto, ante esta amenaza y la posibilidad de dejar de ser, de dejar de existir. (Längle. 2000)

Son cuatro las reacciones básicas: La primera reacción es de huida, y tal como el nombre lo dice la intención es lograr escapar de aquello que angustia. La segunda reacción es el ataque a lo amenazante, es un coping de lucha contra aquello que resulta amenazante. La tercera reacción es el odio, que tiene como finalidad la aniquilación del enemigo. Y finalmente el cuarto coping es la parálisis, el reflejo de posición de muerto, tal como los animales, en esta reacción para el sujeto es mejor quedarse quieto que reaccionar activamente. (Längle. 2000)

Estas reacciones se elaboran desde la percepción, la idea es poder dar un salto desde estas reacciones de defensa hacia la percepción, de modo de distanciarse de la situación que resulta amenazante y poder observar la reacción y ver los hechos reales, tal y cual son. Cuando esto se logra el individuo ya puede elaborar su angustia, porque puede soportar la realidad, es decir es capaz de enfrentarse a aquello que veía como amenaza y no sentirse realmente amenazado. Poder sostener la realidad es decisivo para dejar de sentir la amenaza del ser, puede resultar muy difícil por la calidad de los sentimientos que se tienen, sin embargo, de este soportar es posible dar un paso hacia la aceptación. Aceptar es poder pasar de la victimización, a la acción. Cuando hay aceptación hay paz y tranquilidad y por ello se puede sostener la vida, a pesar de que aquello que amenazaba anteriormente al sujeto se presente nuevamente.

Para poder aceptar es necesario sentirse protegido, cobijado y aceptado por los otros. También es necesario el espacio, físico y psíquico, al tener un espacio donde poder ser, el individuo se siente seguro, es un espacio vital que le permite ser, al individuo. Y finalmente tener un sostén, el sostén se da primeramente por el propio cuerpo que lo sostiene, si el cuerpo enferma ya no presta el suficiente sostén y da paso a la posibilidad de sentirse amenazado; pero también es necesario el sostén por todo aquello que es regular en el mundo del sujeto, que se presenta regularmente en la vida, poder sentir que el mundo lo sostiene a pesar del sufrimiento que este pueda tener. (Längle. 2000)

Hay finalmente algo más que permite al sujeto poder ser. La confianza fundamental, es aquella que está en lo más profundo del ser y es aquella que puede dar sostén cuando todo lo demás que lo sostiene ha desaparecido, es una confianza básica, en sí mismo y en el mundo, una confianza que permite dar certeza que aunque todo amenace, aun se puede sostener. (Längle. 2000)

## **2ª Motivación Fundamental**

El tema de la segunda Motivación fundamental es el gusto por vivir, no basta aquí sólo el estar, ni el ser, como en la motivación anterior, aquí importa la calidad del existir. Cuando el ser humano percibe algo como agradable es que se siente a gusto y trata de poner aquello que lo agrada cerca de sí mismo, esto hace que se fortalezca la relación con la vida y el gusto por vivir. (Längle. 2000)

El conflicto entonces surge cuando la calidad de la existencia se ve amenazada, cuando se ve la posibilidad de perder aquello que agrada al sujeto, aquello que lo hace feliz. En esta motivación las reacciones psicodinámicas que utiliza el sujeto para defenderse de la pérdida de aquello que agrada, son: retirarse hacia su interior, esconderse del mundo, y así por supuesto, evitar todo aquello que amenaza. La segunda reacción es el activismo, es una reacción paradójica, ya que se cubre el disgusto por aquello angustiante con la acción y también en esta reacción se puede encontrar la desvalorización del fin, es decir, se le quita valor a la situación amenazante. Como tercer coping esta la rabia, la rabia pretende despertar la vida en el otro, hacerlo reaccionar, movilizarlo, poder proteger así el valor que se estaría perdiendo. La cuarta reacción es la resignación, que corresponde a la parálisis de la primera motivación, al reflejo de posición de muerto, mejor resignarse a una situación determinada cuando ya no se puede luchar contra aquello que amenaza. (Längle. 2000)

Para poder elaborar estas reacciones es necesario que el individuo ponga frente a sí el disgusto y lo reviva, el objetivo es lograr soportar esa sensación de disgusto, sin defenderse, sin esconderse de ella, cuando eso sucede es que surge el duelo. El duelo es el sentimiento de haber perdido algo que agradaba al sujeto, algo con valor e importante para él, ese algo que lo hacía feliz. (Längle. 2000)

Hay ciertas condiciones necesarias para poder elaborar, aceptar y superar un duelo. Primeramente es necesaria la cercanía, la cercanía con otros, consigo mismo y con la vida, al tener esta cercanía la vida del sujeto es tocada, el individuo vibra con aquello

que le agrada. La segunda condición es el tiempo, para aquello que agrada y da placer siempre hay tiempo. El sujeto se hace el tiempo para disfrutar de aquello que lo hace feliz, ya que es algo que es visto y sentido como valiosos para él. La relación es la tercera condición para poder acercarse a la vida, relacionarse, inclinarse ante algo, vincularse es poder dedicarse a ese algo, aquí surge el valor, el valor por la vida en sí misma. Cuando este valor por la vida es bueno, todo lo demás también será bueno. (Längle. 2000)

### **3ª Motivación Fundamental**

La pregunta en esta motivación surge por la legitimidad de ser sí mismo, ¿se permite ser como se es? La individualidad juega aquí el rol fundamental, todos hablan de la individualidad, pero cómo realizarla. Lo importante en esta motivación es la legitimidad de ser sí mismo, tal y cual como el sujeto se reconoce ser, con una personalidad en particular, con cualidades y defectos, preferencias y gustos particulares. Cuando se ve amenazada la posibilidad de la autenticidad, la posibilidad de ser genuino es que surgen la angustia y ahí mismo las reacciones de coping correspondientes a este nivel.

La primera reacción defensiva que aparece es la toma de distancia, simplemente es apartarse de la situación que angustia. La segunda reacción es la sobreactuación, tal como lo dice el nombre, es actuar, sobreactuar y hacer como que al sujeto no le importa, no se muestra lo que realmente se siente respecto la situación y también

puede aparecer como dar la razón, que es identificarse con lo amenazante, pero sin convicción alguna, solo para aparentar. Como tercer coping tenemos la ira, el objetivo es poner límites entre el sujeto y lo otro, se muestra también ira consigo mismo por permitir que esta situación lo amenace, se pone una barrera para no ser dañado. La cuarta reacción psicodinámica de defensa ante la angustia, en esta motivación es la disociación, física o psíquica, si es física es sin causas orgánicas pero que, sin embargo se reflejan en el cuerpo, en lo orgánico. Por otro lado la disociación psíquica consiste en separar las emociones de la cognición, separarse racionalmente de aquello que se siente. (Längle. 2000)

Aquí la resolución de la angustia depende de la toma de posición, la estimación y el enjuiciamiento, con el fin de tomar distancia y que el sujeto pueda verse a sí mismo y la realidad, de esto surge la posibilidad de perdón al otro y el arrepentimiento a los propios errores. Esto lleva al sujeto al encuentro, y para ello se necesita la consideración propia y también por el otro, verse a sí mismo y poder ver al otro. También es necesaria la apreciación valorativa, que tiene que ver con el valor que se otorga el sujeto a sí mismo y al otro, con esto las relaciones se vuelven más profundas y personales. Finalmente es preciso tener la posibilidad de emitir juicios racionales respecto si mismo y los otros, la justificación a modo de conexión con la conciencia. La conciencia mantiene en pie al individuo, surge el autovalor, la consolidación como persona. (Längle. 2000)

#### **4ª Motivación Fundamental**

Esta motivación trata sobre el sentido, ¿qué sentido tiene existir, gustar y poder ser?

Es una motivación existencial, que se pregunta por el sentido de vivir, el sentido de la propia existencia, es poder trascender de sí hacia el mundo. Es hacerse responsable del propio devenir, cuando se ha hecho algo bueno de sí mismo surge el sentido pleno de la vida. (Längle. 2000)

La angustia surge cuando no hay sentido, cuando se pierde, cuando hay un vacío existencial, y aparecen las reacciones psicodinámicas: El primer coping en esta motivación es el establecimiento de relaciones provisionales, sin profundidad y que no implique compromiso alguno. Como segunda motivación, el fanatismo, que es la obsesión por una idea, es el activismo para tapar ese vacío que se vive. La tercera reacción son el vandalismo y el sarcasmo, ambas son expresiones del intento por agredir al otro, a ver si eso moviliza el sentido. Finalmente esta la cuarta reacción que es la desesperación, en la desesperación se encuentra la actividad y la pasividad, ambas están unidas, se presentan por igual cuando el sujeto se desespera. (Längle. 2000)

Para superar esta falta de sentido es necesario tomar distancia y poder observar la situación en que el sujeto se encuentra, poder llegar a la acción de sentido, a una actitud que permita la apertura al sentido.

Según Frankl habrían tres vías de apertura al sentido, los valores vivenciales, que es cuando la vida se enriquece al acercarse y dedicarse a aquello que es valioso para el

individuo. Los valores creativos, son valores por la creación, por la producción. Y los valores actitudinales que tiene que ver con la libertad de poder cambiar de actitud si se desea. (Längle. 2000)

### **3.2.- La angustia del Análisis-Existencial**

Längle define la angustia como *“un estado generalizado de excitación, el que psicológicamente se traduce por un sentimiento de una amenaza o peligro, al que el ser humano se siente existencialmente expuesto. El individuo vivencia una falta (parcial) de protección.”*(Längle. 2005)

La amenaza enfrenta al ser humano con la destrucción de su sostén existencial que le permite “ser”, este temor a la aniquilación de su posibilidad existencial pone al hombre ante un abismo, la pérdida del sostén que estructura su existencia. Esta situación sería vivenciada por el individuo como desagradable, con la sensación de vulnerabilidad, fragilidad, desprotección e impotencia ante tal situación amenazante.

Para Längle (2005) la angustia tiene tres orígenes: bio-psicológica, socio-cultural y existencial del “ser-en-el-mundo”. En el origen bio-psicológico, Längle diría que la angustia es un estado generalizado en la naturaleza, puesto que todos los animales que tengan un sistema nervioso complejo pueden sentir angustia. El rápido feedback nervioso y el acelerado procesamiento de la información permite al organismo detectar rápidamente situaciones amenazantes para la vida y poner al instante en alerta máxima, esto significa que el cuerpo se tensiona muscularmente y crea una

reacción de alarma en todo el organismo que lo deja en un estado de reacción frente al estímulo amenazante, es lo que fisiológicamente se conoce también como estrés.

Desde lo socio-cultural Längle habla sobre la lucha constante y la competencia de las jerarquías, roles, obtención de alimentos y reproducción que provocan angustias por la conservación de la especie, habría algo así como una angustia constante por la sobrevivencia en sociedad. Para esto hace referencia a las observaciones de los antiguos griegos sobre sus rebaños de cabras, que enceguecidas caían comúnmente a los precipicios, los griegos explicaban esto con la creencia de que el dios “Pan” se había metido entre el rebaño. De aquí es que *“hoy se llama pánico a la huida descontrolada y ciega ante un peligro que se experimenta como destructivo”* (Längle. 2005)

Respecto al origen existencial del “ser-en-el-mundo”, nuevamente se vuelve a esta característica inherente al ser humano, a su esencia, a la angustia del hombre frente a su devenir. En esta idea del ser humano arrojado al mundo, que debe hacerse responsable de sí mismo, de sus actos, de su libertad y del sentido de su existencia.

La mejor forma de entender la esencia de la angustia sería la fenomenología, ya que la vivencia de la angustia es un fenómeno subjetivo. Y desde el Análisis-Existencial se piensa que hay dos maneras de vivir la angustia: el miedo por la pérdida inminente de sostén y la actitud frente a la angustia. Así, es que habría entonces, dos tipos de angustia, dependiendo del nivel en que se encuentre, la angustia fundamental y la angustia de expectativa.

La angustia fundamental es aquella que se vive cuando se hace “insegura la existencia”, se pierden las estructuras que entregaban el sostén o bien se pierde la confianza en ellas. *“La posibilidad del no-poder-ser se hace patente en medio de la realidad. La “nada” irrumpe en la existencia”* (Längle, 2005. p.60). La angustia fundamental es el encuentro con la potencial aniquilación de la existencia, con la nada abismante.

En el otro nivel encontramos la angustia de expectativa, que es la actitud de angustia frente a la angustia, el miedo al miedo. Se presenta como una reacción posterior a la angustia fundamental, el miedo a volver a enfrentarse a la amenaza que lo angustia, este tipo de angustia mantiene al sujeto en constante alerta por la eventual proximidad de la angustia, es una defensa frente a la angustia.

Längle habla de la angustia en las cuatro motivaciones que él considera fundamentales para la existencia humana, y en las cuatro el ser humano vería comprometida su tranquilidad y se angustiaría ante la presencia de aquello que podría amenazarlo, amenazar ya sea, la posibilidad de ser, de gustar vivir, de permitirse ser si mismo y de actuar con sentido. Sin embargo, son angustias distintas, en la segunda, tercera y cuarta motivación la angustia es expectante, en cambio en la primera motivación es que surgiría realmente la angustia dado que es allí donde la amenaza es hacia la existencia misma.

Ya lo ha definido Längle, la angustia es una reacción generalizada del ser humano ante el miedo de un peligro que lo exponga vitalmente, y que además, el sujeto se

sienta desprotegido, que haya perdido la confianza básica en su estructura de soporte. En la primera motivación como ya se definió anteriormente, lo que esta en juego es la posibilidad de ser, de existir, si algo amenaza la existencia de un sujeto aparece la angustia fundamental.

La angustia se hace patológica cuando se convierte en motivo de sufrimiento para el individuo, de modo que ya no logra funcionar en su vida diaria y sus actividades vitales. La angustia lleva a la búsqueda del sostén que permita volver a tener una estructura de la cual afirmarse.

### **3.3.- Desde la Psiquiatría**

Varios son los autores que hablan sobre las causas y orígenes de los trastornos de angustia, la mayoría de estos asocian este trastorno, ineludiblemente, a la neurosis. Los primeros usos del concepto “neurosis” fueron hechos por un psiquiatra escocés, Cullen, en 1879. *“Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amencia y la manía”* (Ojeda, C. 2003). Así son varios los autores que han seguido utilizando el término. Sigmund Freud es quien con sus trabajos sobre la neurosis logra diferenciar la “neurosis de angustia”, cuadro que centra la mayoría de sus síntomas clínicos, tal como el nombre

dice, en la angustia, presentando ataques de angustia. Este cuadro clínico se ha mantenido vigente hasta la fecha con el nombre de “trastornos de angustia”.

Para Freud el cuadro de neurosis de angustia se caracterizaría por una “espera angustiosa” que son expectativas catastróficas, una excitabilidad generalizada, ataques de angustia, sudoración, temblores, vértigo y perturbación de la actividad cardíaca y respiratoria. En los adultos se presentaría también terrores nocturnos, que en definitiva sería una perturbación del sueño causado por los síntomas del cuadro.

Años más tarde Juan José López-Ibor concuerda con lo dicho por Heidegger al decir que la angustia es inherente a la existencia, por lo tanto la angustia se constituiría como una experiencia fundamental, por lo tanto es parte de la vida humana, es “normal”. Es por ello que al tratar de distinguir entre una angustia normal o patológica López-Ibor refiere que no se puede realizar tal diferencia, a partir de niveles de intensidad de esta, si no, que la diferencia estaría en el cómo se hace cargo el individuo de esta angustia. (Ojeda. 2003)

Los trastornos de pánico se configuran por la repetición de episodios de pánico, cuyos síntomas se observan en cuadro 1.

### **Criterios para el diagnóstico de crisis de pánico o crisis de angustia**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- 1.** palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- 2.** sudoración
- 3.** temblores o sacudidas
- 4.** sensación de ahogo o falta de aliento
- 5.** sensación de atragantarse
- 6.** opresión o malestar torácico
- 7.** náuseas o molestias abdominales
- 8.** inestabilidad, mareo o desmayo
- 9.** desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- 10.** miedo a perder el control o volverse loco
- 11.** miedo a morir
- 12.** parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- 13.** escalofríos o sofocaciones

#### Cuadro 1

La Asociación Americana de Psiquiatría confecciono el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), ya van en la cuarta versión y están en proceso de editar la quinta.

**Criterios para el diagnóstico de Trastorno de angustia con o sin agorafobia**

**A.** Se cumplen 1 y 2:

**1.** crisis de angustia inesperadas recidivantes

**2.** al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

**(a)** Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

**(b)** preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

**(c)** cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

**B.** Presencia o Ausencia de agorafobia.

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

**Cuadro 2**

Por su parte la Organización Mundial de la Salud confecciona una Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud y en su décima versión (CIE-10) refiere que la característica principal del trastorno es la presencia recurrente de ansiedad grave que no se corresponde con alguna situación ambiental particular. Dentro de los síntomas se encuentran, al igual que en el DSM-IV,

palpitaciones, sudoración, sensación de asfixia, desrealización. Secundariamente, menciona, que existiría el temor inminente de muerte o de pérdida de control. Sin embargo establece una pauta de diagnóstico, en donde se hayan presentado varios episodios graves de ansiedad vegetativa en un periodo de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

En el trastorno de pánico no sólo son los síntomas motivo de padecimiento, si no también la evitación que realizan los pacientes por evitar nuevamente los síntomas. Se genera una ansiedad anticipatoria por la preocupación constante de que los episodios se repitan, pudiendo llegar al punto de evitar situaciones y lugares que asocian a los episodios o aquellos en que se dificultaría la ayuda oportuna en el caso de presentarse una crisis.

## **4.- MARCO METODOLOGICO**

### **4.1.- Enfoque Metodológico**

Para esta investigación se utilizara la metodología cualitativa e indagatoria ya que es la que mejor permite la posibilidad de conocer la vivencia, subjetiva, del ser humano.

La metodología cualitativa recolecta datos sin intervención de variables numéricas, si no, métodos tales como la fenomenología, hermenéutica e interacción social para poder explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal y como la experimentan sus actores. Este método de investigación requiere conocimiento del ser humano y busca explicar y describir sus comportamientos, pensamientos y experiencias a través, principalmente, de la observación. La metodología cualitativa no busca medir variables como en la metodología cuantitativa, más bien, busca entender dichas variables. (Hernández Sampieri, R. et als. 2003)

Es importante destacar el carácter reflexivo de la investigación social, lo cual implica reconocer que somos parte del fenómeno que estudiamos, y que influimos sobre él (Mella, 1998).

El conocimiento en este tipo de investigación es individual y personal, por lo tanto los valores del investigador inciden en ella, y forman parte de la realidad. El conocimiento está influido por los significados y las interacciones humanas; solo tiene sentido en una determinada cultura. En este contexto la ciencia social pretende fijar conceptos y establecer regularidades, así como también establecer agrupaciones

de causas en cada proceso. Finalmente, busca remontarse al pasado para encontrar agrupaciones anteriores al caso, e indicar la relevancia que tiene en el presente.

La metodología cualitativa que se utiliza, se basa en una descripción contextual de un hecho o situación (conductas observables), que garantice la intersubjetividad, captando la realidad mediante la recolección sistemática de datos, para un posterior análisis interpretativo. Pero este tipo de investigación no solo se ocupa de las conductas observables, sino que incorpora la interpretación y significado que le asigna el sujeto. Los significados son creados por los seres humanos y reside en la relación entre ellos. Y es por ello que la conducta social solo puede explicarse por medio de las interpretaciones que de ella hacen los sujetos (Pérez, 2001).

De lo anterior podemos desprender entonces, que la metodología cualitativa es inductiva, ya que primero recolecta datos y luego genera hipótesis, va de lo particular a lo general, y holística, es decir, observa al fenómeno como un todo, sin reducirlo solo a ciertas partes del fenómeno observado. Los investigadores interactúan directamente con los actores, situación que permite que surjan nuevas variables y nuevas hipótesis a la investigación inicial. La metodología cualitativa permite profundizar y dispersar datos, situación que enriquece la investigación desde lo interpretativo.

En definitiva, la investigación cualitativa permite visualizar, comprender y profundizar el cómo de los hechos sociales particulares, las representaciones que los sujetos dan a la realidad y la significación que le otorgan a esta.

#### **4.2.- Tipo de Investigación**

El tipo de investigación es no experimental, ya que no representa un universo. *“La investigación no experimental se refiere a que se realiza sin manipular deliberadamente variables...lo que hacemos es observar el fenómeno tal y como se da en un contexto natural”* (Hernández. et al. 2003) En la investigación no experimental no es posible que el investigador manipule deliberadamente las variables, dado que se presenta en un contexto natural sin intervenciones y que no ha sido construido con anterioridad a la investigación. En la investigación cualitativa, los participantes llegan con sus características distintivas intactas. No se construye ninguna situación, sino que se observan las ya existentes; las variables ya han ocurrido, y no es posible manipularlas. (Kerlinger, 2001)

#### **4.3.- Diseño de la Investigación**

Esta investigación se realiza en base al estudio de caso único. Los estudios de casos son la herramienta más competente para observar y recabar información de un fenómeno contemporáneo insertado en un contexto social determinado. El estudio de casos permite investigar a partir de una unidad única de análisis, en un tiempo y espacio determinado, centrándose más bien, en el interés que despierta el caso en sí mismo. El estudio de caso facilita el análisis y la comprensión de un fenómeno particular. (Yin. 2003)

#### **4.4.- Delimitación del Campo**

##### **4.4.1.- Tipo de Muestra y criterio de selección**

La muestra es intencionada puesto que el caso ha sido elegido por la conveniente accesibilidad y proximidad del sujeto al investigador. Valles (1996) afirma que una de las decisiones muestrales y los criterios de selección que hay que considerar, son la de *contextos relevantes al problema de investigación*, a partir de los cuales se procederá a seleccionar *los casos individuales*. Otro criterio, son las *consideraciones pragmáticas: consideración de accesibilidad y recursos disponibles*, en la selección de contextos. (Valles. 1996)

#### **4.5.- Técnica de recolección de información**

La técnica a utilizar será la entrevista en profundidad individual. La elección de la técnica está dada por el objetivo de la investigación que es conocer la vivencia de una sujeto específico, es una investigación más bien subjetiva y por ello no hay mejor método que recurrir directamente a las fuentes para conocer en primera persona aquello que el otro tiene que decir.

Con la entrevista en profundidad se establece una *interacción peculiar* con el entrevistado mediante un juego de preguntas abiertas y libres, las cuales van guiando la recolección de la información necesaria para el estudio. Una de las cualidades y fortalezas de la entrevista es que permite recolectar información de dos tipos, verbal y no verbal. No sólo podemos escuchar y recolectar información con las respuestas que

nos entregue el entrevistado de forma verbal oral, si no que, también podemos obtener información de las respuestas corporales, es decir, la gestualidad, la corporalidad, los silencios y los marcadores emocionales. (Canales, M. 2006)

La entrevista es la técnica cualitativa por excelencia ya que posibilita la obtención de información expresada por los sujetos de su manera de pensar, sentir, de sus valoraciones, significados, motivaciones y representaciones de la realidad, que están estrechamente asociadas a las experiencias vividas por el entrevistado. En esta técnica se da una relación dialógica entre entrevistador y entrevistado, es una conversación entre dos iguales, sin jerarquías y es libre y no un simple cuestionario de preguntas pre-establecidas y respuestas.

#### **4.5.1. Técnica de Análisis de la Información**

La información obtenida en una entrevista debe ser comprendida desde la mirada de los entrevistados y para ello se realiza un análisis coherente del contenido de la información para poder ser comprendida desde las mismas claves simbólicas de los entrevistados y no desde la propia perspectiva del investigador.

Para analizar la información obtenida se realizara análisis de contenido respecto las entrevistas realizadas a los participantes. El análisis de contenido desde la metodología cualitativa, es una técnica que sirve al investigador para verificar la presencia de temáticas, de palabras o de contenidos presentes en un discurso de

manera sistemática y objetiva, dentro del contexto en que el contenido es expresado. (Cáceres 2003)

El análisis puede ser directo o indirecto. En el análisis directo se observa el contenido manifiesto del discurso de forma literal, exclusivamente y sin buscar interpretaciones a partir de lo dicho; en cambio en el análisis indirecto se toma en consideración, no solo el contenido manifiesto, aquello comunicado expresa y literalmente, si no también el contenido latente, aquello que está detrás de lo dicho. (Gómez. 1999)

La forma de interpretar la información desde el análisis de contenido es desde la inferencia del contenido manifiesto de este, profundizando lo comunicado verbalmente e integrando también, el contenido latente de un discurso. Para el análisis se construyen categorías de modo de desglosar la información en unidades de sentido que permitan al investigador interpretar y observar simbolismos implicados en el discurso y que permitan al investigador conocer o visualizar la construcción de realidad del tema a explorar. (Cáceres. 2003)

#### **4.6.- Construcción de la pauta de entrevista**

Tomando en cuenta los objetivos propuestos en esta investigación, y la técnica de análisis y producción de la información escogidas, se construyó un guión de preguntas en base a ejes temáticos, que parecieron relevantes para los objetivos de la investigación. Ello permitió distinguir y clasificar ciertos discursos, que dan cuenta de cómo la paciente vivencia el Trastorno de Pánico en su día a día.

En un segundo momento, se reorganizó el material en categorías, con el fin de dar cuenta de los aspectos más importantes que, al articularlos con la teoría, puedan responder a las preguntas propuestas en la investigación.

Se escogieron preguntas abiertas en base a los objetivos generales y específicos, ello permitió distinguir y clasificar ciertos discursos, que dan cuenta de cómo percibe su experiencia la mujer entrevistada.

De este modo los ejes temáticos que marcaron el guion de la entrevista fueron:

- Contextualización biográfica de la entrevistada
- Narración primer episodio de crisis de pánico.
- Síntomas y sensaciones de dicho episodio
- Reacción frente a la amenaza vital, que actúa como síntoma de este Trastorno.
- Disfrute de las actividades cotidianas
- Posibilidad de actuar espontáneamente y permitirse ser sí mismo
- Proceso terapéutico
- Desarrollo de la patología
- Afección en la vida cotidiana y en las relaciones sociales, si corresponde
- Mejora
- Calidad y sentido de vida, posterior a la mejora

## **5.- RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION**

Para una mejor comprensión del modo en que se ha buscado dar respuesta a la pregunta y los objetivos de esta investigación, se describirá los pasos seguidos para dicho fin, teniendo presente que el material recabado ha sido extraído únicamente del mundo subjetivo de la entrevistada.

En un primer momento se presentaran los resultados a partir de un análisis descriptivo por categorías, categorías que han sido construidas de acuerdo a los ejes temáticos que se usaron como lineamiento de la entrevista en profundidad realizada. Ello servirá como un primer esbozo de lo que posteriormente conformará el hilo conductor del análisis interpretativo.

En este segundo momento, se analiza el material descrito en la etapa anterior, a la luz de los lineamientos teóricos, para responder a la pregunta de investigación y los objetivos propuestos, realizando las distinciones que sean pertinentes.

Este procedimiento de análisis, puede hacer más comprensible las conclusiones finales de esta investigación, no obstante no pretende dar por verdad absoluta los resultados que arroje dicho análisis.

### **5.1.- Análisis Descriptivo por Categorías**

Para realizar las categorías predefinidas, se estableció cuáles son los factores que lograrían ayudar a responder la pregunta de investigación y además focalizar cual era el sentido que se quería indagar en las entrevistas.

- **Categoría 1**

**Crisis de pánico:** Episodios de pánico vivenciados por la entrevistada y sus correspondientes síntomas, sensaciones, reacciones. Según la bibliografía revisada, la entrevistada experimentó todos o casi todos los síntomas y sensaciones que permiten diagnosticar una crisis de pánico en ambos manuales revisados (DMS IV- CIE10) Y que posteriormente derivó en un Trastorno de Pánico.

#### Tópicos

1.- **Síntomas:** Para esto se consideraran como síntomas toda reacción somática frente al episodio de crisis, vivenciado por la entrevistada.

#### Citas:

“Me dio taquicardia, como que no podía respirar, estaba mareada, pero todo el rato controlándome, haciendo mi mejor esfuerzo, pero sentía como que me desvanecía. Cuando me baje, eh, apenas caminaba de lo mareada que andaba, y se me acerco un guardia a preguntarme si necesitaba ayuda y ahí revente en llanto, pero descontrolada así, y no respiraba, estaba ahogada, transpiraba, sentía que me iba a desmayar, fue horrible, perdí totalmente el control de mí, lloraba como desconsolada”

“principalmente lloraba, pero también la sensación de no poder respirar, transpirar mucho, eh, se me aceleraba el corazón, como que me subía la presión, no sé, los típicos supongo. Pero más que nada era llanto, angustia, como una presión en el pecho y muchas ganas de llorar”

“me fui a la urgencia del CRS, estuve dos horas con suero porque no me subía la presión, llegue con algo así como 58 de presión, y no se me regularizaba, igual eso me asustó”

2.- Sensaciones: Se refiere a las sensaciones, emociones y pensamientos relatados por la entrevistada antes, durante y posterior al episodio de crisis.

Citas

“me empecé a sentir mal, como encerrada, angustiada, necesitaba salir de ahí, arrancar, tenía ganas de salir corriendo”

“es que no pensaba nada, o sea, solo en salir de ahí, me trataba de controlar porque estaba en prueba, pero no pude. Estaba muy angustiada, era como... como una urgencia de salir de ahí, como si algo fuera a pasar si me quedaba en esa sala. No sabría cómo describirlo mejor, pero era como una desesperación por salir arrancando.”

“yo me controlaba un poco más quizás pero porque ya sabía que venía, en el fondo era como saber que no me iba a pasar nada grave, que no me iba morir ni nada así, entonces no perdía tanto el control”

“Era tanto el control, que me reprimía en el fondo, me contenía demasiado entonces me pasaba que sentía que me iba a volver loca en cualquier minuto, como que podía perder el control y volverme loca. “

“era como miedo a perder la razón, a no poder controlar mis impulsos, sentía como que salía de mis cabales, uf, no sé cómo explicarlo, pero esa sensación fue la que me superó”

3.- Reacciones: Se abordará en este tópico, todas las acciones, posiciones y/o actitudes que haya tomado la entrevistada en los momentos de crisis.

#### Citas

“me fui de la u y me puse a caminar por el centro de Santiago sin rumbo y llorando, angustiada, como perdida”

“hacia siempre lo mismo arrancaba de donde estuviera, fuera el lugar que fuera yo arrancaba y lloraba y caminaba sin rumbo, hasta que se me pasaba”

“lloraba donde fuera que me pillara la crisis, en la calle, el metro, donde fuera, pero como ya conocía los síntomas trataba de controlarlo lo máximo posible”

“trataba de contenerme y a lo más me bajaba en la estación que pudiera, y me sentaba un rato a tomar aire para tranquilizarme, me tomaba medio clonazepam y si me sentía demasiado mal llamaba a alguien para que me fueran a buscar”

“andaba tan pendiente de que me podía pasar de nuevo que evitaba lo máximo posible y cuando veía que me venía una crisis o que empezaban los síntomas, buscaba algún escape para poder controlarme”

- **Categoría 2**

**Proceso Terapéutico:** La entrevistada relata haber intentado varias soluciones y haber participado terapias de tipo “medicina alternativa”, además del tratamiento en medicina tradicional y con fármacos, para enfrentar sus crisis y angustia.

### Tópicos

1.- Soluciones intentadas: Se consideraran como soluciones intentadas aquellos eventos o procesos que la entrevistada haya realizado en pos de “recuperarse” del diagnóstico de Trastorno de Pánico, que no estén considerados en la medicina tradicional.

### Citas

“Mira probé varias cosas, reiki, yoga, Flores de Bach, fui a un temazcal, biomagnetismo, auriculoterapia, pero de todas no sé si realmente alguna me hizo algún efecto”

“me tranquilizaban pero era mas bien momentáneo, pero si me servía al menos para mitigar las angustias”

2.- Farmacoterapia: La farmacoterapia se usa comúnmente para el tratamiento de Trastorno de Pánico. Principalmente para el control de los síntomas somáticos y para reducir la sensación de angustia y la ansiedad.

Citas

“le cuento al doctor y de inmediato me dijo que era un trastorno de pánico, (...), así que me dio licencia como por una semana parece y clonazepam en la mañana y en la noche y me dijo que si me venía alguna otra crisis me pusiera media pastilla bajo la lengua”

“el maravilloso clonazepam, lo usaba solo en casos de necesidad, pero ya el último tiempo lo necesitaba muy seguido, y eso me preocupó también, como que empecé a depender un poco del clonazepam, para sentirme segura y tranquila de que no me iba a pasar nada, apenas sentía que venían los síntomas me lo tomaba, ahora lo pienso y era casi como efecto placebo”

“el medico no lograba dar con medicamentos que me hicieran efecto, me diagnosticó trastorno de pánico, pero me decía que además tenía una depresión a la base, pero no daba ni con los medicamentos, ni con las dosis”

“la psiquiatra me hizo volver al clonazepam en casos de emergencia, o sea cuando me dieran crisis, pero además me diagnosticó un trastorno bipolar tipo 2, así que me dio Lamotrigina para estabilizarme”

“no sé si hubiese estado mejor o peor sin el medicamento, ahora eso si no me dieron más crisis de pánico”

3.- Psicoterapia: Con este tópico se intenta desprender del texto la experiencia de la entrevistada respecto el proceso psicoterapéutico, sus apreciaciones y la elaboración posible de los motivos/causas de su vivencia.

Citas

“que con el psicólogo y me costaba mucho, contar mis cosas, no sé, era raro porque lloraba hasta en la calle en ese tiempo, pero no me gustaba llorar en sesión, entonces fue angustiante también el principio del proceso”

“creo que era de lo único que hablaba, de lo mal que me sentía, y lloraba todas las sesiones, me tenía realmente mal esto, desarmada, me sentía destruida”

“me angustiaba mucho cuando tenía sesión con el psicólogo. Era como estresante, cuando se acercaba la hora de la sesión yo me ponía mal, y salía peor de la sesión, me angustiaba mucho, llegaba y me iba angustiada”

“una de las cosas que cambie con las idas al psicólogo, me obligue a hablar de mí y también logre hacer algunas asociaciones de mi vida para poder entender porque soy como soy, porque me daban las crisis y cosas de ese estilo”

- **Categoría 3**

**Poder Ser:** Posibilidad real de la existencia, vivencia plena del sujeto respecto de su existencia en el mundo y la angustia experimentada ante la amenaza de no poder ser, de dejar de existir.

#### Tópicos

1.- **Protección:** Experiencia de haber sido aceptado y acogido. Según la teoría, cuando el individuo tiene la vivencia de amparo y cobijo en otro, logra fortalecer la seguridad propia, por lo tanto la vivencia de ser protegido sería primordial para la confianza en sí mismo. En este caso la entrevistada relata

sentirse contenida y cobijada en sus amigos y familia y reconoce que ante la falta de protección le detonan crisis de pánico.

#### Citas

“mi familia por ejemplo, mis amigos y mi carrera, son mis tres pilares”

“tuve la suerte de que son grandes amigos, así que cuando volví ellos estaban de brazos abiertos esperándome, pero me di cuenta que los amigos siempre están”

“tengo grandes padres, que cometieron errores, por supuesto, pero como todo ser humano no más, pero por ellos soy lo que soy y en los últimos años han sido un gran apoyo para mí, sé que cuento con ellos incondicionalmente y también tengo 6 hermanos maravillosos y preciosos, que son mis ojos, mi luz, sin ellos no vivo”

“...mi mamá afuera esperándome, no estaba sola”

“Mi pareja de ese entonces igual me cuidaba mucho, me llamaba todo el día para saber si me sentía bien, cuando tenía que tomar el metro y andaba sola él me llamaba a cada rato para ver cómo iba y en las noches él me dejaba en la casa para que no anduviera sola, por si me pasaba algo”

“Como que necesitara siempre de alguien que me esté respaldando, aunque solo sea como apoyo moral, es como la necesidad de sentirme protegida y valorada quizás, como que me estén constantemente reforzando, recordando lo que valgo y lo que soy”

“las veces que me daban crisis, siempre fueron periodos en donde me sentía muy sola, muy cansada, estresada, o que había tenido quiebres amorosos o de amistades,

incluso cuando era más chica con las peleas con mis papas, en el fondo, cuando emocionalmente estoy vulnerable, me vienen las crisis”

“cuando llego al punto de sentirme sola, sin respaldo, me dan las crisis.”

2.- Espacio: Sentimiento de tener un espacio en el mundo como espacio vital para el desarrollo de la existencia, tener un espacio propio de cobijo. Para la entrevistada al parecer, este espacio correspondería a su hogar y más específicamente, su dormitorio.

Citas

“No sé cuánto rato habré caminado, pero cuando llegue a mi casa ya estaba más tranquila.”

“pero al otro día trate de ir a trabajar y no fui capaz, me dio miedo salir de la casa”

“Pasaba la mayor cantidad de tiempo posible en mi casa y evitaba salir a la calle, a donde sea en realidad, no quería salir ni de mi pieza”

3.- Sostén: La primera estructura que da sostén es el propio cuerpo, los síntomas de la angustia y el pánico hacen vulnerable este primer sostén. También hay otros factores en el mundo que dan sostén, todo aquello por lo que se vivencia lealtad es factible de entregar sostén al sujeto.

Citas

“trate de contenerme y controlarme, porque no quería que me pasara nada y tenía que llegar al trabajo además. Me dio taquicardia, como que no podía respirar, estaba mareada, pero todo el rato controlándome, haciendo mi mejor esfuerzo, pero sentía como que me desvanecía”

“revente en llanto, pero descontrolada así, y no respiraba, estaba ahogada, transpiraba, sentía que me iba a desmayar, fue horrible, perdí totalmente el control de mí, lloraba como desconsolada”

“esas otras veces también fueron los mismos síntomas, pero con menos llanto, como que era más controlado, yo me controlaba un poco más quizás pero porque ya sabía que venía, en el fondo era como saber que no me iba a pasar nada grave, que no me iba morir ni nada así, entonces no perdía tanto el control”

“era como miedo a perder la razón, a no poder controlar mis impulsos, sentía como que salía de mis cabales”

“se me juntaron varias decepciones y quiebres de amistades de años por traiciones y cahuines, también una relación súper toxica y tormentosa que tenía en ese entonces”

“igual que los animales, luchan por sobrevivencia, gana el que se defiende mejor y mi organismo entero empezó a defenderse”

- **Categoría 4**

**Gustar vivir:** En esta categoría se evaluará la calidad de vida y de ser en el mundo de la entrevistada y como es que esta vivencia es captada por ésta desde sus afectos y los elementos que tienen valor para ella.

## Tópicos

1.- Cercanía: Respecto de la vida misma, cuando el individuo se acerca a su vida, es tocado y se produce un movimiento interno que hace surgir los afectos y hace al sujeto vibrar con sus sentimientos.

## Citas

“Ahora efectivamente no disfrutaba mucho ya ni una de las dos cosas, ni mi trabajo, que me gustaba mucho, ni ir a clases, era un suplicio estar todo el día fuera de mi casa y expuesta a que me diera una crisis en cualquier minuto”

“finalmente terminé con él porque cada vez que peleábamos o discutíamos, yo empeoraba las crisis, y andaba más angustiada, se volvió un tormento, pero para mí”

“una cosa es que te baje la presión o que te de taquicardia que son cosas más orgánicas, como más reales, y además que esos eran síntomas que ya conocía, pero sentir que me iba a volver loca me superó (...) ahí ya supe que no podía más sola, que necesitaba ayuda”

“yo sentía que estaba luchando sola contra el mundo, estaba muy sobrecargada de todo, me sentía muy herida, sentía que el mundo atentaba contra mí, de hecho hubo un periodo, que por suerte fue corto, que me sentí rendida y como que me deje llevar como autómeta, vivía todos los días como con el piloto automático activado”

2.- Tiempo: Los afectos necesitarían tiempo para movilizarse, y cuando algo aparece como valioso para el sujeto le otorga el tiempo necesario para que surja, es un tiempo para sí mismo.

Citas

“me di cuenta que los amigos siempre están y los hombres pasan, entonces he procurado mantener y alimentar muy bien mis amistades, así que como sea me doy el tiempo de estar con ellos, de compartir, de vernos, conversar”

“Una que no tenía tiempo como para estar asistiendo permanentemente a un psicólogo, no me daba el tiempo y además no me gusta mucho hablar de mí, entonces prefería bancármelo no más”

“la verdad es que no tenía muchas actividades además de trabajar y estudiar, no me quedaba mucho tiempo, pero lo mismo que te decía antes trataba al máximo de no afectar esas dos cosas, porque necesitaba trabajar y tenía que terminar mi carrera si o si, no tenía más opciones que seguir a pesar de todo”

3.- Relación: La relación sería aquello que nace cuando el sujeto le otorga valor a una cosa y se inclina con dedicación hacia ella, nace a partir del contacto con el otro y de los afectos del sujeto. Es una condición para reforzar la relación con la vida misma.

Citas

“me gusta salir, compartir con mis amigos, conocer gente, soy muy amiga de mis amigos y leal hasta la muerte”

“Han sido un poco caóticas mis relaciones familiares, sobre todo en la adolescencia, pero ya estoy grande así que he sanado todo, pero si tengo claro que la persona que

soy hoy está determinado en gran parte por mi historia, por cómo me criaron, la relación con mis papás, mis conflictos de adolescencia, etc.”

“se me juntaron varias decepciones y quiebres de amistades de años por traiciones y cahuines, también una relación súper toxica y tormentosa que tenía en ese entonces”

“ahora me siento bien, sana, ya no pierdo el control, ya no creo que me voy a volver loca, he logrado mejorar mis interacciones sociales, he conocido más gente incluso y me he puesto hasta más sociable, más tolerante”

- **Categoría 5**

*Permitirse ser sí mismo*: La entrevistada al vivenciar esta patología no se permitía ser autentica y espontánea, permanentemente evitaba situaciones y lugares que la angustiaran y eso la lleva a no poder ser ella misma ante el resto.

Tópicos:

1.- Consideración: Es una toma de posición en referencia al otro que se tiene en frente y desde allí se crea una base para el encuentro, que permite al sujeto madurar y crecer, es la posibilidad de tomarse en serio a sí mismo y a través de lo que le suceda al individuo, poder encontrarse consigo mismo.

Citas

“Me cuesta mucho demostrar mis sentimientos y dejarme conocer, creo que son pocos los que me han conocido realmente”

“Ya no es prioridad eso si para mi tener pareja, estoy en un periodo anti hombres, como que no les creo nada, yo sé que no todos son iguales, pero me han tocado los peores entonces ahora me cuesta confiar”

“bueno tuve la suerte de que son grandes amigos, así que cuando volví ellos estaban de brazos abiertos esperándome, pero me di cuenta que los amigos siempre están”

“también tengo 6 hermanos maravillosos y preciosos, que son mis ojos, mi luz, sin ellos no vivo”

“en el fondo por la negativa de asumir que lo necesitaba, quería poder ser fuerte y controlarlo, si es una cosa mental, tenía que poder controlarlo”

2.- Apreciación Valorativa: Desde el valor que el sujeto le da a los otros y el valor que se da a sí mismo, poder mirarse y valorarse respecto sí mismo, respecto de la persona que es, sus cualidades y defectos. A partir de la valoración propia, el sujeto tendría referencias para poder apreciar a los que lo rodean.

Citas

“que soy una mujer luchadora por sobre todo, que soy una mujer fuerte, aunque en el interior soy una niña dulce, caprichosa y vulnerable, eh, aunque esa es la parte que no me gusta que el resto se entere, jaja, basta con que me vean como una mujer fuerte”

“yo hice todo lo posible por ser la mujer perfecta para él, a cambio de la estabilidad y la seguridad que él me daba, yo quería ser la mujer para él, pero me cansé de ser la mujer perfecta y quizás ese fue mi error, querer ser más de lo que soy”

“creo que tengo grandes padres, que cometieron errores, por supuesto, pero como todo ser humano no más, pero por ellos soy lo que soy”

“pero tiene que ver con mi forma de ser, yo soy súper exigente conmigo misma, entonces no me permití mucho eso de dejar de hacer las cosas por el miedo”

“A pesar de que soy una mujer fuerte, que me la puedo con todo, a pesar de mi ego, que soy bien egocéntrica en verdad, igual tengo otro lado que es bien inseguro, entonces como que necesitara siempre de alguien que me esté respaldando”

“nunca me he caracterizado por ser vengativa, o por ser mala persona, de hecho creo que nunca había sentido odio, pero con esas personas, las odiaba y cuando lograba tener conciencia, me asustaba de la persona que estaba siendo, a lo que había llegado, me sentía lo peor”

3.- Justificación: El sujeto se cuestiona sobre la justificación de sus actos y de sí mismo, es la parte “ética” que surge en la conciencia del individuo, es en su propia conciencia que el individuo valora y justifica el ser que es y por qué es de determinada manera, por qué se comporta de cierta forma y no de otra. Se apoya en sí misma.

Citas

“De hecho me sentí súper culpable cuando me fui de la casa, porque (...) porque le destruí su proyecto de vida también, antes de mí él no tenía proyecto de vida, entonces yo le construí uno y después se lo tire abajo”

“Y lo peor es que yo me sentía aliviada de haberme separado de él, sentía que me había sacado una mochila de encima, entonces al principio la culpa fue heavy, pero sin pena”

“tengo claro que la persona que soy hoy está determinado en gran parte por mi historia, por cómo me criaron”

“con esa sensación de volverme loca, de verdad sentía que me estaba pasando, porque reaccionaba a ratos sin razón, como por impulso nada más, me puse súper paranoica, me pasaba mil rollos”

“porque creo que tiene que ver con toda mi historia, con la forma en como fui criada y todas las cosas que me han pasado en la vida”

- **Categoría 6**

*Sentido de la existencia:* La pregunta por el sentido de la existencia tiene que ver con la pregunta “¿para qué?”, ¿para qué se vive?, el sujeto se pregunta ¿para qué existe? El individuo experimenta un llamado del mundo para llenar un vacío en el que se debe estar. Para que la existencia tenga sentido, el sujeto debe poder responder con un sí a la posibilidad de ser, al gusto por vivir y al permitirse ser si mismo, es decir, para que el individuo experimente un sentido por su vida, debe, necesariamente, vivenciar un valor por todo aquello que

resulta positivo en su vida, por todo aquello que ha realizado, por todo aquello que lo agrada, en definitiva, por todo lo que el sujeto es.

### Tópicos

1.- Campo de Actividad: Es el lugar donde el sujeto se siente llamado, donde puede entregar algo de sí mismo en lo que es bueno, para contribuir en algo positivo con el mundo que lo rodea.

### Citas

“empecé a bajar mi ritmo en el trabajo y en la universidad y eso también me hacía más mal, porque además veía que no me la estaba pudiendo, que ya no era capaz.”

“Además el hecho de sentirme bien, también me ayuda en lo profesional porque me siento más segura de lo que hago”

2.- Vinculación con un contexto mayor: La experiencia del individuo de pertenecer a una estructura mayor, en donde se sienta activo y le dé orientación para pararse en la vida.

### Citas

“Imagínate, después de mi matrimonio ya sé que nada es para siempre”

“Pero doy la vida por mi familia, a pesar de todo”

3.- Valor en el futuro: Es la razón por la que se quiere vivir, que la acción del individuo este orientada a mejorar en pos de alguna meta a futuro que contribuya con su entorno.

Citas

“Ahora igual creo que debería hacer un proceso con psicólogo, completo, porque igual quedan cosas que uno tiene que resolver para uno mismo, tengo las asociaciones hechas en mi cabeza y racionalizadas, pero aun creo que hay daño, que hay dolores que no he sanado y para poder avanzar a veces es necesario sanar las heridas”

“Y es más fácil también poder proyectarse y hacer cosas diferentes, porque te da más posibilidades”

“Y respecto mis proyectos, no es que tenga proyectos muy concretos aun, pero esta seguridad de estar bien me permite comenzar a crear y construir un futuro”

## **5.2.- Análisis Interpretativo**

A continuación se realizará un análisis de las categorías anteriormente señaladas, de modo que se logró cierta interpretación del discurso entregado por la entrevistada. La idea de explicar y cuestionar los resultados obtenidos, es para lograr dar mayor claridad a los objetivos dispuestos por esta investigación y además, el poder indagar en este caso específico, permitiría tener mayor entendimiento de la situación en la que se encontrarían las mujeres afectadas por este trastorno.

Tomando la primera categoría que hace referencia directa a los episodios de pánico vivenciados por la entrevistada, se puede abstraer que existiría cierto “nivel de

intensidad” en ellos, es decir, la paciente diferencia claramente el tipo de crisis que está experimentando en base a los síntomas y el grado de angustia que siente. Las primeras crisis de pánico vivenciadas por la paciente son catalogadas como crisis de angustia ya que lo que prima en los síntomas es la sensación de angustia, más que los síntomas físicos propiamente tales. Cuando la paciente decide consultar un médico por sus crisis, estas ya han diversificado los episodios, primando en estos, los síntomas orgánicos comunes de una crisis de pánico, tales como dificultad respiratoria, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, sensación de inminente peligro, acompañados por supuesto de la angustia, que nunca deja de estar presente.

La paciente relata sus infructuosos intentos de resistirse a la angustia y a los síntomas, tratando de mantener, a como dé lugar, el control de la situación, a tal punto que su sensación de desesperación aumentaba progresivamente, temiendo incluso la pérdida total de control y la posibilidad de perder la razón, de “volverse loca”. Las sensaciones de la entrevistada se condicen con las esperadas ante un episodio de pánico, primando en ella, en cada uno de los episodios, la sensación de sentirse atrapada y la necesidad de huir, de forma inmediata, del lugar en que se encuentra.

Según el relato se puede observar que el proceso farmacológico y psicoterapéutico, junto con las terapias alternativas que la paciente realizó, no le ayudaron mayormente a la solución de las crisis, y tampoco a poder conocer realmente el determinante que detona sus crisis. Si bien, estos procesos no la ayudaron a “mejorarse” de sus crisis, si pudo ser evaluada por un profesional competente y ser diagnosticada con un trastorno de ánimo, que facilita la tendencia a originar crisis de pánico. Al ser tratada su patología, también redujeron las crisis y la angustia. Junto a lo anterior, la

entrevistada, relata que como resultado de estos procesos pudo conocerse mejor, y con ello asociar su historia vital y la forma en cómo ha vivido, para llegar a alguna especie de conclusión respecto cuales son las cosas que la angustian y que podrían ser causantes de estas crisis.

Si bien la entrevistada no entrega un relato sobre la angustia basal, al momento de detonarse la primera crisis de pánico que experimentó, se podría hipotetizar en base a lo que ella narra respecto de la situación en la que se encontraba y a la etapa de la vida que estaba viviendo. Siendo así, se podría interpretar que se trataría de una crisis producto del cambio de su proceso vital, ya que la paciente se encontraba en su primer año universitario y ante una situación estresante que sería la prueba que debía rendir. Sin embargo, por la falta de información y la poca importancia que la misma paciente da a estos episodios, sólo se puede hipotetizar sobre aquello, sin certeza alguna.

La entrevistada refiere como problemáticas las crisis cuando se le “ha escapado de las manos”, situación que la llevó a comenzar tratamientos de diversa índole, con el objetivo de poder controlar los síntomas, síntomas que se ajustan a los check-list de los manuales de diagnóstico que permiten designar estas crisis como un Trastorno de pánico y/o angustia.

Esta situación ocurre muchos años después del primer episodio vivenciado, también frente a una etapa vital muy distinta a la contextualizada anteriormente, por lo tanto también se puede decir que las crisis de pánico de la paciente no se dan bajo situaciones sociales concretas y específicas, si no, más bien tienen un carácter netamente emocional asociado a la angustia basal que detona estos episodios.

Según lo anterior, se puede interpretar, desde el mismo discurso de la entrevistada, que el origen de sus angustias es la pérdida de sostén, principalmente emocional y la inestabilidad e inseguridad que esta pérdida produce en su vida. Ella asume que la falta de contención la angustia de sobremanera, sin embargo también dice que cuenta incondicionalmente con su familia y amigos, situación que parece contradictoria. En este caso la paciente siente una pérdida de sostén y la refleja en su exterior, esta pérdida de sostén es personal, ya que se detona en momentos de altas responsabilidades para la paciente y de estrés generalizado, por lo tanto, ante estas situaciones agobiantes, en que la entrevistada ya no disfruta de sus actividades ni de su vida, pierde fuerza y entonces desestabiliza su propio sistema, y la manera que encuentra de mantener cierto control, y de poder seguir funcionando en el día a día, es externalizar la angustia y proyectarla en las personas a su alrededor.

La entrevistada se ve amenazada por estas crisis, no solo en lo orgánico con los malestares que provocan los síntomas, si no también reconoce sentirse amenazada vitalmente, como si el mundo la atacara y tuviera que elegir si es el mundo o ella. Para poder evitar la angustia de lo amenazante y los episodios somáticos de la crisis, la entrevistada comienza poco a poco a evitar situaciones y lugares que eventualmente podrían desatar los síntomas, y de esta forma comienza a ver perjudicado su diario vivir, ya que se mantiene alerta permanentemente, y huye de los lugares en que se encuentra, ante la más mínima sensación de amenaza, lo que impide que pueda relacionarse normalmente con las personas a su alrededor, llevándola incluso a recluirse la mayor cantidad de tiempo posible en su habitación, para evitar el mundo externo.

A partir de las crisis y los malestares que estos conllevan, la entrevistada expresa que deja de disfrutar las actividades que antes si disfrutaba, si bien no tenía muchas actividades extras, reconoce que anterior a las crisis disfrutaba mucho de su trabajo y de sus estudios profesionales, sin embargo luego de que las crisis empeoraran para ella, ya ni una de estas dos actividades le eran placenteras. Nada le parecía suficientemente interesante como para prestarle el tiempo necesario para disfrutar de ello, y las actividades diarias finalmente seguía ejerciéndolas porque “debía” y no por el goce que estas pudieran ofrecerle. Incluso sus relaciones sociales se vieron empobrecidas en el periodo en que las crisis se volvieron más complejas para ella.

También la entrevistada señala que no podía ser si misma todo el tiempo, que tenía la necesidad de controlar todo y sobre todo a sí misma para impedir la aparición de las crisis, no lograba ser autentica, ni espontanea. Se ha privado de dejarse conocer, para impedir sentirse vulnerable y con ello surjan síntomas de angustia. Se muestra muy crítica consigo misma, situación que le generaba mayores niveles de angustia y grados de culpabilidad y frustración elevados.

Sin embargo, lo anterior se remite a mucho antes de las apariciones de las crisis. La entrevistada comenta que le cuesta dejarse conocer, que no le gusta mostrarse vulnerable y que prefiere que la vean como la mujer fuerte que es, sin mostrar más que eso. No se permite mostrarse tal y cual es, posiblemente por el miedo a la vulnerabilidad que ella misma reconoce. Al mostrarse dulce y vulnerable, se siente débil, pierde el control de la imagen que proyecta y por lo tanto se siente en desventaja frente al mundo, con posibilidades de salir herida, por lo tanto se viste con

una armadura que le impida ser la chica dulce y ser sólo la mujer fuerte que quiere aparentar.

Finalmente, la entrevistada refiere haber visto su vida muy afectada no solo por lo anteriormente descrito, si no también porque sus actividades se vieron mermadas por la baja de energías que producía el sentirse mal, la angustia provocaba que su ritmo diario descendiera y que en general su calidad de vida disminuyera notablemente. Afectando sus relaciones interpersonales y principalmente su autoestima.

## **6.- CONCLUSIONES**

Esta investigación tenía como objetivo dar cuenta de la experiencia vivida por una mujer que ha sido diagnosticada con un Trastorno de pánico, luego de años de haber vivido con este cuadro y sus síntomas. La relevancia de esta investigación es, precisamente, poder mostrar la vivencia de una mujer, que padece este trastorno, más allá de los síntomas que le son característicos, conocer su propia percepción de cómo fue vivir con este cuadro, alejándose así de los conocimientos previos que se tienen de los estudios relacionados, que son realizados desde la mirada médica – clínica, poniendo el énfasis en la subjetividad, en la emocionalidad de la paciente y en su propia vida. Para lograr el objetivo de esta investigación se realizó un estudio de caso único, recopilando información mediante una entrevista en profundidad, abarcando la mayor parte de los tópicos necesarios para la consecución del fin.

Para explicar el trastorno de pánico de la mujer entrevistada, es necesario primero decir, desde el saber médico, que su angustia tiene a la base el padecimiento de un trastorno bipolar, situación que facilita la aparición de crisis en los ciclos depresivos del trastorno. Cuando logró ser correctamente diagnosticada y tratada por esta patología, se vieron reducidos los episodios, los síntomas y por sobre todo la sensación de angustia que experimentaba anteriormente la paciente.

Desde el Análisis – Existencial, la angustia es un estado generalizado de excitación, que surge ante la amenaza de la existencia física, psíquica y espiritual. Esta amenaza desestabiliza el sostén del ser humano, ese sostén que le entrega estructura a su existencia. El sujeto, en la angustia, es puesto frente a un abismo, a la pérdida del

suelo existencial, que le permitirían poder-ser. La reacción natural frente a este estado es la búsqueda de protección, el sujeto busca sostén tanto en su propio cuerpo, alertándolo, como también en el mundo que lo rodea.

Dado lo anterior, se puede ver cómo en los ciclos depresivos del trastorno bipolar, se intensifica el malestar de la entrevistada y con ello los episodios de pánico y angustia. En estos ciclos depresivos, tal como en toda depresión, disminuye notablemente el estado anímico del sujeto, surgen sentimientos de inutilidad, de vacío, pérdida del goce en las actividades cotidianas y también se ve afectada notoriamente la estima propia del individuo. En el caso de nuestra entrevistada, la angustia aparece en estos ciclos, primando los síntomas anteriormente nombrados y con el sentimiento de la pérdida total del valor propio y del mundo.

En el análisis existencial, la angustia fundamental es la causa de los episodios iniciales de un trastorno de pánico, este tipo de angustia se caracteriza por la sensación de que la existencia personal se vuelve insegura e inestable, se pierde la confianza en el mundo y en sí mismo, aparece una amenaza a la existencia, la posibilidad del no-poder-ser. Esta angustia fundamental paraliza, atravesando al individuo por el pánico. Lo anterior se puede abstraer claramente desde la entrevista realizada a M.V., ella asegura que en un minuto se sintió tan amenazada que era el mundo o ella, que debía defenderse a como dé lugar y que todo se derrumbaba para ella. Este aspecto tiene concordancia con lo que explica Längle sobre las reacciones psicodinámicas de coping en la 1ª Motivación Fundamental. Cuando el sujeto se ve amenazado vitalmente comienza a utilizar estas reacciones como mecanismos de

defensa ante la angustia, en esta motivación se encuentra la agresión como odio, *“la finalidad del odio es la aniquilación del enemigo, lo que la persona siente es una amenaza total que lo lleva a sentir que no hay alternativa: o tú o yo.”*(Längle. 2000)

Si bien no se conoce la mirada puesta en el proceso psicoterapéutico del que participó la paciente, y según ella misma relata, tampoco sintió que fue efectivo, si generó en ella el paso desde el plano psicodinámico hacia la percepción de la realidad, que significa que la entrevistada logró distanciarse de los hechos que la amenazaban y verlos tal como sucedieron y tomar una posición respecto de ellos. Lo anterior permite que el sujeto logre enfrentarse a aquello que lo amenaza sin reaccionar, si no elaborar la situación, procesarla y mantener estos hechos amenazantes, una vez que el paciente logra sostener la realidad puede aceptarla y sostenerse en sí mismo, como estructura fundamental de su existencia.

Tal como la entrevistada declara, su pérdida de sostén surge al sentir que pierde el respaldo de quienes están a su alrededor, a pesar de tener familia y amigos “incondicionales”, tal como ella relata, su sensación de pérdida de protección y de desestabilización es tan fuerte que no logra valorar el respaldo que le entregan. M.V. se siente tan inestable, tan vulnerable ante su angustia que todo pierde firmeza. Esta inestabilidad no es soportada por la entrevistada y junto a eso comienza a perder interés en lo que antes le resultaba agradable; en sus propias palabras “me sentí rendida y como que me dejé llevar como autómatas, vivía todos los días como con el piloto automático activado”. Perdió contacto totalmente con su propia vida, en este proceso, se distanció incluso de sí misma, reclusándose en su interior.

Uno de los objetivos específicos de este estudio es saber de qué modo se ve afectada la vida cotidiana de la entrevistada, reflejado en las posibilidades de existencia que entregan las Motivaciones Fundamentales de Längle. Desde el relato de la paciente se puede abstraer que estaban en juego todas las Motivaciones, en mayor o menor grado. Este cuadro afectaría a tal punto la vida emocional del sujeto que provocaría conflictos en todas las áreas de su vida, además de influir directamente en la autoimagen de quien padece el trastorno.

A pesar de lo anterior, podemos afirmar y comprobar lo dicho por la teoría, respecto de que los trastornos de pánico son elaborados en la 1ª Motivación Fundamental, ya que este cuadro ataca necesariamente la posibilidad de ser de los sujetos. La angustia del trastorno de pánico amenaza la estructura de sostén existencial de los sujetos, ya que desestabiliza y vuelve inestable hasta al propio cuerpo y además, este cuadro tiene como característica que los individuos temen por la inminencia de un peligro vital, que representa la posibilidad más clara de no-poder-ser.

Las crisis de pánico, por lo general, detonan en mayor porcentaje, en personas que tienen rasgos histriónicos de personalidad y que tienden más a la dramatización y somatización de sus angustias, más bien del tipo histeria (DSM IV). Sin bien no todos los pacientes con trastorno de pánico poseen personalidades histriónicas, la mayor cantidad de ellos hacen esta conversión de sus conflictos psíquicos en somatizaciones en forma de pánico.

La paciente entrevistada revela su dificultad para dejarse mostrar, para ser ella misma ante el resto, por la sensación de vulnerabilidad que esa situación le provoca. Por lo tanto no se permite ser sí misma, tema de la 3ª Motivación fundamental, si bien su autoestima pareciera estar incólume, la máscara de fortaleza que pone a su alrededor no le permite bajar la guardia para mostrarse, para dejar-se ver. Y en este caso no se trata de una reacción al trastorno, si no al mecanismo psicodinámico con que la entrevistada vive su vida, se defiende así del mundo, y de esa forma defiende su individualidad, dejándola solo para aquellos que ella considera merecedores de conocerla. La paciente ocupa todos los coping de esta motivación, según las circunstancia en que se encuentre, pero principalmente se puede observar la toma de distancia que realiza cuando se siente sin sostén propio. Es por ello que siente que los demás no la sostienen, puesto que al sentirse vulnerable, se distancia de quienes están a su alrededor.

En el caso de esta entrevistada, además de tener completamente comprometida la 1ª y 3ª motivaciones como ya se ha visto, también se ven teñidas la 2ª y 4ª motivaciones, ya que debido a los constantes malestares propios del cuadro, ve afectada su relación con la vida, el gusto por vivir, el goce de sus actividades, incluyendo el menoscabo provocado en sus relaciones afectivas y sociales. Las conductas evitativas y de huida, también afectan las posibilidades de futuro, de proyección y de tener un sentido de vida en quien padece el cuadro, ya que al verse menoscabada emocionalmente y además físicamente limitada, la paciente no es capaz de ver más allá de la angustia, sin lograr tomar una posición autentica de sí misma.

Desde el Análisis – Existencial los trastornos de pánico surgen desde la angustia que experimenta el sujeto. Para Längle, sin embargo, la angustia no es un padecimiento como tal, no es considerada una patología, si no, sería más bien una emoción fundamental que remite a la existencia del individuo. Así es como ni un trastorno de pánico se presenta de la misma manera que otro, ya que dependen y varían según el individuo que lo experimente.

La angustia no tendría que ser tratada, entonces, como algo desagradable que debe ser eliminado u olvidado y por lo tanto las terapias que utilizan técnicas para que esto suceda, por ejemplo los tratamientos farmacológicos, sólo lograrían mitigar la angustia y no valorar el contenido de esa angustia para la existencia del sujeto. Ya hemos dicho anteriormente que la angustia sería un rasgo intrínseco del ser humano, sin angustia el sujeto es un ente superficial.

Una terapia efectiva para tratar un trastorno de pánico, debe estar centrada en la resignificación y transformación de esa angustia en aquello que le da profundidad al ser humano, en aquello que proporciona el sostén de su existencia y le permite conocer los límites propios y del mundo que lo rodea. A pesar de lo anterior, no se descarta el uso de fármacos como tratamiento coadyuvante a la psicoterapia, ya que estos facilitan el trabajo personal, mitigando la gravedad de los síntomas y reduciendo la sensación de angustia experimentada por los pacientes.

Finalmente, repetir una vez más, que se espera que esta investigación logre ser un aporte en el modo en cómo se entiende un trastorno de pánico, quitar la etiqueta negativa de la patología médica y ver que más allá de una sucesión de síntomas, hay una vivencia de angustia, de un padecimiento del sujeto y que no debe ser tratado como una enfermedad, si no, como una oportunidad para que el individuo transforme su propia vida, que tome posición, re-significando su angustia hacia una aprobación total de su vida, para poder vivir una vida con sentido, plena de valor y autoconfianza.

## **Bibliografía**

Cáceres, P. (2003) “Análisis Cualitativo de Contenido: Una Alternativa Metodológica Inalcanzable”. Revista Esc. Psicología, P. Universidad Católica de Valparaíso. Vol. II. 53-82.

Canales, M. (2006) “Metodologías de la Investigación Social. Introducción a los oficios”. Chile. Lom Ediciones.

“Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS” (1999). Ginebra.  
Recuperado de  
[http://www.capitaleemocional.com/Textos Psico/Clasificaci%F3n de trastornos men-  
tales\\_CIE\\_10.pdf](http://www.capitaleemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_men-<br/>tales_CIE_10.pdf)

Croquevielle, M. (2009). “Análisis existencial: Sus bases epistemológicas y filosóficas”. Chile. Castalia, 15, 23-34.

Gengler, J. (2009). “Análisis Existencial y Logoterapia: Bases Teóricas para la Práctica Clínica”. Chile. Psiquiatría y Salud Mental. XXVI, N°3 – 4. 200-209.

Gloger, S. (1994). “La Angustia de Pánico y su tratamiento” Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. N°23. 125-129.

Gómez, M. (1999). “Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología” Revista de Ciencias Humanas”. N°20. Colombia.

Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista, P. (2003) “Metodología de la Investigación” México. 3ª Edición. McGraw-Hill Interamericana.

Kerlinger, F. (2001). “Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales”. México D.F. McGraw Hill. 4ª ed.

Koppmann, A. (1992) “Trastorno de Pánico”. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523206>

Länge, A. (1997/06) “Fenomenología” Tradujo N.A. Espinosa 04+ ampliaciones y revisiones por G Traverso y M. Croquevielle.

Längle, A. (2005) “La búsqueda del sostén, análisis existencial de la angustia”.  
Terapia Psicológica, Vol. 23.Nº2. 57-64

Längle, A. (2000) “Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia” Seminario  
Buenos Aires, Argentina.

Mella, O. (1998). “Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la  
investigación cualitativa” Recuperado de  
[http://anuarsaker.files.wordpress.com/2010/05/naturaleza\\_inv\\_cualitativa.pdf](http://anuarsaker.files.wordpress.com/2010/05/naturaleza_inv_cualitativa.pdf)

Ojeda, C. (2003). “Historia y Redescrición de la angustia clínica” Chile. Revista  
Chilena de Neuro-psiquiatría. v.41 n.2.

Pérez, G. (2001). “Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Vol. II: Técnicas y  
análisis de datos” La Muralla. Madrid, España.

Pichot, P. (1995) “Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales  
DSM-IV” Asociación Americana de Psiquiatría. Versión en español. Barcelona,  
España.

Quitmann, H. (1985). “Psicología Humanística”. Herder. Barcelona, España.

Sartre, JP. “El existencialismo es un humanismo” (2006) Univ. Autónoma de México. Colección Pequeños Grandes Ensayos. México, D.F.

“Trastorno de Pánico” Recuperado de <http://www.psicomedica.cl/?con=25>

Valles, M. (1996). “Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional”. Síntesis. Madrid.

Yin, R. (2003) “Investigación sobre estudios de casos. Diseño y Métodos” Sage Publicaciones. 2ªEd. EUA.

## **8.- ANEXOS**

### **8.1.- Transcripción Entrevista**

**Entrevistador: Bueno, tal como te había comentado antes, quiero que conversemos un rato sobre el trastorno de pánico que te fue diagnosticado y que me cuentes como fue, como te sentiste, como estas ahora y que me cuentes de ti.**

MV: Mi nombre es M.V. tengo 28 años, estoy separada hace 3 años, sin hijos, estudio y trabajo.

**E: Si te pidiera que te definieras, que me describieras quien eres tú, más allá de estos datos más formales que me acabas de dar, como lo harías, ¿qué podrías decir de ti misma?**

MV: mmm, que soy una mujer luchadora por sobre todo, que soy una mujer fuerte, aunque en el interior soy una niña dulce, caprichosa y vulnerable, eh, aunque esa es la parte que no me gusta que el resto se entere, jaja, basta con que me vean como una mujer fuerte. Me cuesta mucho demostrar mis sentimientos y dejarme conocer, creo que son pocos los que me han conocido realmente. También puedo decir que soy muy sociable, a pesar de lo anterior, muy activa, me gusta salir, compartir con mis amigos, conocer gente, soy muy amiga de mis amigos y leal hasta la muerte.

**E: Me dijiste que estas separada hace tres años, ¿podrías contarme un poco sobre eso?**

MV: si claro, me case a los 23, pololee casi 3 años más o menos y dure 1 año 9 meses casada mmm, murió el amor, yo creo que no estaba realmente enamorada, él era el símbolo de la estabilidad, con él no tengo dudas que habría tenido una familia tranquila, estable y segura, pero no éramos felices, imagínate que el mismo día del matrimonio religioso estábamos peleando en la fiesta. Cuando pololeábamos no peleábamos nada, yo hice todo lo posible por ser la mujer perfecta para él, a cambio de la estabilidad y la seguridad que él me daba, yo quería ser la mujer para él, pero me canse de ser la mujer 10 y quizás ese fue mi error, querer ser más de lo que soy, y él por su lado se puso muy posesivo, muy celoso, ya peleábamos todo el tiempo cuando nos casamos, en la luna de miel también discutimos, nos casamos y cambio todo. Y era raro porque en lo cotidiano nos llevábamos bien, lo pasábamos bien juntos, pero pareciera que el problema era el fondo, no los detalles. Así que después de intentarlo mucho tiempo, decidí separarme, no era justo para ni uno de los dos seguir juntos construyendo un proyecto que se iba a caer igual en algún minuto.

**E: ¿Y cómo sobrellevaste esa situación? ¿Fue muy difícil la separación?**

MV: Sabes que no, fue más difícil el periodo en que estuve tratando de arreglar el matrimonio, estuve casi un año pensando la opción de separarnos y cuando ya lo decidí, fue porque no había más vuelta. De hecho me sentí súper culpable cuando me fui de la casa, porque (...) porque le destruí su proyecto de vida también, antes de mi él no tenía proyecto de vida, entonces yo le construí uno y después se lo tire abajo. Y lo peor es que yo me sentía aliviada de haberme separado de él, sentía que me había sacado una mochila de encima, entonces al principio la culpa fue heavy, pero sin

pena. De hecho nunca lo he extrañado y por eso yo creo que no estaba enamorada ya cuando me separé, claro que a veces, no sé, el ir a dormirse sola, despertar sola, como esas cosas cotidianas, pero a él como persona, nunca lo extraño.

**E: y después de tu ex-marido, ¿has vuelto a tener pareja?**

MV: Uff, sí, lo he intentado, pero tengo un ojo clínico para elegir pasteles. Me he metido con puros pasteles en verdad, canallas, infieles, mentirosos. (Suspiro) Lo he pasado mal en verdad, y ahora estoy soltera (...) Ya no es prioridad eso si para mi tener pareja, estoy en un periodo anti hombres, como que no les creo nada, yo sé que no todos son iguales, pero me han tocado los peores entonces ahora me cuesta confiar. Imagínate, después de mi matrimonio ya sé que nada es para siempre, y más encima, no sé, me siento demasiado dañada, entonces no puedo ya, no les creo a los hombres, apenas empiezan a hacerse los lindos, yo dejo de confiar. Pero no me mata, o sea, hay cosas más importantes que tener un hombre al lado.

**E: ¿Si? Podrías señalarme ¿qué cosas son para ti más importantes en este momento?**

MV: mi familia por ejemplo, mis amigos y mi carrera, son mis tres pilares. Durante mucho tiempo deje de lado a mis amigos por mi ex-marido y bueno tuve la suerte de que son grandes amigos, así que cuando volví ellos estaban de brazos abiertos esperándome, pero me di cuenta que los amigos siempre están y los hombres pasan, entonces he procurado mantener y alimentar muy bien mis amistades, así que como sea me doy el tiempo de estar con ellos, de compartir, de vernos, conversar.

**E: ¿Y tu familia?**

MV: Mi familia, uff, bueno, son un tema, mira yo soy la segunda hermana de 7, la más chica tiene 8. Mis padres se separaron cuando yo tenía 9 años y rehicieron sus vidas, se casaron y tuvieron más hijos. Han sido un poco caóticas mis relaciones familiares, sobre todo en la adolescencia, pero ya estoy grande así que he sanado todo, pero si tengo claro que la persona que soy hoy está determinada en gran parte por mi historia, por cómo me criaron, la relación con mis papás, mis conflictos de adolescencia, etc. Pero doy la vida por mi familia, a pesar de todo, creo que tengo grandes padres, que cometieron errores, por supuesto, pero como todo ser humano no más, pero por ellos soy lo que soy y en los últimos años han sido un gran apoyo para mí, sé que cuento con ellos incondicionalmente y también tengo 6 hermanos maravillosos y preciosos, que son mis ojos, mi luz, sin ellos no vivo.

**E: Bueno, entremos al tema que nos convoca, cuéntame cómo fue la primera vez que tuviste una crisis de pánico.**

MV: uf! ¿La primera? Eh. Fue hace años cuando recién entre a la universidad, estaba en medio de una prueba y me empecé a sentir mal, como encerrada, angustiada, necesitaba salir de ahí, arrancar, tenía ganas de salir corriendo, me contuve dentro de lo posible, pero al final puse el nombre en la prueba y me fui, me encerré en el baño y estaba como desesperada, me agarraba la cabeza, caminaba de un lado a otro, al final no aguante más y me fui de la u y me puse a caminar por el

centro de Santiago sin rumbo y llorando, angustiada, como perdida. No sé cuánto rato habré caminado, pero cuando llegue a mi casa ya estaba más tranquila.

**E: ¿Recuerdas qué pensabas o sentías en ese momento?**

MV: es que no pensaba nada, o sea, solo en salir de ahí, me trataba de controlar porque estaba en prueba, pero no pude. Estaba muy angustiada, era como... como una urgencia de salir de ahí, como si algo fuera a pasar si me quedaba en esa sala. No sabría cómo describirlo mejor, pero era como una desesperación por salir arrancando.

**E: ¿En esa ocasión consultaste un especialista?**

MV: No, yo sabía que era lo que tenía, no sabía por qué me daban, pero yo sabía que eran crisis de pánico, entonces solo trataba de controlarlas. Después de esa vez, me vinieron varias veces ese tipo de crisis, y hacia siempre lo mismo arrancaba de donde estuviera, fuera el lugar que fuera yo arrancaba y lloraba y caminaba sin rumbo, hasta que se me pasaba. Pero yo sentía que lo controlaba, que podía, porque de todas formas hacia mi vida y era más bien angustia y una sensación como de claustrofobia, como que me bajaba la presión, pero nada más, entonces claro, lloraba un rato, caminaba perdida por el centro y sería todo, no me afectaba más que eso. Ya estaba acostumbrada incluso. Así que asumía el costo no más, me perdí varias clases, pruebas, carretes, cosas así, pero no quería ir al médico porque sabía que era y sabía que me iban a dar medicamentos y no quería tomar, quería ser capaz de controlarlo.

**E: ¿y cuando entonces consultaste?**

MV: ehhh cuando se me escapo de las manos, hace como 2 años más menos.

**E: ¿Y qué pasó ahí?**

MV: (suspira) Estaba trabajando y estudiando así que andaba a full todo el día y súper estresada, no paraba, calcula que en promedio dormía 3 o 4 horas diarias, no más, así que igual a veces me daban crisis pero más de angustia, como de llorar y llorar, un llanto descontrolado, pero eso me lo bancaba. Pero un día iba en el metro durmiendo parada, jaja, iba en estas rutas del metro en la mañana, así que para estación por medio el metro y me desperté justo en la parada anterior a la mía, en la que yo me tenía que bajar para ir al trabajo. Y desperté mal, obvio el metro lleno a esa hora, y como que eso me desesperó, me empecé a sentir súper mal, me dieron ganas de llorar, quería bajarme, pero ya estaban cerrando las puertas del vagón así que no alcance y justo ese tramo de una parada a otra es más o menos largo, respecto los otros y yo lo sabía y como que eso me desesperó más, pero trate de contenerme y controlarme, porque no quería que me pasara nada y tenía que llegar al trabajo además. Me dio taquicardia, como que no podía respirar, estaba mareada, pero todo el rato controlándome, haciendo mi mejor esfuerzo, pero sentía como que me desvanecía. Cuando me baje, eh, apenas caminaba de lo mareada que andaba, y se me acerco un guardia a preguntarme si necesitaba ayuda y ahí revente en llanto, pero descontrolada así, y no respiraba, estaba ahogada, transpiraba, sentía que me iba a desmayar, fue horrible, perdí totalmente el control de mí, lloraba como desconsolada (suspira). Él me llevo a la oficina del jefe de estación, desde ahí llamaron a mi mamá para que me fuera a buscar, y trataban de hablarme para que me calmara, me daban agua, y yo no

paraba de llorar. Claro ellos están acostumbrados a bajar a personas con crisis de pánico del metro, ahí me di cuenta, porque me preguntaron de una si era eso lo que tenía.

**E: te dio fuerte...**

MV: si, fue heavy esa vez, yo creo que fue la peor, yo cacho además como me dio apenas desperté, no pude prevenir los síntomas, entonces me ganó y no pude controlarlos. Al final mi mamá me fue a buscar al metro y me llevo a la casa, ahí dormí toda la mañana y cuando desperté me fui al doctor, porque igual necesitaba una licencia, al menos por ese día que falté al trabajo, pero fui más por un tema de la licencia, no por lo que me había pasado, igual me preocupe porque nunca me había sentido tan mal, nunca me había dado tan fuerte. La cosa es que le cuento al doctor y de inmediato me dijo que era un trastorno de pánico, que seguramente se había desencadenado por el nivel de estrés que estaba teniendo, el ritmo de vida, etc., etc., así que me dio licencia como por una semana parece y clonazepam en la mañana y en la noche y me dijo que si me venía alguna otra crisis me pusiera media pastilla bajo la lengua.

**E: ¿de qué especialidad era el medico al que fuiste?**

MV: médico general

**E: ¿y no consultaste un psiquiatra?**

MV: no quise, jaja, mira este médico me derivó a un psiquiatra, pero soy bien reacia a ir al médico, de hecho la licencia que me dio no me la quería tomar, pero al otro día trate de ir a trabajar y no fui capaz, me dio miedo salir de la casa y tomar el metro. Sin embargo no quise ir al psiquiatra, porque... en el fondo por la negativa de asumir que lo necesitaba, quería poder ser fuerte y controlarlo, si es una cosa mental, tenía que poder controlarlo. Una pastilla no iba a solucionarme los problemas.

**E: ¿y no pensaste en un psicólogo?**

MV: la verdad, no, no era opción. Una que no tenía tiempo como para estar asistiendo permanentemente a un psicólogo, no me daba el tiempo y además no me gusta mucho hablar de mí, entonces prefería bancármelo no más.

**E: ¿y luego de eso volviste a tener nuevos episodios?**

MV: si varios, pero la mayoría efectivamente seguían siendo los que yo ya conocía, de angustia descontrolada, lloraba donde fuera que me pillara la crisis, en la calle, el metro, donde fuera, pero como ya conocía los síntomas trataba de controlarlo lo máximo posible.

**E: ¿era sólo angustia?**

MV: no, o sea principalmente lloraba, pero también la sensación de no poder respirar, transpirar mucho, eh, se me aceleraba el corazón, como que me subía la presión, no sé, los típicos supongo. Pero más que nada era llanto, angustia, como una presión en el pecho y muchas ganas de llorar.

**E: Ah ok, ¿pero episodios así de fuertes como el que me cuentas?**

MV: si también, varios de esos así, con síntomas más fuertes, me daban sobre todo en el metro, pero lo mismo trataba de contenerme y a lo más me bajaba en la estación que pudiera, y me sentaba un rato a tomar aire para tranquilizarme, me tomaba medio clonazepam y si me sentía demasiado mal llamaba a alguien para que me fueran a buscar. Hubo otro par de veces que me dio en el metro también y mi mamá me tuvo que ir a buscar a la oficina del jefe de estación, jaja ya me conocían ya jaja, esas otras veces también fueron los mismos síntomas, pero con menos llanto, como que era más controlado, yo me controlaba un poco más quizás pero porque ya sabía que venía, en el fondo era como saber que no me iba a pasar nada grave, que no me iba morir ni nada así, entonces no perdía tanto el control. Aunque en una ocasión fue tanto lo mal que me sentí que del metro me fui a la urgencia del CRS, estuve dos horas con suero porque no me subía la presión, llegue con algo así como 58 de presión, y no se me regularizaba, igual eso me asustó, ehh, pero estaba tranquila dentro de todo porque ya estaba en el CRS y mi mamá afuera esperándome, no estaba sola. Pero si me empezó a dar mucho susto que me volviera a pasar, me daba susto sobre todo pensar que podía desmayarme en el metro, la inseguridad y los riesgos que eso podían provocar.

**E: este susto y la inseguridad que me dices ¿afectaron en algún sentido tu rutina, tus actividades?**

MV: si, si, ahora no sé qué tanto, porque en el fondo no dejaba de hacer cosas, más bien buscaba otra forma de hacerlas. Por ejemplo después de la primera licencia, no

tomaba el metro, en la mañana mi mamá me iba a dejar a la oficina y en la tarde y noche solo micro a menos que fuera acompañada. Buscaba opciones para no dejar de hacer cosas, pero igual me cuide mucho más, me puse más precavida, evitaba ciertas situaciones que sabía que me podían afectar. Ehh pero tiene que ver con mi forma de ser, yo soy súper exigente conmigo misma, entonces no me permití mucho eso de dejar de hacer las cosas por el miedo, de hecho si tenía que subirme al metro lo hacía igual, pero con el clonazepam en la mano, por si acaso.

**E: y las actividades que realizabas, ¿las disfrutabas de igual forma que antes de tener las crisis?**

MV: la verdad es que no tenía muchas actividades además de trabajar y estudiar, no me quedaba mucho tiempo, pero lo mismo que te decía antes trataba al máximo de no afectar esas dos cosas, porque necesitaba trabajar y tenía que terminar mi carrera si o si, no tenía más opciones que seguir a pesar de todo. Ahora efectivamente no disfrutaba mucho ya ni una de las dos cosas, ni mi trabajo, que me gustaba mucho, ni ir a clases, era un suplicio estar todo el día fuera de mi casa y expuesta a que me diera una crisis en cualquier minuto.

Mi pareja de ese entonces igual me cuidaba mucho, me llamaba todo el día para saber si me sentía bien, cuando tenía que tomar el metro y andaba sola él me llamaba a cada rato para ver cómo iba y en las noches el me dejaba en la casa para que no anduviera sola, por si me pasaba algo. Ahora, él igual me insistía que fuera al psicólogo, él estudiaba psicología así que también conocía el tema y se preocupaba harto, pero yo

soy testaruda así que de todas maneras me negaba a asumirlo como un problema, me demore casi un año en ir al psiquiatra y ya cuando fui, fue porque me di cuenta que las soluciones anteriores no me estaban sirviendo ya.

**E: ¿Y tu relación de pareja se veía afectada por todo esto?**

MV: mira al principio no, al contrario, yo creo que nos unió más porque él andaba mucho más preocupado por mí, pero pasaron mil cosas que nos hacían pelear, y finalmente terminé con él porque cada vez que peleábamos o discutíamos, yo empeoraba las crisis, y andaba más angustiada, se volvió un tormento, pero para mí. La verdad es que ahora que miro hacia atrás, a pesar de lo canalla que él pueda haber sido, yo creo que finalmente terminamos porque yo no daba más y necesitaba evitar lo máximo posible todas las situaciones que me angustiaran.

**E: ¿es decir, tú crees que finalmente terminaste esa relación debido a la angustia que te producía y el miedo de repetir crisis?**

MV: si, si yo creo que sí, aunque después de terminar, cuando me daban crisis en el primero que pensaba en llamar era él... pero ya no podía.

**E: Recién comentaste que consultaste un psiquiatra cuando las soluciones anteriores ya no te daban resultado, ¿a qué tipo soluciones anteriores te refieres?**

MV: Mira probé varias cosas, reiki, yoga, Flores de Bach, fui a un temazcal, biomagnetismo, auriculoterapia, pero de todas no sé si realmente alguna me hizo

algún efecto, igual me tranquilizaban pero era más bien momentáneo, pero si me servía al menos para mitigar las angustias. Las cosas que si mantuve fueron mis intentos de autocontrol, unas gotitas araucanas y el maravilloso clonazepam, lo usaba solo en casos de necesidad, pero ya el último tiempo lo necesitaba muy seguido, y eso me preocupó también, como que empecé a depender un poco del clonazepam, para sentirme segura y tranquila de que no me iba a pasar nada, apenas sentía que venían los síntomas me lo tomaba, ahora lo pienso y era casi como efecto placebo, porque lo tomaba y me calmaba automáticamente. El último tiempo, antes de ir al psiquiatra ya no me pasaba eso, no me calmaba el clonazepam ya, ni las gotitas, ni nada, ya había perdido el control de nuevo, no volví a tener eso si episodios tan fuertes como los del metro, porque andaba tan pendiente de que me podía pasar de nuevo que evitaba lo máximo posible y cuando veía que me venía una crisis o que empezaban los síntomas, buscaba algún escape para poder controlarme. Era tanto el control, que me reprimía en el fondo, me contenía demasiado entonces me pasaba que sentía que me iba a volver loca en cualquier minuto, como que podía perder el control y volverme loca.

**E: ¿volverte loca?**

MV: sí, (suspiro)(...)era como miedo a perder la razón, a no poder controlar mis impulsos, sentía como que salía de mis cabales, uf, no sé cómo explicarlo, pero esa sensación fue la que me superó, imagínate, una cosa es que te baje la presión o que te dé taquicardia que son cosas más orgánicas, como más reales, y además que esos eran síntomas que ya conocía, pero sentir que me iba a volver loca me superó (...) ahí ya

supe que no podía más sola, que necesitaba ayuda, así que me conseguí que me pasaran por el auge como depresión, y empecé a atenderme con un médico integral, como le llaman y un psicólogo.

**E: ¿hace cuánto tiempo fue eso?**

MV: un año aproximadamente

**E: ¿y qué tal fue eso?**

MV: mira al principio el medico no lograba dar con medicamentos que me hicieran efecto, me diagnosticó trastorno de pánico, pero me decía que además tenía una depresión a la base, pero no daba ni con los medicamentos, ni con las dosis, los que me daba rápidamente me hacían efecto, pero también me dejaban de hacer efecto con la misma rapidez, otros me dejaban demasiado dopada entonces tampoco me servían, además que súmale a las crisis el alto nivel de estrés y angustia que tenía, o sea, yo en ese tiempo ya ni dormía, estaba con insomnio, no descansaba, lloraba todo el día, fue un periodo tan terrible en realidad para mí. Llegue a tal punto que en una ocasión le dije a una amiga que si ella se daba cuenta que estaba perdiendo la razón que por favor me internaran, así tanto.

**E: ¿entonces no fue muy buena la pasada por el medico?**

MV: fue complejo, porque sentía que los medicamentos no me ayudaban, y además en cada sesión tenía que hablar de mí, igual que con el psicólogo y me costaba mucho, contar mis cosas, no sé, era raro porque lloraba hasta en la calle en ese

tiempo, pero no me gustaba llorar en sesión, entonces fue angustiante también el principio del proceso, además que se fueron juntando muchas cosas de mi vida personal que me fueron afectando más. El medico al no dar con un diagnóstico certero y no dar con el medicamento adecuado al final me derivo a un psiquiatra.

**E: ¿podrías comentarme sobre esas cosas de tu vida personal que fueron afectándote más?**

MV: uf, no me gusta mucho hablar de eso, pero a grandes rasgos, se me juntaron varias decepciones y quiebres de amistades de años por traiciones y cahuines, también una relación súper toxica y tormentosa que tenía en ese entonces y como yo estaba mal, todo era peor, yo estaba haciendo todo mal también, tenía reacciones que asustaban igual. Así que yo era un caos y eso lo expresaba con estas crisis de pánico y de angustia.

**E: ¿y tú crees que esas reacciones de las que hablas tienen algo que ver con tus crisis?**

MV: si, todo el rato, tenía tanto miedo de todo que necesitaba un poco que me cuidaran, entonces en esa relación que tenía mis crisis contribuyeron a que fuera todavía más toxica, o sea, él era un pastel, la relación iba a ser toxica igual sin mis crisis, lo del no tiene remedio, pero no puedo negar que yo también actuaba mal, con esa sensación de volverme loca, de verdad sentía que me estaba pasando, porque reaccionaba a ratos sin razón, como por impulso nada más, me puse súper paranoica, me pasaba mil rollos, al principio me culpaba mucho de eso, porque las primeras

peleas fueron por culpa de mis crisis y de lo mal que yo me sentía, pero después cuando ya estuve mejor me di cuenta que no era yo no más la que estaba mal y que de todas maneras era él el toxico.

**E: ¿y en que otras áreas de tu vida personal te afecto?**

MV: mmm principalmente la social, sociabilizaba menos de lo normal, andaba apática, insoportable en verdad, no toleraba nada, andaba por la vida con un miedo permanente de que me hicieran daño, y todo el tiempo defendiéndome con garras como si el mundo atentara en mi contra, así me sentía, así que las relaciones sociales se me hicieron súper complicadas, las mismas peleas con las amistades que deje en ese tiempo, creo que también fue un poco por estas razones, aunque no justifico tampoco lo que ellos hicieron, porque me traicionaron, pero yo reaccione mal frente a eso, sentía que eran ellos o yo, como que tenía que defenderme con todo y fui súper chata también con ellas. Era agotador, realmente agotador. Pasaba la mayor cantidad de tiempo posible en mi casa y evitaba salir a la calle, a donde sea en realidad, no quería salir ni de mi pieza. Yo, a mí no me daban ganas de nada, andaba sin energía, sin animo, y totalmente insoportable, súper mal genio, idiota. Además empecé a bajar mi ritmo en el trabajo y en la universidad y eso también me hacía más mal, porque además veía que no me la estaba pudiendo, que ya no era capaz.

**E: ¿estas situaciones las conversaste en terapia?**

MV: sí, claro, creo que era de lo único que hablaba, de lo mal que me sentía, y lloraba todas las sesiones, me tenía realmente mal esto, desarmada, me sentía

destruida, porque vivía pendiente de que en cualquier momento me podía dar una crisis y volverme loca de verdad, a veces me daban crisis en el metro y me imaginaba el riesgo de desmayarme en el andén, que me podía caer a las vías o cosas así, de verdad era terrible lo que me estaba pasando.

**E: me dijiste que te habían derivado a un psiquiatra también ¿no?**

MV: ¡ah sí! eehhh la psiquiatra me hizo volver al clonazepam en casos de emergencia, o sea cuando me dieran crisis, pero además me diagnosticó un trastorno bipolar tipo 2, así que me dio Lamotrigina para estabilizarme. Yo le pregunte la relación entre el trastorno y las crisis, y me dijo que era esperable que con el trastorno bipolar me dieran crisis de pánico, que no a todos les pasa, pero que era relativamente normal, y que tratando el trastorno bipolar se me iban a pasar también las crisis de pánico, que el mismo medicamento iba a evitar que me aparecieran los síntomas, pero que de todas formas tenía que seguir con el psicólogo.

**E: ¿y pudiste ver el cambio con el medicamento?**

MV: si, o sea no sé en verdad, porque además justo me dio un ciclo de manía entonces andaba como tan, tan happy, que no sé si hubiese estado mejor o peor sin el medicamento, ahora eso si no me dieron más crisis de pánico, de repente me daban crisis de angustia, y lloraba descontrolada, pero me duraba no sé, 5 minutos y se me pasaba y seguía como si nada, fue súper raro también ese periodo, pero sí, efectivamente se me pasaron las crisis con la Lamotrigina.

**E: ¿y en el proceso psicoterapéutico pudiste observar alguna evolución?**

MV: mira al principio yo pensaba que no, porque me angustiaba mucho cuando tenía sesión con el psicólogo. Era como estresante, cuando se acercaba la hora de la sesión yo me ponía mal, y salía peor de la sesión, me angustiaba mucho, llegaba y me iba angustiada, así que después de un tiempo deje de ir, estuve como 2 o 3 meses más o menos y me cambie de psicólogo, pero con ese otro psicólogo no pude seguir después por un tema de horarios, tenía demasiadas cosas y privilegie, y total como andaba eufórica, no era prioridad el psicólogo, porque ya no me sentía mal. Ahora igual el tiempo que fui me sirvió, porque pude vencer la barrera de expresar lo que me pasa, yo antes no decía cuando tenía problemas, o no hablaba de mis sentimientos, menos si me sentía mal o cuando tenía pena, y esa es una de las cosas que cambie con las idas al psicólogo, me obligue a hablar de mí y también logre hacer algunas asociaciones de mi vida para poder entender porque soy como soy, porque me daban las crisis y cosas de ese estilo.

**E: ¿y lograste entender porque te daban las crisis?**

MV: si, o sea, según las asociaciones que yo hice y las explicaciones que me di también.

**E: ¿y porque te daban?**

MV: jaja, es súper largo explicarlo, porque creo que tiene que ver con toda mi historia, con la forma en como fui criada y todas las cosas que me han pasado en la vida. Pero en definitiva llegue a la conclusión de que a pesar de que soy una mujer fuerte, que me la puedo con todo, a pesar de mi ego, que soy bien egocéntrica en

verdad, igual tengo otro lado que es bien inseguro, entonces como que necesitara siempre de alguien que me esté respaldando, aunque solo sea como apoyo moral, es como la necesidad de sentirme protegida y valorada quizás, como que me estén constantemente reforzando, recordando lo que valgo y lo que soy. Y claro haciendo un análisis hacia atrás, las veces que me daban crisis, siempre fueron periodos en donde me sentía muy sola, muy cansada, estresada, o que había tenido quiebres amorosos o de amistades, incluso cuando era más chica con las peleas con mis papas, en el fondo, cuando emocionalmente estoy vulnerable, me vienen las crisis.

**E: a ver si entiendo, ¿es como falta de contención?**

MV: si exactamente, es eso, cuando llego al punto de sentirme sola, sin respaldo, me dan las crisis. Los últimos dos periodos en que me dieron crisis fuertes, que fue lo que te contaba, hace dos años, y hace un año atrás cuando termine en el psiquiatra, ehh, las dos veces fueron periodos muy fuertes emocionalmente, me sentía muy dañada, estaba muy sobrecargada de pega y en la u, entonces obvio, igual que los animales, luchan por sobrevivencia, gana el que se defiende mejor y mi organismo entero empezó a defenderse, en el fondo las crisis eran como el punto de fuga de todo eso.

**E: ¿sobrevivencia?**

MV: si sobrevivencia, quizás es una relación súper básica la que hago, pero en el fondo es eso, yo sentía que estaba luchando sola contra el mundo, estaba muy sobrecargada de todo, me sentía muy herida, sentía que el mundo atentaba contra mí, de hecho hubo un periodo, que por suerte corto, que me sentí rendida y como que me

deje llevar como autómeta, vivía todos los días como con el piloto automático activado, pero después este mismo reflejo de sobrevivencia me sacó de ese estado, porque sentía que si seguía dejándome llevar así, el mundo a la larga me iba a terminar matando, así que reaccione y me paré y seguí luchando no más.

**E: entonces te defendías... ¿cómo te defendías?**

MV: Ehhh, dentro lo posible escapaba, evitaba al máximo posible todo lo que pudiera angustiarme, pero si me veía encerrada sacaba las garras y con rabia, con odio, era una guerra a muerte, era el resto del mundo o yo, me puse súper agresiva, por eso te decía que en las peleas que tuve con mi ex y con las amistades esas que me traicionaron, fue heavy porque yo fui desgraciada, como que mi instinto necesitaba terminar con ellos, destruirles la vida. A ratos igual reaccionaba y me asustaba de mi misma, yo (...) nunca me he caracterizado por ser vengativa, o por ser mala persona, de hecho creo que nunca había sentido odio, pero con esas personas, las odiaba y cuando lograba tener conciencia, me asustaba de la persona que estaba siendo, a lo que había llegado, me sentía lo peor.

**E: Lo bueno es lograbas tener conciencia de lo que estaba pasando**

MV: Si, yo creo sinceramente, que eso me salvó, porque en algún minuto reaccioné

**E: Bueno, dentro de todo es una buena asociación la que lograste hacer**

MV: si, supongo que esto de siempre haber sido tan buena para pensar y reflexionar todo me sirvió de algo al final. Ahora igual creo que debería hacer un proceso con

psicólogo, completo, porque igual quedan cosas que uno tiene que resolver para uno mismo, tengo las asociaciones hechas en mi cabeza y racionalizadas, pero aun creo que hay daño, que hay dolores que no he sanado y para poder avanzar a veces es necesario sanar las heridas.

**E: y así que nunca más te dieron crisis de pánico...**

MV: noo, nunca más, o sea, igual de pronto me aparecen los síntomas y me asusto, ehhh pero también me di cuenta que mientras más me asuste y reaccione ante esos síntomas es peor, así que cuando presiento que puede darme alguna crisis, simplemente trato de pensar en otra cosa, o me pongo a escuchar música o llamo por teléfono a alguien para desconcentrarme de los síntomas. Es cosa de que me calme no más, al final lo peor que se puede hacer es asustarse, porque el cuerpo reacciona ante eso.

**E: Y ahora que ya te sientes bien, cómo ha cambiado tu comportamiento o tu actitud respecto las relaciones sociales, que por lo que me decías fue lo que se vio más afectado con el trastorno, ¿cómo estas ahora?**

MV: Bien, no estoy en pareja, creo que es una de las cosas que he tenido que trabajar, sobre todo después de las malas experiencias, pero ha sido un trabajo para mí en el sentido de saber que no es necesario que tenga a alguien al lado para valorarme a mí misma. Y como ya no ando con toda esa angustia que me provocaban las crisis, puedo relacionarme mejor con todos, con mi familia, que fueron los más afectados por lo que me pasaba, porque tenían que aguantarme insoportable como andaba, eh,

con mis amigos y en general ahora, supongo que con esto de sentirme más segura, me cuesta menos relacionarme, además que ya no ando ni irritable ni nada así, y ya no ando con ese miedo permanente, entonces deje de defenderme tanto.

**E: ¿cómo ha sido tu vida desde que se acabaron las crisis y lograste hacer estas asociaciones que me comentabas?**

MV: igual compleja jaja, sigo siendo de las que piensa las cosas mil veces, además con lo del trastorno bipolar igual es un tema, sin embargo pucha que he mejorado, o sea ahora me siento bien, sana, ya no pierdo el control, ya no creo que me voy a volver loca, he logrado mejorar mis interacciones sociales, he conocido más gente incluso y me he puesto hasta más sociable, más tolerante, ando más tranquila por la vida, ahora no te voy negar que igual ando con susto por la vida, aun lo tengo y aun me pasa que cuando me siento sola me complico y me siento mal, pero es como que ahora ya tuviera las herramientas para vivir con esto, entonces es más fácil. Y es más fácil también poder proyectarse y hacer cosas diferentes, porque te da más posibilidades.

**E. ¿A qué te refieres con más posibilidades? ¿En qué te has proyectado?**

MV. Claro más posibilidades, porque ya no ando con el temor constante de sentirme mal, o de que me puede pasar algo, entonces eso también me da más libertad de acción, puedo moverme más, en diversos roles y situaciones y ya no me complico. Además el hecho de sentirme bien, también me ayuda en lo profesional porque me siento más segura de lo que hago, es que como te digo, es un alivio ya no vivir con

miedo a que me pase algo, puedo caminar y andar por la vida con más calma, disfrutar la vida, no sé, aprovechar más y hacer más cosas.

Y respecto mis proyectos, no es que tenga proyectos muy concretos aun, pero esta seguridad de estar bien me permite comenzar a crear y construir un futuro, por ejemplo, mientras estuve en tratamiento con medicamentos tuve la oportunidad de comprarme un departamento e irme a vivir sola, se me funó, pero ahora pienso y por algo pasan las cosas, o sea, no sé si hubiese podido manejar la angustia y el miedo viviendo sola, en cambio ahora sé que si puedo hacerlo, porque me siento bien.

**E: Que bueno escuchar tanta seguridad en tus palabras, gracias, por compartir tu experiencia, me es muy enriquecedor escuchar tu historia y gracias por confiar en mí.**

MV: jaja no gracias a ti, al final mientras más una habla de sus dificultades, menos complejas son, o al menos más llevaderas jajaja.