

# Más allá del ataque de pánico

## ***Eugenia*** (18 años)

---

<sup>1</sup> Una versión anterior del presente trabajo fue presentada y debatida en la *III Jornada cpseana*, en noviembre de 2012.

Dirección electrónica: [jcorniglio@gmail.com](mailto:jcorniglio@gmail.com)



## **I. La llegada de Eugenia a Buenos Aires**

Con mucha expectativa llegó Eugenia desde su pequeña ciudad a la gran urbe, al pequeño departamento que le habían alquilado sus padres para vivir mientras estudiara en Buenos Aires. Iba a ser abogada. Toda la familia estaba ansiosa y también algo asustada, pero al mismo tiempo todos esperaban de Eugenia un buen desempeño, como en los años del secundario. De los cuatro hermanos, Eugenia, que era la mayor y la única mujer, siempre había sido la más tranquila, la que se arreglaba sola, la que no necesitaba ayuda.

Y llegó el día. Con su cuaderno nuevo entró por la gran puerta que hacía sentir a todos pequeños. Pero ella no tenía miedo, estaba segura de todo. Hasta se sentía orgullosa de su leve tonada cordobesa, aunque no sabía cómo reaccionarían sus compañeros al escucharla. Iba a estudiar abogacía, iba a ser una gran abogada, iba a cumplir el sueño de sus padres de que alguna vez hubiera un profesional en la familia.

Cuando volvió a su casa después del primer día de clases comenzó a sentirse rara, parecía que le faltaba el aire y le traspiraban un poco las manos. Pensó que la ansiedad de comenzar era la responsable y se fue a dormir con la intención de estar bien preparada para las novedades que la esperaban al día siguiente. Pero le costó mucho dormir. No entendía por qué. Ella estaba, a pesar de todo, tranquila.

Al día siguiente preparó las cosas antes de salir a la facultad. Sentía el estómago como cerrado, pero desayunó igual, para que no le faltaran energías. Continuaba sintiéndose rara, a veces le parecía tener algo inusual cerca del corazón, pero trató de no pensar en eso.

Pasaron los días y Eugenia fue descubriendo que las ideas

que se había formado de la vida en Buenos Aires y de la facultad eran un poco distintas de la realidad, pero tampoco quiso pensar demasiado en eso. Si siempre le habían salido las cosas bien, fácilmente, tenía que ser fuerte y seguir adelante, organizarse adecuadamente, como lo había hecho toda su vida y no pensar demasiado en lo que pudiera preocuparla.

Se acercaban los primeros exámenes, ya faltaba solo una semana, cuando sucedió algo imprevisto que alteró los planes, algo que Eugenia ni remotamente hubiera esperado. Una mañana estaba por salir a la facultad cuando comenzó a sentirse realmente mal, parecía que tenía una pelota en la garganta que no la dejaba tragar, el corazón le latía muy rápido y ella lo sentía, le faltaba el aire, pensó que tal vez se iba a desmayar. El susto iba en aumento y recordó el caso de una jovencita de la que había escuchado que murió de un infarto aunque era totalmente sana. Comenzó a sentirse tan mal y se asustó tanto que decidió llamar a la emergencia médica domiciliaria. Llegó un médico, que la revisó y le dijo que se quedara tranquila, que no había encontrado nada físico, que estaba sufriendo un ataque de pánico. Le dio una pequeña pastilla para ponerse debajo de la lengua y luego de un rato comenzó a sentirse algo mejor.

Al día siguiente Eugenia ya no se sentía tan segura como antes, comenzó a temer un nuevo episodio como el del día anterior e incluso le costó salir sola a la calle. Se desconocía. ¿Cómo podía haberle pasado algo como eso? Si ella siempre había tenido todas sus cosas ordenadas y bajo control...

En los días subsiguientes ya no fue la de antes. Estaba débil, vergonzosamente débil. Se repitieron episodios como los descritos y ya se sentía tan mal que, en contra de sus convicciones, por consejo de su madre aceptó hacer una consulta con un psicoanalista que ella le consiguió.

## **2. El segundo nacimiento de Eugenia**

Eugenia recordaba con nostalgia y orgullo la vida que había dejado atrás para venir a estudiar a Buenos Aires. Sus padres eran personas trabajadoras, cariñosas y sencillas. Buenos Aires era una ciudad grande, anónima y fría.

Eugenia no estaba acostumbrada a hablar demasiado de sus cosas y menos de las que la podían angustiar o poner triste. Cuando algo así sucedía, hacía fuerza, se sobreponía y trataba de olvidarse; y en general lo lograba. Siempre había estado orgullosa de su fortaleza e incluso a veces era demasiado crítica con las dificultades que otros le contaban. ¿Cómo podía ser que a algunas personas les costaran tanto algunas cosas?

Pero ahora se sentía avergonzada, pensaba que estaba fallando, que las cosas se le estaban yendo de las manos, se desconocía. Así llegó a su primera consulta. Se sentó, con el semblante serio y exigente que era común en ella, pero antes de poder comenzar a hablar se puso a llorar, y lloró mucho, con un llanto que era mezcla de decepción y vergüenza. Se decía a sí misma que el psicoanalista estaría pensando que era una nena tonta, débil, llorona, una “mantequita” que no aguantaba la vida en Buenos Aires. Cuando pudo reponerse un poco, comenzó a contar el motivo que la había traído a la consulta. Dijo no entender bien en qué podría ayudarla hablar con un extraño, y encima sentía que ya había contado todo lo que podía contar.

Con el transcurso de las entrevistas, Eugenia comenzó a darse cuenta de que se conocía mucho menos de lo que pensaba. Nunca se hubiera imaginado que le podían preguntar tantas cosas acerca de su vida. Aunque no le gustaba demasiado revolver en sus cuestiones personales, fue descubriendo aspectos de sí misma que la sorprendieron.

Con el psicoanalista recorrieron los distintos capítulos de su vida. A lo largo de varios meses recordó la vida tranquila en su pueblo, las historias que le contaban sus padres, el sacrificio que habían hecho para tener la pequeña zapatería, cómo después de muchísimo esfuerzo lograron tener una buena posición, que les permitía ayudarla para ser abogada. Recordó lo fácil que había sido todo en el pasado: las tardes en el río, la calidez de los interminables amigos, lo sencillo que le resultó ser abanderada en el primario y también en el secundario. Descubrió lo importante que era para ella la mirada de sus padres y que eso había marcado muchos episodios de su vida. Tal vez por esa razón siempre se arregló sola: le gustaba sentir las cosas bajo control y sus padres estaban orgullosos de ella por eso. Se dio cuenta de lo importante que eran en su vida la calidez y las relaciones con las personas que quería, pero no le gustaba hablar demasiado de ese tema porque se le hacía un nudo en la garganta. Advirtió que se sentía muy exigida por sus padres, quienes la observaban desde lejos con grandes expectativas. También comprendió que la más exigente de todos era ella misma y que por eso no se permitía ni siquiera pensar en ciertas cosas. Con mucho esfuerzo comenzó a entrever que tal vez elegir la abogacía no había sido una buena decisión: le parecía muy fría, deshumanizada. Pero le costaba muchísimo hacerse a la idea. Si se planteaba la remota posibilidad de cambiar de carrera y perder un año, su legajo perfecto quedaría con una mancha. Bah, en realidad ya estaba manchado con estos vergonzosos episodios de pánico: quedaría con una mancha peor.

Con el pasar de los meses, tímidamente comenzó a confesarse a sí misma que la terapia la podía ayudar. Los síntomas físicos habían desaparecido. Notó que estaba mucho más angustiada de lo que creía y que la angustia a veces se expresa de

maneras extrañas, sobre todo cuando uno no se quiere dar cuenta de que está. Su analista insistía en que ella tenía muchísimo miedo de pensar en ciertas cuestiones, que estaba asustada de descubrir cosas de ella misma a las que nunca les había prestado atención. Con frecuencia le subrayaba que ella era una persona para quien la calidez era muy importante y que muchas veces confundía ser cálida y sensible con ser débil, ser una “mantequita”.

Ya habían pasado varios meses desde que Eugenia iniciara su tratamiento y se acercaba el momento de decidir qué hacer con su carrera.

Un día juntó fuerzas y, sobreponiéndose a la vergüenza y a la sensación de fracaso, les dijo a sus padres que no seguiría con abogacía, que había decidido cambiar. Sus padres, aunque preocupados, respondieron afectuosamente, como siempre. Y Eugenia decidió que haría la prueba en la carrera de Psicología. Lo hizo porque se dio cuenta de que para ella las personas eran muy importantes y la calidez también. Pensó que en esa carrera podría encontrar estas cosas.

Después de haber hablado tanto de todo en la terapia a lo largo de esos meses, estaba más tranquila. Aunque extrañaba esa sensación de sentirse invulnerable de otras épocas, comenzaba a darse cuenta de que esa supuesta fortaleza era falsa. Ahora ya no miraba el mundo con tanta inocencia como al principio y comenzaba a perdonarse el hecho de haber cambiado de carrera y muchas otras cosas. Sobre todo, comenzaba a cambiar la imagen que tenía de sí misma.

Llegó el primer día de facultad, la misma Eugenia iba a empezar la carrera de psicología. ¿La misma Eugenia? En pocos meses había pensado y sentido tantas cosas nuevas que ya se sentía otra. Pensando en sí misma esbozó una sonrisa tími-

da y expectante, apretó fuerte el cuaderno contra el pecho y cruzó la gran arcada en busca de su destino.

### 3. El ataque de pánico

En la práctica cotidiana del psicoanalista suele suceder que concurra una persona en busca de ayuda luego de haber consultado a numerosos especialistas médicos. La situación es típica: el paciente comenzó a sentir palpitaciones o mareos, o alguna sensación extraña en el cuerpo, opresión en el pecho o disnea. Asustado, concurrió a una guardia médica pensando que podría estar sufriendo una enfermedad grave, algo que ponía en riesgo su vida, un infarto tal vez. Luego de ser entrevistado y revisado por el profesional, y de ser sometido a algunos estudios (por ejemplo, un examen de laboratorio y un electrocardiograma), siempre con hallazgos nulos, la conclusión del médico de guardia es: “A usted no le pasa nada físico, está bien, quédese tranquilo, consulte en el servicio de salud mental”. Acto seguido, indica un ansiolítico y a casa.

Sin embargo, por lo general el paciente no queda conforme con el resultado de la consulta, no comprende que algo que siente de manera tan patente en el cuerpo pueda tener una “causa psicológica”. Tampoco está demasiado predispuesto a comenzar una psicoterapia y menos a consultar a un psiquiatra. Confiado en que el malestar no va a repetirse, intenta olvidar el asunto. No obstante, con el paso de los días, los síntomas vuelven.

Hasta ese momento la persona tenía la vivencia de que todo estaba bajo control en su vida; predominaba en ella una sensación de capacidad, de fortaleza. Pero a partir de entonces comienza a registrar –a veces paulatinamente, a veces de

manera brusca— una vivencia de temor, de no reconocerse. “Yo no soy así —se dice a sí misma—, yo soy fuerte y tengo todo bajo control”. Pero los síntomas aparecen otra vez y se imponen, haciendo tambalear la imagen que tenía de sí misma.

Al poco tiempo volvemos a encontrar a nuestro hipotético paciente consultando a un cardiólogo, un neurólogo, un médico clínico o un gastroenterólogo; muchas veces debe realizar estudios más complejos para descartar posibles patologías; los resultados son negativos y la indicación conduce otra vez al consultorio del psicólogo o el psiquiatra.

Finalmente, cuando los síntomas se tornan demasiado molestos y frecuentes y empiezan a impedir el habitual desempeño de los quehaceres cotidianos, la persona, luego de vencer una intensísima resistencia interior, llega a nuestro consultorio. La acompaña una vivencia oscura de vergüenza, de fracaso, de haber claudicado; de no haber podido, a través de la voluntad, ordenar las cosas y mantenerlas bajo control. En resumen, lo acompaña esa particular vivencia que nos invade cuando la imagen de fortaleza que teníamos de nosotros mismos se desmorona, dando lugar a la vergonzosa resignación de aquel que debe aceptar que es “débil”.

#### **4. Qué nos dice la psiquiatría**

La psiquiatría ha encontrado un nombre para definir los episodios que hemos descripto: los llama *crisis de pánico* o *crisis de angustia*. Según el manual de diagnóstico psiquiátrico DSM-IV, estas crisis estarían definidas por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañados de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos de comenzada la crisis:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca;
2. sudoración;
3. temblores o sacudidas;
4. sensación de ahogo o falta de aire;
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 (sensación de estar separado de uno mismo);
10. miedo a perder el control o a volverse loco;
11. miedo a morir;
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo);
13. escalofríos o sofocaciones.

Como se puede ver, el diagnóstico de *crisis de pánico*<sup>2</sup> no

---

<sup>2</sup> Como queda dicho, en el texto se describe la crisis de pánico. Si la persona sufre estas crisis de manera inesperada y recidivante y si al menos una de las crisis ha aparecido seguida durante un mes (o más) de uno (o más) de los síntomas que se enuncian a continuación, la psiquiatría habla de que esto configura un *trastorno de angustia o trastorno de pánico* que puede ir acompañado o no por agorafobia. Los síntomas son: a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis; b) preocupación por las implicancias de la crisis o sus consecuencias (p. ej., miedo a perder el control, a sufrir un infarto de miocardio o a «volverse loco»); c) cambio significativo del comportamiento, relacionado con las crisis.

nos dice nada acerca de la esencia del padecer, simplemente describe un fenómeno sin profundizar en sus posibles motivaciones o causas. Por eso, aunque estas descripciones sean correctas, el psicoanalista no se conforma con ellas. Aprendió de Freud que los síntomas no son casuales, que no ocurren en cualquier momento de la historia de una persona; todo lo contrario, están llenos de sentido; y cuando comprendemos qué significan en la vida de los pacientes, mejor dicho, cuando el paciente comprende qué está expresando a través de sus síntomas, estos pierden su razón de ser.

## **5. En busca de los significados**

Después de entrevistar a varias pacientes que han vivido vicisitudes muy similares, es tentador hacer el ensayo de buscar rasgos comunes, que se repetirían no solo en la manera de llegar a la consulta sino principalmente en el carácter o los rasgos de personalidad.

Aunque aventurándonos en esta dirección corremos el riesgo de caer en un esquematismo empobrecedor y “meter a todos los gatos en la misma bolsa”, las similitudes en el devenir de estas historias son tan grandes que nos atreveremos a buscar aquellos aspectos que podríamos denominar “típicos”, haciendo la salvedad de que es posible que existan muchas excepciones a la regla.

Tal vez una de las particularidades principales de quienes han sufrido situaciones como las descritas es que suelen ser personas con una exigencia especial, que se manifiesta como una actitud excesivamente crítica hacia sí mismas o hacia otras personas.

Buscando los matices que caracterizan esta actitud, ve-

mos que se trata de una exigencia cargada de rigidez, en el contexto de una personalidad con una fuerte tendencia a ejercer el control de todos los contenidos que se presenten en la conciencia. Esto le produce al individuo un desgaste permanente. Muchas personas incluso dan la impresión de vivir desdobladas: una parte es la que vive y la otra, la que controla. El ejercicio de este control les da como “beneficio” una sensación de estar más allá de lo mediocre y vivencias de superioridad y de fortaleza. Justamente estas vivencias constituyen el eje sobre el cual desean que gire toda su vida.

Con respecto a la vida afectiva, es frecuente que, oscuramente, perciban los sentimientos como peligrosos, ya que constituyen una amenaza constante para el tanpreciado control. Toleran estar enojados, porque el enojo se acompaña de una vivencia de mayor fortaleza, de una subjetividad que conserva un rol activo frente a las circunstancias. En cambio, la tristeza, la angustia o el miedo aparecen como sentimientos amenazadores que el individuo prefiere pasar por alto, desplazar, reprimir. Los vive como signos de una debilidad imperdonable.

En consecuencia, la esfera de los sentimientos es vivida como algo extraño, algo que no pertenece al individuo y que, cuando surge despierta la vivencia ominosa de estar ante una parte ajena, desconocida y peligrosa de la personalidad.

Resumiendo lo dicho hasta aquí, nos encontramos con personas con una exigencia de particular intensidad, una tendencia a controlar cualquier contenido que aparezca en la conciencia y un marcado temor hacia los sentimientos. Sin embargo, estas tres particularidades no alcanzarían para provocar crisis de pánico, solo constituirían *una base necesaria pero no suficiente*. La experiencia demuestra que a esa base debe agregarse un *factor actual* que intentaremos caracterizar.

Las crisis de pánico suelen comenzar en un momento especial de la vida del sujeto, que podríamos describir como la víspera de un *cambio vital significativo que pone al descubierto una debilidad personal*, la cual hasta ese momento permanecía latente.

Lo curioso es que el sujeto no registra ni la verdadera dimensión ni las implicancias del cambio en cuestión. Es más, puede suceder que ni siquiera se dé cuenta de que algo importante sucede o está por suceder en su vida. Más lejos aún está la conciencia de la debilidad. Por eso es frecuente que ese cambio, a pesar de su relevancia, ni siquiera aparezca subrayado por el paciente en la primera consulta y emerja luego, ante la sorpresa del terapeuta.

Este tipo de cambio es suficientemente drástico como para ser simbolizado como un *segundo nacimiento*: la persona tiene que desarrollar un aspecto de sí misma que había quedado sin desplegar, o debe cambiar en un aspecto importante su identidad, su modo de ser, y enfrentar un nuevo contexto que revela debilidades hasta ese momento ocultas.

Situaciones típicas que pueden ser factores desencadenantes de vivencias de pánico son, entre otras, la finalización de una carrera universitaria, el embarazo o el nacimiento de un hijo, el casamiento, algún cambio en la organización familiar que conlleve una reestructuración profunda y significativa, la muerte de un familiar, etc. Pese a la evidente importancia de estas situaciones nuevas, el sujeto suele no reconocer su dramatismo, y en muchos casos ni siquiera piensa en ellas como algo que sea fuente de inquietud alguna. En consecuencia, *la angustia y el pánico son reales, pero se presentan desconectados de las circunstancias vitales, de modo tal que parecen ataques corporales, meramente físicos.*

El tratamiento psicoterapéutico, que, como siempre, se propone llevar al paciente a que se dé cuenta, a que tome conciencia de lo que está sintiendo y por qué, deberá recorrer el camino paso a paso. En este sentido, es importante consignar que muchas veces el terapeuta puede detectar con rapidez cuál es la situación dramática en juego, pero la comunicación inmediata de dicho descubrimiento es ineficaz; si no se la realiza en el momento oportuno, no mejorará los síntomas ni resolverá la situación.

Sucede que para reconocer que lo que lo aterroriza es el cambio que se avecina, el paciente tiene que admitir su debilidad frente a ese cambio y admitir que también lo asusta su sentimiento de debilidad.

Parece posible describir dos “salidas” diferentes para las crisis de pánico, siempre que tengamos en cuenta que la realidad es más compleja que los esquematismos, de modo que con mucha frecuencia el desenlace será una mezcla, en distintas proporciones y con avances y retrocesos, de las alternativas que describiremos a continuación.

Puede ser que la crisis pase, incluso sin psicoterapia o dejando inconcluso un proceso de psicoterapia, “porque el problema ya se solucionó”. Pero el paciente no ha realizado ningún cambio de fondo, no ha crecido, o para decirlo con la imagen que utilizamos, no ha pasado por un nuevo nacimiento.

Una salida diferente se da si el paciente logra cuestionar la imagen de fortaleza que tiene de sí mismo. Si logra reconocer, aceptar y tolerar sus debilidades, soportar la idea de que tal vez le falta crecer mucho más de lo que imaginaba, admitir que a su superioridad le faltaba real sustento, aceptar que era *un gigante con pies de barro*, se inaugura entonces el camino de desarrollar nuevos recursos, nuevas fuerzas. El proceso puede

implicar días, por lo general meses –incluso años en algunos casos–, pero es la manera de alcanzar el crecimiento y de desarrollar una fortaleza más genuina en una personalidad mejor integrada. Si este es el caso, podríamos afirmar que “un nuevo ser ha nacido” y tal vez la persona recuerde con una sonrisa aquella inocente posición frente al mundo que la hacía creer omnipotente, pero la alejaba de la verdadera posibilidad de crecer.