

TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD
Y DE LOS ATAQUES DE PÁNICO



Tratamiento SimpleyEfectivo de la **A G O R A F O B I A**

**El método comprobado para conquistar
el miedo de dejar la casa
y conectarse con el mundo exterior**

Dra. CLAIRE WEEKES
Sydney, Australia, 1987

Traducción y adaptación al español
Juan José Bustamante Solari
[kunzan@hotmail.com]
Lima, Perú, 2011

Tratamiento Simple y Efectivo de la Agorafobia: Dra. Claire Weekes.

Traducción y adaptación al español.

Aunque este libro es para todos los terapeutas médicos interesados en tratar la agorafobia y el estado de ansiedad, lo he hecho estando especialmente consciente del joven practicante de medicina general, y del creciente número de jóvenes para-médicos en psiquiatría y ramas relacionadas de la medicina. Estos jóvenes raramente han tenido la experiencia de igualar su especial entusiasmo y dedicación. Espero que este libro les dé una tal comprensión de las preguntas más urgentes de sus pacientes, que pronto aprenderán que responder satisfactoriamente a tales preguntas toma un largo camino hacia curar a los pacientes.

Claire Weekes

La Dra Claire Weekes tiene los siguientes títulos académicos y honoríficos:

M.B.E. Member of the Order of the British Empire

M.B. Medicinae Baccalaureus

D.Sc. Doctor of Science (un doctorado superior otorgado en reconocimiento a una contribución sostenida y substancial al conocimiento científico).

F.R.A.C.P. Fellow of the Royal Australasian College of Physicians

Traducido de la versión inglesa de 1989 publicada por Angus & Robertson Publishers (Australia).
ISBN 0 207 14877 5.

Edición de la traducción: Montserrat Haddad

“Ningún rito, ningún sacrificio, ninguna ceremonia, ninguna plegaria sustituirán el esfuerzo personal.

Ninguna maldición, ningún atavismo, ninguna predestinación, ningún pecado original impedirá a nadie salvarse en cuanto lo decida.”

José Frèches.

ÍNDICE

ÍNDICE	3
PRESENTACIÓN.....	7
Breves notas sobre la autora	9
INTRODUCCIÓN	11
PARTE 1: COMPRENSIÓN.....	13
CAPÍTULO 1: Agorafobia.....	14
Tratamiento por Dirección Remota.....	16
CASOS	20
CAPÍTULO 2: Sensibilización.	23
CAPÍTULO 3: Desarrollo y establecimiento de la Agorafobia.	28
1.- Causas originales de la sensibilización.....	32
2.- Causas comunes de la Agorafobia.	32
3.- Pánico.....	33
4.- Palpitaciones.	34
5.- Colapso.	35
6.- Vértigo y mareo.	36
7.- Tristeza y depresión.	37
8.- Sin causa aparente.....	37
9.- Establecimiento.	38
PARTE 2: TRATAMIENTO.....	43
CAPÍTULO 4: Los cuatro conceptos.....	44
CAPÍTULO 5: Comprendiendo y manejando los síntomas	50
1.- Pánico.....	51
2.- Palpitaciones y latidos “faltantes”	60
3.- Dificultad para expandir el pecho.	61

4.- Sensación de colapso.	62
5.- Dificultad para tragar.	64
6.- Cualquier nuevo síntoma perturbador.	65
CAPÍTULO 6: Desenredando la maraña de las experiencias nerviosas.	67
1.- Indecisión.	68
2.- Sugestionabilidad.	69
3.- Pérdida de confianza.	70
4.- Sentimientos de irrealidad.	72
5.- Obsesión.	75
6.- Sensaciones de desintegración de la personalidad.	82
7.- Depresión.	86
CAPÍTULO 7: Primeros pasos para la recuperación de la Agorafobia.	94
1.- Piensa que ha estado enfermo demasiado tiempo como para recuperarse.	94
2.- El paciente no confía en sí mismo.	95
3.- Comprende el consejo, pero el miedo surge con tanta fuerza que lo dicho por el terapeuta pierde su valor.	95
4.- Piensa que no tiene la fuerza para dar el primer paso.	96
5.- Correcta Reacción-Disposición.	98
CAPÍTULO 8: Obstáculos para la recuperación	104
1.- El pequeño café.	104
2.- Una agorafóbica enferma durante veintiocho años describe su recuperación gradual. ...	107
3.- Un día en la vida de un ama de casa que padece de una enfermedad nerviosa.	111
4.- Dos tipos de personas que sufren.	115
5.- La dificultad para regresar a casa.	116
6.- La actitud de un esposo ante la Agorafobia de su pareja.	119
7.- Ocupación.	120
8.- Uso de tranquilizantes.	125
CAPÍTULO 9: Saliendo de un retroceso.	126

CAPÍTULO 10: Extracto de una conferencia en Londres, Alexandra Hall, Junio 1973.....	134
CAPÍTULO 11: Extractos de un estudio con 528 pacientes agorafóbicos, tratados por dirección remota.	140
CAPÍTULO 12: Transcripciones de grabaciones usadas en el tratamiento por dirección remota.	145
1.- Mudándose a la libertad.	145
2.- Salir de vacaciones.	149
3.- Buenas noches, buenos días.	154
CAPÍTULO 13: Resúmenes de boletines usados en el tratamiento por dirección remota (1972-1974)	163
1.- La clase del segundo piso.	163
2.- Puedo cantar dos versos de un himno, ¡pero cantar ocho, es demasiado!	166
3.- Ser examinado por su médico.....	167
4.- Salir sola sin pensar en ello.	167
5.- Mis piernas se paralizan.....	168
6.- Pensamientos fortalecidos.	169
7.- Si pudiese manejar cien kilómetros y no sólo veinte.	170
8.- Manejando la culpa.	171
9.- El último obstáculo.	173
10.- Por qué las recaídas impresionan más que el progreso.....	174
11.- Miedo a encontrarse con gente.....	176
12.- ¿De qué sirve el esfuerzo?	177
13.- La Dra. Weekes confía en nosotros: espera que tengamos suficiente voluntad como para hacer lo que nos dice.....	178
14.- No hacer nada.	178
15.- “Si el miedo no es tan intenso, el método funciona bien.”	179
16.- Aceptar todo el tiempo.	179
17.- Tranquilizantes.	180

18.- Admite que te sientes bien.	181
19.- Agitación ante la idea de socializar.	182
20.- Incapacidad para pensar durante una crisis.	183
21.- Sentarse tranquilo en público.	185
22.- Aislado del mundo.	186
23.- “¡Estúpido, idiota!”	186
24.- Recuperación permanente.	187
Referencias.....	206

PRESENTACIÓN

Por el Prof. Juan José Bustamante

Instituto Peruano de Estudios Budistas

www.perubudismo.org

Hace unos años una alumna muy querida me manifestó que tenía ataques de pánico y no podía salir de su casa, sino acompañada. Recordé que tenía un libro en inglés que me había dado otra alumna con el mismo problema. Lo revisé y decidí traducírselo al español para que pudiera serle de beneficio, y efectivamente le fue de gran ayuda.

Mientras traducía el libro me di cuenta de su potencial para el tratamiento de la ansiedad en general. Es más, me di cuenta que yo mismo había estado sensibilizado sin saberlo, y que los ‘malestares estomacales’ que sufría en algunos casos desde la juventud no eran otra cosa que ataques de pánico, y que por ignorancia no había sabido reconocerlos.

Durante mi trabajo de profesor de meditación y de budismo me he encontrado con mucha gente que tenía los mismos síntomas, y que al aplicársele el método de la Dra. Weekes se aliviaban en gran medida. Algunos no han vuelto a tener ataques de pánico, y muchos saben ahora cómo manejarlos.

¿Cómo es que este método desarrollado por la Dra. Weekes se concilia con el método de la meditación? Diría que se integran perfectamente. El método de reconocer, aceptar, flotar y dejar que el tiempo pase, es una manera de aplicar el método de la meditación, tal como se le conoce en el budismo bajo el nombre de *Vipassana*, *Lhagtong* o Visión Penetrante. Hoy día en occidente se le conoce con el nombre de *mindfulness*.

Fue por la similitud entre el método psicoterapéutico de la Dra. Weekes y el método de la meditación budista que he adoptado su método para complementar la práctica de la meditación de muchos alumnos que sufren de ansiedad. Por eso lo recomiendo de todo corazón al haber visto que funciona efectivamente en la práctica, y en especial recomiendo que se practique junto con la meditación.

Otra alumna que ignoró su agorafobia durante muchos años de variados tratamientos psicológicos y psiquiátricos y que no pudo aliviarse a pesar de ello, ahora está recuperándose y aprendiendo a gozar de su libertad. Fue ella la que se ofreció a hacer la corrección de estilo y a editar mi traducción original para que sea legible cómodamente, así que le estoy infinitamente agradecido.

Ahora ponemos a disposición de toda la comunidad de personas que sufren de ansiedad y de ataques de pánico este libro a través de la Web, de libre acceso, ya que no hemos encontrado que este libro haya sido traducido al español antes, sin otro interés que serles de utilidad.

Lima, 21 de Junio 2011

Breves notas sobre la autora

La doctora Claire Hazel Weekes nace en Australia, en 1903.

Tempranamente se dedicó a la ciencia de investigación, trabajando en el campo de la reproducción comparativa, en reptiles. A principios de su carrera, obtuvo un Doctorado en Ciencias, así como un Doctorado en Medicina (MD).

Como médico general y escritora sobre temas de salud, se interesó posteriormente por los problemas humanos de ansiedad y crisis nerviosa; ante el fracaso de los tratamientos psiquiátricos aplicados por muchos médicos, los que no conseguían la recuperación del paciente.

Escribió cinco libros sobre el tema, los que fueron publicados entre 1962 y 1989, justo un año antes de su muerte (1990). Todos ofrecen métodos de auto-ayuda y consejo. Su obra se caracterizó por su gran sensibilidad, el carácter personal de su enfoque y su invalorable sabiduría.

En su último libro describe su propia batalla contra la enfermedad nerviosa, que la atacó cuando tenía veintiséis años, al ser diagnosticada con tuberculosis. Este padecimiento físico la convirtió en una persona introvertida y ansiosa, despertándose en la noche con ataques de pánico, que la acompañaron desde entonces, apareciendo de tiempo en tiempo, sin abandonarla nunca. Sin embargo, aplicando sus propios métodos, aprendió a conquistar su sufrimiento, lo que le proporcionó valiosa información para ayudar eficientemente a sus pacientes.

El presente libro fue el tercero que publicó. En él sostiene que la enfermedad nerviosa no es más que una severa *sensibilización*, mantenida viva por el desconcierto y el miedo. Descarta el factor de personalidades defectuosas o una infancia traumática en los pacientes.

Tratamiento Simple y Efectivo de la Agorafobia: Dra. Claire Weekes.

Traducción y adaptación al español.

Su obra es difundida por una organización australiana, creada por sus herederos.

Este libro ha sido traducido y adaptado al español desinteresadamente, con el único fin de ayudar a las personas de habla hispana, que lo necesitan para aliviar su sufrimiento y disfrutar la vida.

INTRODUCCIÓN

Un terapeuta exitoso en tratar a los enfermos nerviosos, de seguro está preparado para seleccionar un tratamiento entre todos los métodos disponibles, de acuerdo a la necesidad particular de su paciente. El mismo Dr. Freud decía que los psicoanalistas fallaban en ayudar a algunos de sus pacientes, y que él también se afligía cuando los veía abandonar su cuidado, todavía enfermos. Quizás si hubiera adoptado una actitud diferente hacia esas personas, tal como el método que describo en este libro, habría sido más exitoso con ellos. Desafortunadamente, algunos terapeutas están tan dedicados y habituados a un método de tratamiento determinado, que fallan al no apreciar el valor que tienen otros.

Hablar acerca del éxito de nuestro trabajo raramente impresiona, a menos que vaya apoyado con hechos, de tal manera que me concentraré en presentar algunos casos establecidos. En 1972 hice un censo de 528 agorafóbicos, hombres y mujeres, en Gran Bretaña, a quienes había tratado por períodos que van desde el año hasta los siete años. Los resultados de este estudio, con énfasis en la propia evaluación del progreso de cada paciente, fueron publicados en el British Medical Journal, 1973, y se incluyen aquí, más adelante.

Se han vendido muchos cientos de miles de copias de mi primer libro sobre la enfermedad nerviosa, ("Auto Ayuda para sus Nervios") y se continúa vendiendo tan bien ahora como cuando fue recién publicado en 1962, siendo traducido a ocho idiomas. También se han vendido cientos de miles de copias de mi segundo libro "Paz del Sufrimiento Nervioso" ("*Peace from Nervous Suffering*") publicado en, 1972, también ha sido traducido a otros idiomas.

El tratamiento que describo en los trabajos citados y en este libro, es seguido hoy en muchos centros médicos en Gran Bretaña y en los Estados Unidos, incluyendo centros de fobia y clínicas psiquiátricas y hospitales, en algunos de los cuales he

Tratamiento Simple y Efectivo de la Agorafobia: Dra. Claire Weekes.

Traducción y adaptación al español.

ofrecido conferencias en mis visitas a Gran Bretaña y los Estados Unidos, durante los últimos veinte años.

Aunque el tratamiento parece simple, no es fácil, y demanda una especial comprensión del paciente por parte del terapeuta. He tratado de dar esa comprensión especial en este libro.

Sydney, 1987

Claire Weekes

Tratamiento Simple y Efectivo de la Agorafobia: Dra. Claire Weekes.

Traducción y adaptación al español.

Parte 1:

Comprensión

CAPÍTULO 1:

Agorafobia.

En este libro me ocupo principalmente del tratamiento de la Agorafobia, la cual, en mi experiencia, es a menudo una fase del estado de ansiedad. El consejo dado también puede ser usado en el tratamiento del estado de ansiedad, aunque no esté complicado por la Agorafobia.

He usado este tratamiento por los últimos cuarenta años, con resultados gratificantes. Está siendo ahora adoptado, particularmente en Gran Bretaña, por un creciente número de psiquiatras, médicos generales y personal de apoyo. Para estos últimos tiene la ventaja de no necesitar ninguna ayuda especializada; por ejemplo, no incluye la terapia electroconvulsiva, ni el psicoanálisis, ni la *desensibilización*, según como la entienden ahora los conductistas, ni tampoco se requiere de una medicación a largo plazo.

El término Agorafobia se deriva del griego **agora** que significa “lugar de reunión”, y el término fobia viene del griego **phobos** que significa “huida, pánico”. La palabra Agorafobia fue usada primero por Westphal en 1871 (citado por *Marks, 1969*). El Dr. Marksⁱ dice que es la fobia más común, y que representa el 60% de los pacientes con fobia del Hospital Maudsley, en Londres. Sin embargo, en mi opinión, la Agorafobia difiere fundamentalmente de las fobias monosintomáticas (caracterizadas por un solo síntoma), tales como las fobias por miedo a los animales, gérmenes y otras, y no debería ser clasificada junto con las otras. Discutiré esto más adelante.

La Agorafobia es descrita a veces como el miedo a los espacios abiertos. Pero podría ser definida más precisamente como la condición en la cual una persona sufre un miedo discapacitante cuando está lejos de la seguridad, por ejemplo, de su hogar, y particularmente cuando se encuentra en sitios atestados o aislados, en

cualquier lugar donde no pueda hacer un rápido escape o encontrar ayuda, de tal manera que piensa que sus miedos crecerán más grandes que él. Incluye el miedo a viajar, especialmente en un vehículo que no pueda ser detenido a voluntad.

En Gran Bretaña, durante las últimas dos décadas, la Agorafobia ha estado presente en la radio, televisión, periódicos y revistas. Este interés ha dado a conocer una actitud pesimista hacia su tratamiento y cura. En el Parlamento británico, en 1975, se trató de calificar a la Agorafobia como una enfermedad discapacitante. Durante la Semana de Salud Mental de 1974, un panel de psiquiatras, en la televisión de la BBC, concluyó que el mejor tratamiento para la Agorafobia era la terapia electroconvulsiva y/o las medicinas. Nunca he tratado a un paciente con electroshocks. En mi opinión ese método raramente es una cura permanente para ningún estado de ansiedad, y en mis pacientes la Agorafobia ha sido a menudo una fase de un estado de ansiedad.

El tratamiento con medicinas a largo plazo arriesga la adicción, la aparición de efectos secundarios, y le quita la confianza al paciente, en una enfermedad en la cual el desarrollo de ésta es esencial para la recuperación. Un terapeuta de seguro admite su fracaso si depende de las medicinas para tratar la Agorafobia. No es raro escuchar a un agorafóbico decir: “¡Mi doctor dice que estaré tomando píldoras toda mi vida!”, o “Mi doctor dice que la Agorafobia puede ser controlada, no curada, y que tengo que aprender a vivir con ella; que siempre tendré que tomar estas píldoras!”. Ambas declaraciones llegaron en cartas que recibí recientemente, y a través de los años he oído similares comentarios de demasiados pacientes.

Después de cuarenta años de práctica profesional médica, con un especial interés en el estado de ansiedad (del cual la Agorafobia ha sido parte a menudo), y en particular después de pasar los últimos veinticuatro años involucrada casi exclusivamente en el tratamiento de personas con Agorafobia, no sólo en Australia

sino también en el Reino Unido y en los Estados Unidos, considero que, a partir de los resultados obtenidos, se justifica una actitud optimista en el tratamiento de la enfermedad.

Una de las razones para el pesimismo entre los terapeutas es la dificultad para ver lo suficientemente seguido a los pacientes agorafóbicos, como para brindarles una ayuda efectiva. Parte de la enfermedad es la inhabilidad para viajar solos (y a veces aún acompañados), al consultorio del médico. Las visitas infrecuentes son desalentadoras, tanto para el médico como para el paciente, en especial durante las etapas tempranas de la recuperación, cuando se necesita soporte especial y aliento para ayudarlo a superar las recaídas, que parecen ser una parte inevitable de la recuperación. El visitar con frecuencia a un paciente en su propia casa, para satisfacer tales requerimientos, es a veces pedirle demasiado a un atareado terapeuta.

Tratamiento por Dirección Remota.

Durante el período entre 1966 y 1974, superé la dificultad de visitar a los pacientes en sus casas, mediante el tratamiento por dirección remota, a través de dos libros^{ii,iii} (ya mencionados), un álbum de dos discos long-play^{iv}, cassettes de audio^{v,vi}, y una revista trimestral de dirección y aliento. Esto fue aplicado al tratamiento de aproximadamente dos mil hombres y mujeres agorafóbicos (aparte de los pacientes regulares en mi consultorio), tanto en Gran Bretaña, Irlanda, los Estados Unidos, Sudáfrica y Australia.

El tratamiento por dirección remota tiene la ventaja de ofrecer ayuda justo cuando el paciente más la necesita (que puede ser varias veces durante el día), y allí donde más la requiera, es decir, cuando trata de movilizarse desde su casa, cuando sus síntomas, especialmente el pánico, son más severos. Esto también hace posible tratar a personas que viven en lugares tan aislados, que de otra manera no podrían conseguir ayuda. Los libros, cassettes y revistas están

disponibles para cualquier terapeuta que esté interesado (ver referencias al final del libro).

En 1970 hice un estudio con 528 hombres y mujeres agorafóbicos en Gran Bretaña e Irlanda^{vii}, a los cuales he tratado por dirección remota. Sus edades varían entre los 14 y los 74 años, y su tratamiento duró entre uno y siete años. Los hallazgos del estudio fueron tan típicos respecto a las características que he encontrado entre ellos que incluyo aquí los datos más relevantes, para referirme a esto posteriormente.

De los 528 pacientes, 60% habían sido agorafóbicos durante diez años o más, y 27% por más de veinte años, de tal manera que podrían ser clasificados como enfermos crónicos.

Sexo: Alrededor del 91% eran mujeres.

Estado civil: De las 486 mujeres, sólo 51 eran solteras. De los 42 hombres, sólo 16.

Ocupación: De las mujeres, 78% estaban ocupadas en las tareas de la casa, 12% a tiempo parcial, y 10% estaban empleadas a tiempo completo fuera del hogar. Un 5% de los hombres ya habían pasado al retiro.

Condiciones presentes: De aquellas que estaban entre los quince y treintaitantos años, 53% dijeron que eran felices, 45% infelices, y el resto medianamente feliz. De aquellas que bordeaban sus cuarenta años, 56% eran felices, 18% infelices, y 26% más o menos felices. En su cincuentena, 46% felices, 8% infelices, 46% suficientemente felices. Entre las de sesenta años, 41% eran felices, 14% infelices, y 45% más o menos felices. En sus setenta años, 38% eran felices, y ninguna era infeliz.

Condiciones durante la niñez: 75% dijo que su niñez había sido muy feliz, feliz, o medianamente feliz. Sólo 25% había sido infeliz.

Miedos principales. Los miedos de que se quejaban eran típicos de los agorafóbicos en general: miedo de estar en lugares atestados, de viajar solos o aún acompañados, de “colapsar”, de desmayarse, de entrar en pánico, de sentirse “paralizados” en la calle, vértigo, miedo a entrar en tiendas, a pararse en una cola. Otros menos frecuentes consistían en estar solas en casa, morir, miedo al dar a luz (cuando estaban embarazadas), a enfermedades físicas, a volverse locas, sentimientos de irrealidad, persistentes pensamientos aterradorizantes, miedo a perder a un ser querido, a dañar a otros (especialmente a niños), pérdida de la confianza, depresión, miedo a accidentes, inseguridad, sonrojarse. Había ciertas fobias discretas, (como el miedo a determinado animal) y obsesiones (como el lavarse las manos en forma compulsiva). Finalmente algunos se quejaban de una ansiedad general, sin causa específica.

Los miedos más comunes entre los hombres eran: miedo a la enfermedad física (especialmente a una afección cardíaca), y no ser capaces de manejar sus trabajos; inseguridad, soledad.

Causa. Los motivos que precipitaron la Agorafobia, en orden de frecuencia fueron: enfermedad física (por ejemplo, después de una operación quirúrgica, un encierro difícil, tuberculosis, infección, artritis), el estrés doméstico en la vida adulta, pérdida de un ser querido, dificultad o presión en el trabajo, padres dominantes, un padre que tuvo una crisis nerviosa, o uno alcohólico, la súbita aparición de síntomas que atemorizan cuando se estaba fuera de casa (por ejemplo, ataques de palpitaciones inesperadas o no experimentados hasta entonces, pánico por vértigo o confusión), también el hecho de ser hija única, tener una disposición nerviosa, ser hija ilegítima, la Segunda Guerra Mundial, la tensión de cuidar padres ancianos. Un 5% no pudo dar una causa específica para su enfermedad, y sólo un 5% de los 528 se quejaron de dificultades sexuales.

Edad del comienzo de la Agorafobia. La mayoría se comenzó a sentir mal en su veintena o treintena de años. El Dr. Marks menciona que “No es del todo claro por qué la Agorafobia debería ser un rasgo particular de la joven vida adulta, cuando personas de todas las edades están expuestas a los rigores de encontrarse en lugares y calles abiertas. Es relevante que los estados de ansiedad tengan el mismo rango de inicio que el síndrome de la Agorafobia, y que las dos condiciones coincidan considerablemente en sus características clínicas, excepto que la ansiedad es principalmente generalizada y no situacional”.

Cuando se observa que la Agorafobia surge con frecuencia en un paciente con un estado de ansiedad, no es difícil comprender cómo el rango de su inicio coincide con el de la ansiedad y, puesto que el estado de ansiedad ocurre frecuentemente en gente joven, en particular entre los veinte y treinta años, la consecuencia natural es que la Agorafobia también se presente durante esas edades. También “estar en espacios abiertos o en la calle” no es en sí una actividad demasiado exigente, a menos que uno esté ya condicionado por un estado de ansiedad al viajar solo, o estar en lugares donde no se puede obtener ayuda rápida.

La diferencia en la incidencia entre sexos también es comprensible, porque la Agorafobia se desarrolla por lo general en las mujeres, cuyo trabajo en casa les da la oportunidad de refugiarse allí, si así lo quieren. Los hombres que trabajan fuera de casa deben hacer el esfuerzo de salir día a día, y por lo tanto no desarrollan fácilmente el síndrome agorafóbico. Sin embargo, algunos hombres expresan su enfermedad como un ejecutivo ubicado en el centro de la ciudad, evitando viajar a distritos lejanos y a otras ciudades, y podrán rehusar promociones, aún si éstas significan nada más que viajar ocasionalmente fuera de la ciudad.

Tratamiento previo. Un 65% tuvo tratamiento con uno o más psiquiatras, y el 30% sólo con un médico general. Éste incluyó casi todos los métodos conocidos: terapia electroconvulsiva, psicoanálisis, narcoanálisis, hipnosis, conductismo,

leucotomía modificada, L.S.D., terapia grupal, terapia ocupacional, y en palabras de muchos, “medicinas y más medicinas”.

Resultado del tratamiento previo. A un 55% no le ayudó en absoluto; el 6% fue ayudado temporalmente; el 24% sintió que le alivió un poco. Aún aquellos para quienes la ayuda les resultó positiva, todavía necesitaban apoyo adicional. Estos 528 pacientes, por lo tanto, representaron un desafío especial ante cualquier otro tratamiento nuevo, y particularmente al método por dirección remota.

Resultados del tratamiento por dirección remota. Los resultados de pacientes entre diecisiete y veintinueve años fueron satisfactorios o buenos en un 73%; entre los de treinta a treinta y nueve años, los resultados fueron similares en un 67%, y entre los de cuarenta a cuarenta y nueve años, en un 55%. El grupo de los mayores y, por lo tanto, más difíciles, entre cincuenta y setenta y cuatro años, el progreso satisfactorio o bueno fue de 49%. Como la mayoría de estos 528 pacientes eran enfermos crónicos, (sólo veintisiete habían estado enfermos por menos de tres años); las oportunidades de recuperación espontánea, sin tomar en cuenta el tratamiento, fueron deficientes. Por resultados ‘buenos’ quiero decir que los pacientes fueron capaces de moverse mucho más libremente y, si entraban en pánico, podían manejarlo sin desanimarse por su causa. Sólo sesenta afirmaron estar curados. Sin embargo, luego me enteré que más bien “consideraban” haberse curado pero, tal como dijo un hombre: “El decirse curado es demasiado parecido a tentar el destino”.

CASOS

Progreso Satisfactorio.

Hombre de sesenta y un años. Agorafóbico intermitentemente durante treinta años. Causa: Operación quirúrgica, seguida de pérdida del trabajo; prestó servicio durante la guerra (Segunda Guerra Mundial). Síntomas principales: Irrealidad,

vértigos, miedo al colapso, pánico, inhabilidad para mezclarse libremente con la gente. Tratamiento previo: Electroshock y varias medicinas. Tres veces internado en un hospital: “No me ayudó con la Agorafobia”. Tratamiento por dirección remota: Tres años. Progreso: “Con la aceptación y la auto-*desensibilización*, he progresado más que en los últimos veinte años. Me pregunto si no es muy tarde para comenzar el camino hacia una completa recuperación. Ahora puedo viajar en autobús solo, en viajes cortos, estar solo en casa, a veces durante todo el fin de semana, cuando los demás han salido. Puedo hacer frente a otras personas en vez de retirarme. Mi doctor y mis amigos dicen que luzco mejor. Recaídas: ¡Éstas son mi mayor problema!. Me siento bien y de pronto algo ocurre, y pienso que nunca me voy a curar completamente. Pero ahora estoy tratando de mantenerme ocupado. El malestar pasa. He dejado de gastar dinero en las así llamadas curas. Con el cassette de la Dra. Weekes me fui de vacaciones solo, este verano, por primera vez en años”.

Progreso Satisfactorio.

Mujer de cincuenta y un años. Agorafóbica durante diez años. Causa: “En un año, mi padre y hermano murieron, y también mi suegro y mi suegra. Mi esposo entró a un hospital mental, debiendo dinero por todas partes, y perdí todos mis dientes. Me sentía indefensa”. Principales síntomas: ansiedad general, ataques de pánico cuando salía, e insomnio. Tratamiento previo: “Con médico general, sólo durante dos años. Me dió medicinas, que ayudaron un poco. Mi doctor es bastante escéptico respecto a la enfermedad nerviosa, así que no me hace bien ir donde él demasiado seguido”. Progreso: “Ahora puedo estar en público (clubes de bridge, tiendas, hoteles). Puedo caminar más lejos de casa que antes y hago mis compras bastante satisfactoriamente. Mis amigos piensan que he mejorado. Cuando tengo una recaída me deprimó, pero no por mucho tiempo”.

Buen Progreso.

Mujer de cincuenta y un años. Agorafóbica durante diecinueve años. Atada a su casa. Causa: anemia y estrés doméstico, trabajo de tiempo completo fuera de casa, y niños que cuidar. Síntomas principales: pánico, piernas temblorosas, visión nublada. Tratamiento previo: “Electroshock, y tabletas (drinamyl) durante veinte años. *Desensibilización* en el Hospital Saint Andrew. Todo eso ayudó un poco”.

Progreso con tratamiento por dirección remota (durante siete años): “Podría decir que estoy casi curada. Soy capaz de hacer compras sola, en tiendas locales, comer en un restaurante, caminar hasta donde mi hija, a unas quince cuadras. Puedo trabajar a tiempo parcial vendiendo cosméticos, de puerta en puerta. ¡Viajar en transporte público, autobuses, tranvías, subterráneo! Mis hijas y amigas dicen que es un milagro. No he tenido una recaída desde que inicié el tratamiento, pero todavía tengo las sensaciones raras. Trato de flotar a través de ellas”.

Buen Progreso.

Hombre de cuarenta y tres años. Agorafóbico durante seis años. Causa: un período de cuatro meses de enfermedad física, que comenzó con un disco desplazado en la columna, seguido de una infección viral, lo que derivó en un estado de ansiedad. Síntomas principales: Miedo a encontrarse con gente, pánico, temor a la recaída. Tratamiento previo: “Seis años con médico general. Eso ayudó. El tratamiento fue el estímulo diario, acompañado por tabletas todos los días. Tratamiento por dirección remota durante cuatro años. Progreso: “Primero que nada, aprendí que los nervios te hacen trucos, y la parte que juega es la memoria. Esta comprensión me da más confianza para trabajar con mí mismo, cuando el primer miedo ataca. Estoy inicialmente deprimido, cuando la recaída recién empieza, pero entonces leo las revistas, como parte del tratamiento. La aceptación trae recuperación.”

CAPÍTULO 2: Sensibilización.

El término *desensibilización* es usado hoy en psiquiatría, junto con un moderno método de tratamiento de fobias. El Dr. Marks ha escrito que “El método que consiste en exponer al sujeto al estímulo que produce el miedo, puede ser importante. Una técnica es comenzar con esto en forma suave, distante, o con algo similar a lo que produce miedo, y acercarse al estímulo real tan gradualmente, que sólo se produzca un mínimo temor, y entonces se puedan aplicar respuestas antagonistas. Este es el método usado en la *desensibilización*”.

En tanto que el término *desensibilización* es con frecuencia usado hoy en día, la palabra *sensibilización* es raramente utilizada. Sin embargo, en mi opinión, ella encierra la clave para entender el desarrollo del estado de ansiedad y la Agorafobia. El Dr. Marks también ha escrito que “Nos queda la pregunta del origen de la ansiedad general en los agorafóbicos. Nadie ha respondido esto adecuadamente”. En mi opinión, poner a la Agorafobia en primer lugar y a la ansiedad general en segundo término es invertir el verdadero orden. La mayoría de mis pacientes, primero desarrollaron un estado de ansiedad, del cual surgió la Agorafobia como una fase secundaria. En unos pocos de ellos, el estado de ansiedad y la Agorafobia se presentaron simultáneamente.

El término *sensibilización* expresa un estado en el cual las respuestas emocionales y nerviosas son exageradamente intensificadas, y llegan con una rapidez a veces alarmante. En una persona severamente *sensibilizada*, las reacciones nerviosas al estrés pueden ser tan rápidas, que parece que vienen sin que se les hubiera convocado, tal como si (en palabras usadas comúnmente por mis pacientes) alguna “cosa” externa les estuviera haciendo esto.

No hay ningún misterio en la *sensibilización*. Muchos de nosotros la hemos sentido ligeramente al término de un día de tensión, cuando los nervios se ponen “de punta”, y cualquier cosa sin importancia nos altera demasiado. Algunos son perturbados aún por una ligera *sensibilización*. Por otro lado la *sensibilización* severa, tal como la siente la persona nerviosamente enferma, puede producir un alto grado de alteración. La persona siente los síntomas del estrés con tanta intensidad, que un espasmo ordinario de miedo puede ser registrado como un latigazo de pánico, casi como una descarga eléctrica, y desconcierta, ya que puede ser respuesta al impacto más pequeño, por ejemplo, sólo un portazo, una ráfaga de viento frío, o aún peor, pues el pánico puede descargarse sin ninguna razón aparente.

Para comprender la Agorafobia, sobre todo se debe analizar la severidad y la velocidad del pánico que puede venir con la *sensibilización*, y comprender que, debido a la subsiguiente fatiga y *resensibilización*, puede presentarse una descarga de pánico tras otra, rápidamente, siendo cada flash más intenso que el anterior. La capacidad alarmante del pánico para ir en aumento, es una de las principales razones por las cuales el paciente es renuente a estar en lugares donde crea que el pánico puede golpearle.

Sugiero que la explicación fisiológica para la *sensibilización* reside en comprender cómo los circuitos nerviosos reverberantes en el sistema nervioso trabajan para producir una respuesta aumentada. Los circuitos, reflejados en los nervios autónomos de la persona en estado de ansiedad (el cual, como ya se ha mencionado, a menudo incluye la Agorafobia), son usualmente iniciados por el miedo, la ansiedad, el espanto, ya sea como un estímulo repetido o como una tensión sostenida, que surge de un telón de fondo de estrés más o menos constante. Ante la alerta persistente, los nervios están bajo un permanente estado de sobresalto. Las respuestas aumentadas que perturban a la persona *sensibilizada*, son los síntomas usuales de estrés **enormemente exagerados**, y

de estos, los espasmos de pánico son los más *sensibilizantes*, ya que uno prepara el camino para los siguientes, que vienen cada vez más intensos. En otras palabras, la recurrente ansiedad del paciente (sus circuitos reverberantes) producen síntomas nerviosos físicos de intensidad cada vez mayor (respuestas aumentadas).

La intensidad de estas respuestas nerviosas establecidas es lo que impide que una explicación simple de alguna causa profunda lleve a la recuperación. La razón de esto es que a menudo la ansiedad recurrente conlleva a los síntomas nerviosos mismos, especialmente al latigazo de pánico.

En este libro usaré el término *sensibilización* para indicar las sensaciones nerviosas exageradas y las intensas respuestas emocionales que se hallan en muchas personas en estado de ansiedad, opuestas a la ordinaria sensibilización moderada que la mayoría de individuos, bajo estrés, experimentan de tiempo en tiempo.

La persona intensamente *sensibilizada* puede quejarse de cualquiera de las siguientes sensaciones: un corazón que palpita con fuerza, sensación de que se suspenden algunos latidos (el corazón parece detenerse por un momento), dolor en la región del pecho, un corazón que late rápido constantemente, ataques de palpitaciones, vértigos o confusión, sudores, agitación, rigidez en el pecho, un “bulto” en la garganta, dificultad para tragar comida sólida, sensación de incapacidad para inhalar profundamente, dolor de cabeza, extrema irritabilidad, rapidez intestinal, sensación de llenura y quemazón en la cara, debilidad fácilmente inducida, visión borrosa, músculos adoloridos y, sobre todo, ataques de un pánico casi incapacitante, y si se está fuera de casa, un deseo abrumador de escapar a algún lugar donde se calmará y el pánico cederá. Estos síntomas de estrés agudo se originan principalmente a partir de la estimulación de nervios autónomos, (principalmente el simpático).

A los síntomas de estrés agudo se pueden añadir gradualmente los efectos del estrés crónico siguientes: fatiga, apatía, retardo del pensamiento y del movimiento, pérdida del apetito, falta de sueño, depresión. Estos síntomas son acompañados por una marcada vulnerabilidad ante el menor estrés añadido, a causa de la exagerada respuesta de unos nervios autónomos sobresaltados.

Tanto para el terapeuta como para el paciente, es importante tener en cuenta que un estado de ansiedad no es sólo la expresión de los síntomas del estrés, sino la ***exageración de estos, en un cuerpo sensibilizado.***

Una persona ansiosa puede preocuparse en forma recurrente sobre algún problema estresante y, a pesar de los síntomas del estrés, le es posible trabajar y funcionar normalmente. No es hasta que el estrés crónico, o el shock de un súbito y abrumador estrés produzcan la *sensibilización*, exagerando sus síntomas, que puede llegar a estar ***involucrado con el estado en que se encuentra, y quizás aún más con este estado, que con el problema original.***

Usualmente mis pacientes agorafóbicos llegan a *sensibilizarse* por las siguientes razones: ya sea en forma súbita, como respuesta a algún shock que afecta sus nervios, por ejemplo una gran hemorragia, un accidente, un confinamiento difícil, una operación quirúrgica complicada, o de modo más gradual, como resultado de una enfermedad debilitante, una dieta demasiado extenuante, trabajar o vivir en una situación estresante, etc.

A una mujer debilitada, después de una agotadora operación quirúrgica, pequeños incidentes pueda que le parezcan un shock, tales como el leve impacto de la escoba del encargado de limpieza, contra su cama, y sentir que eso la atraviesa “como un cuchillo”. Sentirá que la espera (por ejemplo, el simple hecho de que lleguen visitas) es una tensión casi insoportable, como si sus nervios fueran realmente estirados, como cables muy tensos que se romperían si el alivio no llega rápido. Estas experiencias la alteran tanto, que recurrentemente estará

preocupada por ellas, mientras permanece echada en su cama. Podría tener la tensión añadida de la aprehensión acerca de si será capaz de manejar su trabajo en casa, si este estado persiste. Cualquier complicación post operatoria puede traer más estrés, lo que lleva a más *sensibilización*, la que gradualmente pasará de ser sólo espasmos de miedo, a agudos ataques de pánico. La creciente severidad del pánico trae mayor confusión y ansiedad, de tal modo que se pueden añadir otros síntomas de estrés: la sensación de un corazón que se acelera, retortijones de estómago, etc.

Esta mujer está ahora en un estado de ansiedad tal, que puede ser agravado por cualquier situación doméstica que encuentre al regresar a casa. En esta etapa estará tan *sensibilizada*, que podría tan sólo “pensar en tener miedo de tener miedo”. Debe ser aterrador encontrar que un mero pensamiento ansioso fugaz puede ser seguido de un destello de pánico que la consume. La reacción natural es de tornarse más ansiosa, y así establecer un ciclo de *sensibilización-miedo-sensibilización*. El camino está ahora trazado para el desarrollo de la Agorafobia.

CAPÍTULO 3:

Desarrollo y establecimiento de la Agorafobia.

Tal como es usado el término Agorafobia, difiere fundamental y significativamente de las fobias monosintomáticas, tales como el miedo a las arañas, a la muerte, a los gérmenes, etc. La persona con una fobia específica tiene miedo de un objeto **fuera** de ella, y le teme por él mismo: su aspecto, su textura, sus potencialidades. El agorafóbico teme ciertas situaciones, pero no de la misma manera. Teme a las sensaciones que surgen **dentro** de él mismo: el pánico, la debilidad, las palpitaciones; cuando se encuentra en determinado contexto. Teme que se produzca un evento en que no pueda encontrar ayuda rápido, o donde piense que hará un espectáculo delante de otros. Sería lógico encontrar un nuevo nombre para la condición que se acaba de describir, y guardar el término Agorafobia para los raros y sencillos casos de miedo a los espacios abiertos o a los espacios atestados de gente (como el mercado). Sin embargo, este término es tan ampliamente usado hoy en día, aún por los pacientes, para describir un síndrome con múltiples miedos y síntomas, que continuaré refiriéndome a él de esta manera.

La *sensibilización* puede estar presente, sin desembocar necesariamente en una enfermedad nerviosa; de aquí la importancia de diferenciarlas. Diríamos que una persona tiene una enfermedad nerviosa, cuando la *sensibilización* persiste, alterándolo lo suficiente como para interferir con su manera de vivir.

Uso el término “enfermedad” sin que ésta represente una enfermedad en sí, sino que los nervios *sensibilizados* responden con tanta rapidez e intensidad, que sus víctimas se **sienten** enfermos. Podría usar el término “perturbado” en vez de enfermo, pero pienso que la distinción es innecesaria. En su libro “El Mito de la Enfermedad Mental”, el Dr. Thomas Szasz escribe: “Para comprender la

psiquiatría, debemos también conocer el significado del término enfermedad mental, que surge en parte del hecho que, es posible que una persona se sienta enferma, sin que tenga realmente una enfermedad física. ¿Deberíamos tratarlo como si no estuviese enfermo, o como si lo estuviera?'. Y también afirma: "Sostengo que las intervenciones psiquiátricas están dirigidas a problemas morales, no médicos".

Aunque mi tratamiento, apoyado en la *sensibilización*, se basa en transformar el modo en el cual el paciente considera su condición, en cambiar su actitud, estoy dedicada a curar **"una alteración definida en el funcionamiento nervioso físico (respuesta aumentada, agravada)"**, la cual por conveniencia, seguiré llamando "enfermedad nerviosa". También en este libro uso este término para referirme al estado de ansiedad; sea con o sin Agorafobia como acompañante, como algo diferente a una psicosis.

La confusión y el miedo son los culpables de prolongar la *sensibilización* y mantenerla severa. La confusión actúa exponiendo a una persona a la tensión de preguntarse repetidamente: "¿Qué me está pasando? ¿por qué soy así?" Puesto que el pelear es nuestra defensa natural, quien está *sensibilizado*, casi siempre tratará de luchar para salir de su confusión, y volver a ser la persona que fue, antes que le pasara esta "cosa". Sin embargo, mientras más lucha, añade más estrés, especialmente cuando sus esfuerzos están acompañados por más tensión, y por consiguiente, **a más estrés añadido, más sensibilización**. Al no encontrar una salida del laberinto de síntomas que lo alteran tanto, se sentirá incapaz de manejar no sólo cualquier dificultad presente (por ejemplo, problemas domésticos estresantes) sino también algún futuro sufrimiento, que imagine que su enfermedad podrá traerle.

El agorafóbico se siente doblemente ansioso porque, como ya se ha mencionado, tan sólo tiene que pensar en el miedo para sentirlo. De hecho, para una persona *sensibilizada*, la conexión entre un simple y fugaz pensamiento

ansioso y el pánico intenso, puede ser tan fuerte que el pensamiento parecerá inconsciente, sin ser advertido, y creará que el pánico sobrevino “de la nada” y, ya que éste parece ser capaz de superarla antes que tenga tiempo para manejarlo, puede convencerse de que no es capaz de controlar sus propios pensamientos ni acciones. El estrés de la confusión, la desorientación y el miedo, que se va añadiendo continuamente a la *sensibilización* es la causa que mantiene los síntomas en un nivel muy alto, lo que reafirma al paciente en su enfermedad nerviosa.

La *sensibilización*, la confusión y el miedo fueron los tres factores principales que lo precipitaron a un estado de ansiedad y, por consiguiente, a menudo hasta la Agorafobia. Para expresarlo en forma más simple, se hallaba ***en un ciclo de miedo-adrenalina-miedo. El desarrollo de la Agorafobia (miedo a dejar la protección de la casa) fue la consecuencia lógica de todo esto.***

Quien así padece, raramente reconoce sus síntomas como nada más que respuestas exageradas al estrés, porque la exageración los hace muy diferentes a los síntomas ordinarios del estrés ligero, que ha experimentado de vez en cuando. Piensa que sus síntomas son únicos, que nadie puede haber sufrido así antes. Algunas veces está tan asustado y confundido que siente que se está volviendo loco. El saber que sus síntomas siguen un patrón bien conocido, y que otros sufren como él, genera suficiente alivio como para curar a algunas personas. Sin embargo, puede ser que no se le proporcione una explicación adecuada de sus síntomas, lo que lo mantiene confuso y temeroso. Demasiada gente que ha tenido tratamiento psiquiátrico, a veces por años, y con más de un terapeuta, dice: “Nunca me explicaron antes mis síntomas. ¡Si tan sólo me lo hubieran dicho hace años!”. Cuando dicen “hace años” a veces se refieren a veinte años o más, y ocasionalmente, hasta a cuarenta años.

Una paciente, en el estudio de 1970, al preguntársele la causa de su enfermedad, escribió: “ He sido encontrada inconsciente en la calle. Se me ha llevado al

hospital donde fui examinada. No se encontró anormalidad alguna. No se me preguntó qué medicinas estaba tomando, ni se me ocurrió decirlo. Sufría de presión baja y estaba tomando Priscol para la circulación de mis manos, resultando que, después de haber dejado el hospital, continué tomando la medicina, y tenía sensaciones muy vagas, que terminaron finalmente en mi miedo a salir”.

Y continuó: “Ví a un psiquiatra. Después de oír mi historia me dijo que estaba identificándome con mi madre, que había muerto de cáncer, enfermedad que afectó su cerebro. Yo era quien la cuidaba; tenía veintiun años entonces. Se me hizo un electroencefalograma, y hubo algunas dudas sobre un tumor cerebral. Se me envió a otro hospital, en un compartimiento reservado de un tren, y fui recogida en la estación por una ambulancia. Pasé por los mismos procedimientos en este hospital, donde se me dio una certificación de buena salud.”

“He sido agorafóbica durante diecisiete años. Si tan sólo alguien me hubiera dicho, en ese día fatal en que estuve en un hospital por primera vez: “Usted normalmente tiene baja presión. El Priscol baja la presión. Así, todo lo que sucedió fue porque tuvo una baja adicional de presión debida al Priscol, y eso hizo que se desmayara”. Ahora sé que nunca habría tenido Agorafobia. Me encantaba caminar antes de ese incidente. Durante la guerra caminé kilómetros sola, a todas horas de la noche, sin tener la menor sensación de miedo”.

En mi estudio de 1970, 60% de los hombres y mujeres agorafóbicos habían estado enfermos durante diez años o más. Un 95% de los 528 estudiados había tenido tratamiento previo, y 55% dijeron que no habían tenido ningún beneficio de ello; 24% había mejorado sólo un poco, y 6% fueron ayudados temporalmente. Quizás la clave de estas cifras decepcionantes sea la falta de explicación adecuada respecto a la enfermedad y desafortunadamente esto sucede a menudo, como resultado de la insuficiente comprensión por parte de los mismos terapeutas.

1.- Causas originales de la sensibilización.

Muchos de los agorafóbicos que he tratado no tenían duda acerca de la causa original de su enfermedad. Sólo 5 a 6 %, en el estudio de 1970, dijeron que desconocían su origen. En mi opinión, hoy en día se dedica demasiado tiempo a la búsqueda de una causa, profundamente enraizada, para el estado de ansiedad y de su frecuente acompañante: la Agorafobia. Se añade demasiado sufrimiento con ello, en personas en las que tal causa no existe.

Aún cuando se hallase un motivo profundo, su exposición o conocimiento no siempre va seguido de una cura. Usualmente no es suficiente decirle al paciente que determinados factores influyeron en él cuando era joven, y que esa es la razón de su presente enfermedad. ***La sensibilización presente a menudo permanece, porque el hábito del miedo ha llegado ahora a ser importante y esto debe ser curado.***

Una mujer escribió: “Ví a un doctor hace cuatro años. Interrumpí mis visitas debido a mi gran frustración y el continuo rehacer el pasado. Todo lo que escuchaba parecía ser que mi madre no me amaba, y que me dejó al cuidado de mis amas; que mi padre tampoco me amaba; se me dijo una y otra vez que la falta de afecto causaba fobias agudas, pero lo que nunca se me mencionó fue en qué forma tenía que manejar los miedos mismos, especialmente el miedo de dejar la casa. He solicitado ayuda para manejarlos, con las terribles sensaciones físicas que tengo. Parece que todo lo que se me proporcionó para vivir con ello, fue “si solamente...”.

Esta es una historia típica.

2.- Causas comunes de la Agorafobia.

Las causas precipitantes más comunes, mencionadas por hombres y mujeres en el estudio de 1970 fueron, en orden de importancia: Enfermedad física, estrés en el hogar o en el trabajo, confinamiento difícil, un súbito ataque de pánico,

palpitaciones, o severa debilidad mientras se está fuera de casa, depresión, pena. Sólo cinco de los 528 mencionaron problemas sexuales.

La enfermedad física superó numéricamente por mucho a las otras causas. Sin embargo, todos los orígenes compartían el denominador común del **estrés**, que condujo al desarrollo de la *sensibilización* y que, algunas veces, se declaró primero en la calle como un ataque de pánico, palpitaciones o la sensación de un colapso.

3.- Pánico.

Los errores al juzgar la estabilidad de los agorafóbicos surgen principalmente de no comprender la intensidad del pánico traído por la *sensibilización*. ¡Puede ser tan fuerte como la impresión que les dio la gran caída de la bolsa de valores a todos los involucrados! También el nervio simpático *sensibilizado* puede ser fácilmente sobresaltado, de manera que un solo flash de pánico puede estar seguido de otros, como una reacción en cadena, en una rápida sucesión casi paralizante. Entender la electrizante calidad del pánico *sensibilizado* es la clave para darse cuenta de cuánto miedo puede surgir, en personas que hasta ahora no eran propensas a entrar en pánico. El Dr. Marks hace notar que los agorafóbicos representan una sección de toda la comunidad, y que no son especialmente neuróticos. Ésta ha sido también mi experiencia con mis pacientes. Por supuesto que hay siempre hipocondríacos que entran en pánico ante cualquier desventura física, y pronto desarrollan un estado de ansiedad. Ellos son reconocidos, en corto tiempo, por un terapeuta hábil.

En tanto la *sensibilización* progresa, cualquier reacción emocional, no sólo el pánico, puede seguir al pensamiento con tanta rapidez, que la emoción parece dominarlo. El paciente sufre esta reacción con tal intensidad que puede decirse que su mente se queda como aturdida en la cima del pánico. De allí su renuencia a salir solo o a estar en algún lugar donde se sienta atrapado, encerrado o aislado.

Ésta es la razón por la que se ubica cerca del pasillo en el cine, cerca de la salida en el restaurante, o junto a la puerta de atrás en la iglesia, “sólo por si acaso...”.

El miedo a ser atrapado de esta manera fue bien demostrado por un hombre que podía estar comparativamente calmado en la cola de un banco, hasta que el cajero cogiera sus documentos; él sabía entonces que estaba atrapado hasta que el empleado se los devolviera. Este tipo de paciente está aterrorizado porque piensa que su pánico puede alcanzar tal climax que lo hará perder el control de sí mismo, (nunca sabe cómo) y puede ser conducido a alguna parte (nunca sabe dónde, pero un asilo se destaca entre las posibilidades).

En mi experiencia con pacientes agorafóbicos, cuando se encuentran fuera de casa, el pánico es el síntoma principal que los mantiene prisioneros en su propio hogar.

4.- Palpitaciones.

Cuando las palpitaciones o el miedo al colapso (o quizás ambos) son los síntomas que se presentan, vienen rápidamente seguidos de confusión, miedo y luego, quizás, de otros síntomas de estrés: pánico, vértigo. La víctima intenta huir en busca de seguridad, quizás a su casa o a algún refugio cercano, lo más pronto posible.

Cualquier suceso inusual que tenga que ver con el corazón es alterante, y un ataque de palpitaciones puede ser una alarma, en especial si se presenta donde no es posible encontrar ayuda. Si durante los días que siguen tiene otros ataques, pronto se convence de que algo está radicalmente mal con respecto a su corazón. Si acepta la palabra de su médico que le informa lo contrario, todo va bien. Sin embargo, si no se convence lo suficiente como para calmarse, puede llegar a ser renuente a moverse de casa, y permanecer tan ansioso que toda la jerarquía de síntomas nerviosos tiende a aparecer: corazón que late rápidamente, manos

sudorosas, estómago que se retuerce, etc. Si la paciente es una mujer, puede ser que no tenga la necesidad de salir de la casa, y comenzará a quedarse en ella en forma continua y consistente, de tal manera que se llegue a atrincherar en casa, y ser totalmente dependiente de otros para salir. Esta renuencia puede ser reforzada aún más si, cuando reúne valor y se aventura sola a salir, su aprehensión le trae un ataque de pánico, posiblemente seguido de palpitaciones. Pronto se acostumbra a dar excusas para evitar dejar su lugar seguro. He conocido a tales mujeres que se aferran al hogar por años, saliendo sólo cuando es absolutamente inevitable; y aún así, han escondido tan bien sus miedos, que sus familias han sido inconscientes de su incapacidad.

Como se mencionó, el hombre está obligado a viajar de su casa al trabajo, por tanto, aunque se ha estimado que hay tanto hombres como mujeres que sufren de estado de ansiedad, relativamente pocos varones sufren de Agorafobia. En el estudio de 1970 sólo 16% fueron hombres. Como ya se mencionara, la fase agorafóbica de un estado de ansiedad en él puede ser expresada como renuencia a viajar fuera de su ciudad, o a sentarse en largas reuniones de trabajo en donde, como tantos agorafóbicos, le parece que el confinamiento es difícil de soportar; se siente atrapado.

5.- Colapso.

Una sensación súbita de colapso puede ser casi tan aterradorante como las palpitaciones, especialmente cuando la debilidad es acrecentada aún más por el pánico.

La *sensibilización* no es un requisito necesario para un ataque de debilidad. Es usual que una persona ocupada, que ha tomado poco desayuno o no ha almorzado, tenga un ataque ligero de hipoglicemia. Es sorprendente cuán a menudo un ataque de hipoglicemia ocurre mientras la víctima espera en una cola para regresar a casa desde el trabajo. La energía extra que se necesita para estar

de pie después de un día cansador, posiblemente bajo la tensión adicional de estar impaciente mientras aguarda un autobús o un tren, puede ser que desencadene el ataque.

El primer episodio de hipoglicemia será aterrador, especialmente si comienza con la extraña sensación de disolución, de que la muerte casi se aproxima, que a menudo preludia el ataque. He estado sorprendida de cuántos agorafóbicos han hecho la siguiente confidencia: “Estaba en el paradero de ómnibus cuando súbitamente, una extraña sensación se apoderó de mí, como si fuera a morir. Me sentí débil y con vértigo, y mi corazón comenzó a correr, mis rodillas se doblaban. Entré en pánico y a lo único que atiné fue a casi arrastrarme a un autobús. Cuando llegué a casa estaba exhausto, y desde entonces no me he atrevido a viajar solo”.

6.- Vértigo y mareo.

Pocos pacientes son fácilmente convencidos de que una condición física tan perturbadora como el vértigo puede ser causada por los nervios. El pensamiento de un tumor cerebral atormenta a muchos. Aún si son persuadidos de que los nervios son los culpables, temen salir, sienten que las casas parecen volcarse y el pavimento subir y bajar. La tensión puede afectar a tal extremo la vista, que los objetos parecen borrosos y la visión distante se cubre como de una neblina brillante. La persona puede esperar días en casa a que pase el vértigo, antes de atreverse a la aventura de salir. He conocido algunas mujeres que esperan indefinidamente porque, apenas piensan en dejar la casa, la tensión aumenta y el vértigo regresa.

Una mujer se sentía perseguida por el miedo de quedar presa en su auto, durante la luz roja, en una intersección. Tan pronto como la luz verde cambiaba a ámbar, pensaba: “¡No me atrevo a parar ahora! Es aquí donde siempre tengo un ataque

de mareo”. Así que se apresuraba a cruzar, y por supuesto, la tensión extra acentuaba su tendencia al vértigo.

7.- Tristeza y depresión.

Una persona con profunda pena puede aferrarse a la casa rehusando socializar. También a partir de su tensión por el constante pensamiento y la ansiosa elaboración de su pena, quizás sumado al estrés de su malnutrición (tal vez sólo pruebe su comida), puede llegar a estar debilitada y, consecuentemente, *sensibilizada*, y sujeta a todas las reacciones que trae la *sensibilización*, incluyendo la Agorafobia.

La renuencia a dejar la casa, y más aún, a salir de su cama, puede ser parte de cualquier depresión. De hecho a veces algunas personas no deprimidas tienen que forzarse para salir, y muchos experimentan la tristeza de partir, antes de emprender un viaje. La depresión agrava esta sensación normal de renuencia a moverse de casa, y después que el estado depresivo se disipa, la memoria de esta resistencia puede prolongarse tan vívidamente, que la negación a dejar la casa permanece como un hábito establecido.

8.- Sin causa aparente.

Tal como se mencionó, sólo el 5 ó 6% de personas que participaron en el estudio de 1970, no pudieron dar una causa para su Agorafobia. En mi práctica, cuando un paciente no puede explicar el origen de su enfermedad, a menudo argumentando que el pánico viene sin que se le llame, al responder el cuestionario posterior, a veces revela que cuando el pánico apareció por primera vez, había estado atravesando por un período estresante y, por lo tanto, estaba posiblemente *sensibilizado*. La tensión pre-existente llegó a estar tan a la sombra de la Agorafobia, que había sido olvidada. Es fisiológicamente imposible que el pánico se presente en forma espontánea.

9.- Establecimiento.

Es comprensible que una mujer que tenga estas experiencias prefiera quedarse en casa, o que si va de compras lleve a alguien como soporte. Si opta por llevar consigo un niño, pronto estará temerosa de que éste la vea “así”, de manera que pospone las compras, hasta que un adulto pueda acompañarla.

Si reúne fuerza y coraje, y se aventura a salir sola, aunque sea hasta el final de la calle, con frecuencia encuentra muchos obstáculos en el camino. La *sensibilización* y la memoria la hacen tan consciente de sus sensaciones nerviosas, que es como si estuviera sintonizada a su menor reacción. Naturalmente, sus nervios autónomos responden a esa introspección ansiosa, poniéndose en alerta, de tal manera que sólo se requiere una pequeña tensión añadida para producir pánico, y quizás también los demás síntomas del estrés que tanto teme. Por lo general reacciona dando media vuelta y regresando a casa, o forzando sus pasos, con el ceño fruncido. Si continúa su camino luchando, la tensión creciente puede tensar tanto sus músculos, que hasta llegará a quedarse parada, como “paralizada”. Según palabras de una mujer, “enraizada en el suelo” quizás sosteniéndose del soporte más próximo. La compulsión de retornar a casa se hace tan fuerte que se siente empujada hacia atrás, con cada paso que intenta dar hacia adelante. Para ella, caminar por la calle es casi tan difícil como intentar pasar a través de una pared de concreto.

La paciente teme en particular estar en un centro comercial; el gentío, el calor, el ruido y la ausencia de un lugar para descansar la confunden, produciéndole “esa sensación de debilidad”. El clima caluroso agrava los síntomas, porque la vasodilatación incrementa la acción hiperkinética, y rápidamente trae a la consciencia su corazón palpitando, dando golpes; el aumento de sudor, y la sensación de que le quema la cara. De hecho, está convencida que su enfermedad se le nota en el rostro, y para evitar que la miren preferirá usar lentes oscuros, salir de noche o en la lluvia, con poca gente a su alrededor.

Si la paciente lucha así por avanzar en su camino, y se las arregla para llegar al supermercado, le es muy natural pensar, mientras está en la cola para pagar “¡sería terrible si tuviera eso ahora, aquí, acorralada!”. Aún si escapa, antes que el pánico y la confusión la golpeen demasiado, hasta no ser capaz de superarlo, recordará la experiencia tan vívidamente que, por lo general, tratará de evitar ir de compras sola, en el futuro. De hecho, puede llegar a estar tan temerosa del pánico y de las otras sensaciones nerviosas, que evitará comprar sola, en cualquier parte. Algunas llegan a estar con tanto miedo, que evitan viajar fuera de casa, aún estando acompañadas. Quedan atadas a la casa, establecidas en una severa Agorafobia. Unas pocas estarán tan incapacitadas por el miedo a tener otro ataque, que no irán ni siquiera tan lejos como al tendal a colgar la ropa. Otras no se darán un baño si están solas en la casa.

En mi opinión, hasta que no se reconozca el estrago que puede hacer la sola *sensibilización*, como causa probable de algunos estados de ansiedad y, consecuentemente, de la Agorafobia, el porcentaje actual de curación no mejorará tanto como debería. Enfatizo otra vez que, en la vasta mayoría de mis pacientes con Agorafobia, la causa no era profunda ni difícil de encontrar. ***Su Agorafobia era el resultado de una súbita y severa sensibilización, o adquirida en forma gradual y mantenida viva por efecto de la confusión y el miedo.***

Me ha sorprendido la intensidad con la que algunos de mis colegas han defendido sus creencias respecto a que un estado de ansiedad es debido a alguna causa profunda (quizás subconsciente), o a alguna inadecuación del carácter, y que la enfermedad puede ser curada tan sólo si esos orígenes son encontrados y tratados. Como ya se ha indicado, la *sensibilización* puede venirle a cualquiera, en cualquier momento, y seguramente es natural que se esté confundido, debido a sus agudos y frustrantes síntomas. Es difícil entender por qué la mayoría de las personas que responden de esta manera natural, deben ser automáticamente clasificadas como inadecuadas. Tampoco comprendo por qué se piensa que

encontrar una causa profunda sea lo esencial. La *sensibilización* puede ser chocante, y la confianza rápidamente disminuida. Uno no tiene que ser del tipo dependiente (como he oído que se describe a los agorafóbicos) para estar tan afectado. Algunos médicos que padecen de una enfermedad nerviosa, a pesar de su entrenamiento científico, no pueden comprender la *sensibilización*, ni saben cómo manejar los efectos que produce (y lo he visto), ¿por qué entonces se espera que un paciente, sin conocimientos de medicina, sea lo suficientemente hábil para hacerlo?

Una de nuestras más fuertes y desagradables emociones es el miedo. ¿Es tan inconcebible que una persona *sensibilizada* pueda estar temerosa de su exagerada manifestación?. ¿Por qué el miedo no puede generar un estado de ansiedad, cuando surge casi eléctricamente, basado en pequeñas causas, o por ninguna razón aparente, como en el caso de una persona *sensibilizada*? En mi experiencia con cientos (y podría decir miles) de pacientes en un estado de ansiedad, es a menudo así como se presenta.

Muchas personas con una enfermedad nerviosa muestran coraje e independencia para luchar contra sus miedos, a menudo con poca ayuda de sus familiares, y desafortunadamente algunas veces sin la adecuada comprensión de sus terapeutas.

Tanto así de importante es la habilidad de un terapeuta para exponer los matices de esta extraña enfermedad. Por ejemplo, para explicar por qué, cuando el paciente se está sintiendo mejor, pueden venir recaídas sin motivo aparente, y ser tan devastadoras, como si no se hubiera logrado ningún progreso; para dar a conocer por qué los síntomas que se pensaba olvidados pueden volver en forma aguda, después de meses o años de ausencia; por qué todos los síntomas pueden aparecer entonces tan rápidamente; por qué tal agotamiento desmoralizante puede continuar al retornar la sintomatología; por qué, a pesar de tener la actitud correcta, la *sensibilización* puede a veces prolongarse, sin razón,

por tan largo tiempo; por qué, cuando el agorafóbico regresa a casa después de una salida exitosa, dejar la casa al día siguiente puede ser más difícil que nunca. Los “por qué” parecen ser interminables.

A menos que el terapeuta tenga una comprensión especial, es de esperarse una actitud pesimista respecto a la Agorafobia. Una mujer que la padecía, escribía acerca de sí misma y de otras que sufrían como ella: “Si no somos casadas, nos dan palmadas en la espalda y nos dicen que nos sentiremos mejor cuando lo estemos. Y si estamos casadas, que otro bebé arreglará las cosas. Y si estamos en la mediana edad, que es el cambio!”.

De igual modo, muchos pacientes son acusados de eludir sus responsabilidades al refugiarse en su enfermedad, especialmente en la Agorafobia. Puedo decir que no es común encontrar a una persona que no desee recuperarse. Puede que haya fracasado tan a menudo en el intento, que su voluntad para continuar parezca muerta. Sin embargo, el fuego subsiste en las brasas, y si es alentado en la forma correcta, se levantará de nuevo para hacer otro valiente esfuerzo.

Por supuesto que algunas personas tienen problemas especiales y la tensión de soportarlos puede haberlas *sensibilizado* y ayudado a originar y mantener su enfermedad. Naturalmente, tales problemas deben ser manejados, antes que la completa recuperación sea posible. Sin embargo, hay otras personas sin ningún problema en especial, sólo su posible habilidad disminuida para manejar sus responsabilidades, a causa de la enfermedad, y deseo subrayar la importancia de la *sensibilización*, que causa y mantiene un estado de ansiedad, y cualquier Agorafobia que la acompañe.

Algunos terapeutas admitirán la posibilidad de que hayan personas que tengan una causa subconsciente para su Agorafobia, y necesitan psicoanálisis. No cierro mi mente a esta posibilidad, pero es interesante que, en más de treinta años de

práctica curando a muchos cientos de agorafóbicos, no me fuera necesario usar el psicoanálisis, en ningún paciente.

Por supuesto que hay más factores que influyen en la enfermedad nerviosa, a parte de los síntomas físicos. La continua tensión, acompañada de pánico recurrente, puede traer experiencias desconcertantes: indecisión, sugestionabilidad, pérdida de confianza, sensaciones de irrealidad y de desintegración de la personalidad, obsesión, depresión. Discutiré estos puntos y su desarrollo lógico a partir de la ansiedad crónica, en un capítulo posterior.

Tratamiento Simple y Efectivo de la Agorafobia: Dra. Claire Weekes.

Traducción y adaptación al español.

Parte 2:

Tratamiento.

CAPÍTULO 4:

Los cuatro conceptos.

Mi tratamiento está basado en los siguientes pasos:

PRIMERO.- Proporcionarle al paciente una explicación adecuada acerca de sus síntomas nerviosos y de las sensaciones desagradables e incómodas que los acompañan, las que parecen salir de dentro de sí mismo, tales como el pánico, la debilidad, sentir que está a punto de desmayarse, palpitaciones, etc., sensaciones que le producen temor.

SEGUNDO.- Enseñarle al paciente la importancia de los conceptos: **ENFRENTAR, ACEPTAR, FLOTAR, DEJAR PASAR EL TIEMPO.** Finalmente, mi tratamiento se basa en proporcionarle una explicación detallada de todos los obstáculos con los que tropezará durante las etapas de su recuperación. Además incluye una advertencia sobre probables retrocesos en el tratamiento. Trabajando de esta manera, muchos pacientes necesitan sólo muy pocos fármacos y algunos prescindirán de ellos por completo.

Este tratamiento está destinado a lograr la *desensibilización*, vale decir, reducir las sensaciones nerviosas y las respuestas emocionales exageradas, a niveles normales. La recuperación no se basa en la abolición de las sensaciones nerviosas o de los sentimientos (como algunos pacientes creen) sino, como ya se dijo, se trata de reducirlos a niveles normales.

Los cuatro conceptos, en mayor detalle, son:

ENFRENTAR	<ul style="list-style-type: none">• no escapar de ellos.
------------------	--

ACEPTAR	<ul style="list-style-type: none">• no luchar.
FLOTAR	<ul style="list-style-type: none">• no ponerse tenso.
DEJAR QUE PASE EL TIEMPO	<ul style="list-style-type: none">• no impacientarse con el paso del tiempo

Estas instrucciones pueden parecer demasiado simples para ser tomadas con seriedad. Sin embargo, es ilustrativo analizar cuánta gente se sumerge más y más en la enfermedad nerviosa, al hacer lo contrario.

La persona enferma de los nervios se alarma con cada síntoma nuevo que aparece; lo toma con aprehensión y al mismo tiempo tiene miedo de examinarlo muy minuciosamente por temor a que éste empeore. Entonces busca ocuparse de olvidar el síntoma, a la fuerza, de modo que estará **escapando**, no **enfrentando** la situación.

Muchas personas tratan de lidiar con los sentimientos incómodos, poniéndose tensos al notar su presencia; piensan “no debo dejar que esto me afecte”. Cuando hablan con otras personas, entrelazan sus manos con fuerza, miran ansiosamente el reloj, preguntándose cuánto más podrán mantener su postura normal, sin “claudicar”. **Esto es luchar**, y no **aceptar**.

Flotar es similar a aceptar. Significa ir con los sentimientos, no ofrecer resistencia, como si uno flotara en aguas tranquilas, permitiendo que el cuerpo se mueva con la agradable ondulación de las olas. Implica relajarse ante las sensaciones nerviosas, permitir que el cuerpo se afloje, tan voluntariamente como sea posible, ante esas sensaciones. Algunos dirían “cómo puedo flotar ante las ganas de llorar o ante el pánico”. Sí lo pueden hacer, ofreciendo la menor resistencia al pánico como sea posible; esperando que el ataque de llanto repentino pase y luego continuar con el trabajo que se estaba haciendo. Lo que importa es el dejar pasar

y la consiguiente liberación de la tensión que implica la palabra “flotar”.

Flotar es lo contrario de luchar. Yo en ocasiones , he curado a pacientes que estaban en un estado de ansiedad, usando simplemente las palabras **“Flota, no luches!”**.

Asimismo, la persona enferma de los nervios se mantiene mirando atrás y preocupándose porque ha pasado mucho tiempo sin haber sido curada, como si estuviera poseída por un mal espíritu y necesita ser exorcizada, si sólo el médico supiera cómo hacerlo. Es muy impaciente, no **deja que el tiempo transcurra**.

La no aceptación acompañada de agitación, la tensión de luchar, la impaciencia con el tiempo, todo ello incrementa el estrés , la *sensibilización* y prolonga la enfermedad.

Luego de dar mi opinión acerca de la Agorafobia, a través de la radio y la televisión, la central de teléfonos se congestiona con llamadas del público, personas que se han visto reflejadas a sí mismas y a sus temores, por primera vez. Muchas de ellas, al escuchar la afirmación de que el origen de sus enfermedades puede ser simple, y también la descripción detallada de cómo se sienten, además de llegar a reconocer su miedo al síntoma del miedo; todo esto en conjunto, constituye lo que ellas habían estado deseando y buscando desesperadamente por mucho tiempo.

Con frecuencia, aquellos que buscan ayuda se desaniman y se desalientan, ante las razones o causas tan complicadas que se les dan. Por ejemplo, a una mujer con Agorafobia, le habían dicho que su rechazo a enfrentar el mundo se basaba en su conocimiento subconsciente de que, cuando era niña, había sido violada por su padre. Ella dijo que estos síntomas habían aparecido poco tiempo después que su esposo tuvo una amante. Esta paciente finalmente fue curada en el momento en que perdió el miedo a los síntomas del estrés, **enfrentando, aceptando y dejando que el tiempo transcurra**.

El miedo a los síntomas del estrés, que se encuentra en tantos pacientes con

estado de ansiedad, complicada por la Agorafobia, hace que el tratamiento por conductismo sea menos exitoso para esta enfermedad que para las fobias monosintomáticas específicas.

La obra del doctor Marks acerca de veinte pacientes con Agorafobia severa, los que fueron tratados con *desensibilización*, dice: “Los ataques de pánico y de ansiedad fueron la razón de los resultados tan insatisfactorios”. Los pacientes que recientemente han superado o vencido sus temores, han reportado que un simple sentimiento de pánico puede deshacer los efectos positivos de semanas de tratamiento, y al tener ataques severos y repetidos de ansiedad, el miedo puede ser aprendido nuevamente. A menudo, fue muy difícil tratar dichos ataques.

La *desensibilización* produce sólo cambios limitados en la Agorafobia severa. Se ha llegado a reconocer en forma general, que el apoyo práctico en el mismo lugar donde los pacientes sienten más temor, ha ayudado a algunos. En determinados hospitales, tales como Warmeford, en la Universidad de Oxford, y Maudsley de Londres, a las enfermeras que trabajan en terapia, se les entrena para acompañar a los pacientes con Agorafobia, a dar paseos prácticos. Sin embargo, para obtener los mejores resultados, es esencial que los terapeutas entiendan (como hemos mencionado anteriormente) que, muchos de los desconcertantes aspectos de la Agorafobia, tales como el exacto sentido de la recuperación, el rol que juega la memoria en el retraso de la misma y las dificultades que encuentra el paciente ante los retrocesos, debería asimismo entender la naturaleza incapacitante del pánico en la Agorafobia y reconocer que el paciente debe aprender el modo de vencerlo, y no resignarse a una recuperación en la que tendrá que acostumbrarse a afrontar una situación difícil tras otra. En mi opinión, lo esencial radica en enseñar los conceptos de **enfrentar, aceptar y flotar**.

Por ejemplo, en un seminario en un hospital de Londres, un joven enfermero que trabajaba en terapia, mostró un video de su tratamiento a una mujer de mediana edad con Agorafobia. Él persuadió a la mujer, quien no había viajado sin compañía durante años, a caminar sola alrededor de la cuadra. Al regresar, la

paciente se preguntó cómo había sido capaz de hacerlo. Y dijo: “No tuve nada de pánico” y él respondió: “Bien, ahora quiero que usted lo haga de nuevo”; sorprendida, ella preguntó “¿por qué?”, “Porque le hará bien”, le dijo el enfermero. Ella partió de mala gana y retornó temblorosa y con miedo. Él le pidió repetir la caminata varias veces. Cada vez ella preguntaba “¿por qué?”; él le contestaba “Porque le hará bien”.

Para ser comprendido como era necesario, el enfermero debería haberle explicado que no sintió pánico en el primer paseo porque había caminado en una nube formada en parte, por un sueño, en parte por el regocijo y la excitación de alcanzar lo aparentemente inalcanzable; explicarle que en el segundo intento, el sueño se desvanecería, que probablemente estaría muy consciente de donde se encontraría, y que la distancia le parecería mayor, y le daría más tiempo para sentir pánico. Tales explicaciones debería habérselas dado a la paciente para que ella tuviera un mejor entendimiento de su enfermedad, y se hubiera logrado una mayor colaboración de su parte, para las difíciles tareas futuras.

Una comprensión especial por parte del enfermero, incluyendo también la enseñanza necesaria para vencer el pánico y los otros síntomas nerviosos o experiencias que tuvo mientras paseaba alrededor de la cuadra, y no pretender que se acostumbrara a caminar sola, habrían sido la clave para acercarse al éxito.

“Acostumbrarse a algo” deja al paciente muy vulnerable al retorno de síntomas nerviosos, especialmente del pánico, durante futuras experiencias estresantes. En otras palabras, para lograr una recuperación duradera, el terapeuta debe enseñar al paciente cómo vencer los síntomas presentes (ver Capítulo cinco), y no simplemente el modo de enfrentar situaciones específicas.

En mi consulta particular aliento a cada paciente nuevo (sea hombre o mujer), por teléfono, hasta que haya logrado trasladarse satisfactoriamente desde su casa. Al comienzo esto puede significar un contacto diario, por espacio de unas cuantas semanas (generalmente dos) y de allí en adelante lo hago con menos frecuencia.

Antes que el paciente agorafóbico deje su casa, le pido que me repita cómo quiero yo que piense acerca de su enfermedad y que además me repita lo que quiero que haga mientras está fuera de casa. Es esencial que comprenda claramente el modo de vencerse a sí mismo, antes de enfrentarse al hecho real de tener que hacerlo. También le pido que me llame por teléfono cuando regrese a casa. Al contactarme luego de haber realizado ese gran esfuerzo, se sentirá respaldado y alentado, especialmente si no hay nadie en su casa para que lo reciba y lo salude. Este contacto telefónico también me da la oportunidad de hablarle acerca de su paseo , y esto trae muchas compensaciones para ambos. En el caso de que el paciente crea que su paseo ha sido un fracaso, puedo señalar sus errores y persuadirlo para que salga de nuevo, de inmediato y convierta su fracaso en, por lo menos, una aproximación al éxito.

Este tratamiento puede sonar demasiado exigente, en la opinión de algunos terapeutas; sin embargo, he encontrado que la recuperación de los pacientes que trato de esta manera, es comparativamente más rápida, compensando así el tiempo extra que se les dedica. Las llamadas telefónicas hechas desde el Departamento de Asistencia Ambulatoria son menos efectivas que las que hacemos desde nuestra consulta particular. Sin embargo, es posible que se procure hacer lo mismo desde estas instituciones. La recuperación que se produce con este método particular de tratamiento es más rápida, de modo que descongestiona los ambientes ambulatorios.

En el tratamiento con directivas a distancia, sustituyo los periódicos trimestrales de aliento a los pacientes, por los estímulos hechos por teléfono. A pesar que este libro no intenta abarcar la discusión de personas enfermas de los nervios con personalidades difíciles, con conflictos y otros problemas, el simple hecho de entender las experiencias y los síntomas nerviosos (como se describen en los capítulos siguientes) y el conocer la manera de vencerlos, ayuda a dichas personas a encontrar paz, y los capacita para dar mayor atención a algún problema en particular, que esté retardando su recuperación.

CAPÍTULO 5:

Comprendiendo y manejando los síntomas

1. Pánico.
2. Palpitaciones y latidos faltantes.
3. Dificultad para expandir el pecho (opresión).
4. Sensación de colapso.
5. Dificultad para tragar.
6. Cualquier nuevo síntoma perturbador.

La persona que tiene algún problema que lo mantiene *sensibilizado*, usualmente debe ser liberado de este estrés especial, para que su superación sea completa. Sin embargo, como se mencionó antes, por lo general se consigue cierto alivio y aún paz, al comprender y aprender cómo manejar sus síntomas nerviosos.

Para el paciente sin ningún otro problema especial, el comprender la causa y naturaleza de sus síntomas es el comienzo de su cura. Demasiadas personas enfermas nerviosas manifiestan que nunca han obtenido una explicación para sus síntomas, y muchas de ellas se recuperan cuando la reciben. Uno de ellos dijo: “No creí que pudiera ser tan simple. Siento como si me hubieran soltado de una prisión”. Este desconocimiento por parte de los pacientes que fueron tratados con otras terapias (a veces durante años), antes de aplicar este método, me ha dado el incentivo para incluir las siguientes simples explicaciones:

1.- Pánico

La cura para el pánico depende fundamentalmente del hecho de comprender que la *sensibilización* exagera la intensidad de éste.

Si ya no se tuviese el repetido latigazo del pánico, que se va haciendo recurrente y cada vez más intenso (como si los circuitos nerviosos reverberasen), entonces los nervios se calmarían y los demás síntomas se harían menos severos.

El siguiente paso es enseñar al paciente a *desensibilizarse* a sí mismo.

Como ya se mencionó antes, para evitar entrar en pánico mientras está “afuera” (del lugar de refugio), el agorafóbico puede ayudarse con ciertos soportes o “trucos” (subterfugios). Algunas mujeres suelen salir empujando un carrito por la calle; otros prefieren andar sólo de noche, o con lluvia, cuando esperan que haya menos personas o menos amenazas, cuando se sienten menos conspicuos y se van a encontrar con menos gente. Tal subterfugio puede ofrecer el apoyo suficiente como para que se aventure a ir más y más lejos de casa o del lugar seguro, hasta que crea que ya está curado.

Sin embargo, el paciente no comprende completamente cómo es que se ha recuperado, y puede tener el constante y estresante pensamiento “Qué pasaría si ESO regresa”. Puesto que ESO es el miedo, en tanto que se esté temeroso de su reaparición, éste tiene una invitación abierta para regresar. También los apoyos tienen la mala costumbre de “gastarse” y ya no funcionar igual. ***La manera más segura para la recuperación permanente es saber cómo enfrentar y manejar el pánico, y no tan sólo aplacarlo con un subterfugio.***

El primer paso en el tratamiento consiste en suprimir la confusión, aprendiendo cómo analizar y comprender el pánico. Se debería entender que, cuando se tiene pánico, no se siente solamente un miedo, tal como se supone, ***sino dos miedos separados***: un primer miedo y un segundo miedo. No se debe enfatizar

demasiado la importancia de reconocer dos miedos separados, porque aunque la persona *sensibilizada* podría no tener control sobre el primer miedo, con comprensión y práctica aprenderá cómo controlar el segundo miedo, y **es este segundo miedo el que mantiene vivo al primero, y así la persona permanece sensibilizada y enferma.**

Muchos de nosotros hemos experimentado el primer miedo de cuando en cuando. Viene como un reflejo en respuesta del peligro, es normal en intensidad, y pasa cuando desaparece el peligro. Sin embargo, en la persona *sensibilizada* el primer miedo es tan eléctrico, tan fuera de proporción respecto al peligro que lo causa, que usualmente se encoge ante él, al mismo tiempo que añade un segundo flash: **el miedo al primer miedo.**

De hecho, se puede estar mucho más atento al sentimiento de pánico que al peligro original, y puesto que la *sensibilización* prolonga el primer miedo, el segundo flash puede parecer que se le une, y así **los dos miedos se sienten como uno solo.**

El flash del primer miedo puede venir como respuesta a una ansiedad que esté sólo vagamente percibida o comprendida, a alguna memoria poco agradable o, como se mencionó antes, parece que viene sin causa tangible (sin invitación). Se puede comprender entonces cuán fácilmente una persona *sensibilizada* puede ser víctima del primer miedo.

Todos los síntomas que pueden venir con el miedo, tales como un corazón que salta, un estómago que se revuelve, y así sucesivamente, pertenecerán al primer miedo, porque también parecen venir sin invitación, y luego la persona *sensibilizada* le suma a esto gran cantidad de segundo miedo. Reconocer este segundo miedo se hace más fácil cuando el paciente se da cuenta que éste puede ser usualmente precedido de “Qué pasa si...”, o “Dios mío! ...”. (por ejemplo: “tuve que tomar dos cápsulas para dormir anoche, qué pasa si con dos no es suficiente

esta noche?”). Alguien que sufra ataques de pánico, a quien solamente se le insinúe una discrepancia en una reunión cualquiera, le basta con sentirse atrapado para disparar el primer miedo, y entonces sobreviene el segundo miedo, mientras piensa “Oh Dios mío, aquí está de nuevo! Voy a quedar en ridículo delante de toda esta gente, déjenme salir de aquí, rápido! Rápido!” Con cada “rápido”, la tensión y el pánico aumentan, hasta que se pregunta cuánto más será capaz de aguantar. Así se va poniendo cada vez más tenso, rígido, es decir, va *sensibilizándose* más y más a sí mismo.

La tensión en aumento puede ser alarmante y agotadora. Ya es difícil sostenerla sobre sus hombros por un corto período, y aún así estas personas tratan de aguantarla por una hora o más. No llama la atención que, a medida que el pánico crece, perciben una crisis en la cual “algo terrible” va a suceder. Como se mencionó antes, no están seguros acerca de “qué” es este “algo terrible”, pero lo sienten cerniéndose sobre ellos como una amenaza. No comprenden que se trata del miedo que ellos mismos van añadiendo, la sucesión de segundos miedos, lo que finalmente se transforma en la fuerza que los lleva a abandonar ese lugar y buscar refugio en otra parte.

Cuando se han “alejado” de la situación estresante se sienten aliviados pero, al darse cuenta de que han fallado una vez más, se desesperan, preguntándose si alguna vez van a ser capaces de volver a ese lugar. Piensan que se habían propuesto una tarea imposible; que aguantaron heroicamente cada momento, ***pero que lo hicieron mal!***.

Para manejar el miedo y permanecer en el lugar que le produce tensión, el agorafóbico debe adquirir la práctica de ver a través del pánico, con la mayor aceptación de la que sea capaz. Debería aprender que el pánico solamente viene en una oleada, y que ésta siempre cesa, termina, ***si tan sólo espera***, sin caer en la trampa de atizar o aumentar el fuego ***con*** sus segundos miedos. Si permanece sentado, toma una gran inhalación y la deja salir lentamente, permite que su

cuerpo se suelte y se relaje lo más posible (la respiración profunda y el soltarse inducen a la relajación), y llega aún a soltarse en su silla y prepararse para dejar que el pánico surja, y ***que ejerza su peor daño sin huir de él***, entonces no aumentará. En un cuerpo *sensibilizado* puede continuar surgiendo violentamente el miedo, de tiempo en tiempo, pero al menos el que lo sufre será capaz de verlo, capaz de no huir del lugar. ***El pánico no aumentará***. El darse cuenta que lo único que ha pasado es que se ha dejado engañar por nada más que sensaciones físicas, de insignificante importancia médica, es el factor que ha curado a muchos.

Si se está preparado para ver a través del pánico, tal aceptación, aunque pueda ser inestable al comienzo, trae suficiente paz como para comenzar la *desensibilización*. ***Es el constante bombardeo del segundo miedo, por una razón u otra, lo que mantiene los nervios tensos, alertados, siempre disparando el primer miedo tan intensamente, (haciendo fuego, y “fuego” es una buena palabra...).***

Aún cuando un agorafóbico tenga éxito en manejar su segundo miedo, la *desensibilización* toma tiempo. Con la constante aceptación, un cuerpo *sensibilizado*, usualmente continúa disparando el pánico con exagerada intensidad, por más de dos meses. Sin embargo, poca gente puede manejar la constante aceptación, de modo que cada persona debe estar preparada para que su *desensibilización* tome su propio tiempo especial.

Algunos manifiestan que, aunque ya no tienen más pánico, todavía les queda una sensación de aprehensión, casi de vibración, como si el pánico estuviera “a la vuelta de la esquina”. Los pacientes comparan esto con las vibraciones de una campana todavía después que ha sonado y que el sonido mismo haya terminado. Cuando un paciente comprende, es más capaz de aceptar la sensación y la función que conlleva. Una mujer me escribió: “Pronto aprendí a no darle

importancia al temblor interno, la vibración que venía en vez del pánico. No duró mucho!”.

Los nervios *sensibilizados* se curan en forma natural, sucede como con una pierna rota, ambos toman su tiempo. Parece que al paciente se le pide algo imposible: que espere, que deje que el tiempo pase. Aún con determinación para aceptar, piensa que ya está demasiado exhausto para hacerlo. Es como si su mente quisiera, pero su cuerpo estuviera demasiado cansado para obedecer las órdenes de la mente. Para tal persona (con mucha frecuencia se trata de la agotada ama de casa), pueden ser necesarias dos o tres semanas con tranquilidad extra. Todavía hay un estigma asociado con los hospitales psiquiátricos o casas de reposo, en los que a algunas personas les parecerá imposible vivir. Así, si fuese posible, trato de disponer que un paciente descanse en su hogar o en el de uno de sus parientes. Intento especialmente evitar la hospitalización en casos de pacientes que ya lo hayan experimentado antes.

Hace poco tiempo, la madre de una paciente telefoneó para decir que su hija estaba en un “estado chocante” de confusión. Dijo: “la última vez que esto pasó, el doctor la hospitalizó de inmediato. Podemos hacerlo otra vez?”. La hija tenía veintiocho años y había estado entrando y saliendo del hospital desde los diecisiete. La ví por primera vez hace dos años y desde entonces ha progresado lo suficiente como para inscribirse en algunos cursos. Desafortunadamente el curso era demasiado exigente (cuatro asignaturas de alto nivel) para alguien que no había estudiado durante tanto tiempo. La paciente alcanzó un severo grado de ansiedad, trabajó en exceso y llegó a estar mentalmente fatigada.

Aunque confundida, ella comprendía lo suficiente como para estar disgustada por haber fallado y temía regresar al hospital. Sin embargo, al estar sedada y casi continuamente durmiendo durante dos días, aclaró su confusión. Ganó confianza cuando experimentó que la turbación puede ser causada por la fatiga, que no se estaba convirtiendo en un “caso mental”, y que podría recuperarse sin necesidad

de internarse en una institución. En mi opinión, haberla reinternado en el hospital hubiera sido un error.

Un paciente puede haber mejorado tanto que al experimentar todavía algunas severas apariciones de pánico y otros síntomas nerviosos, le parecerán que ya no importan. Una mujer me dijo: “Todavía sufro de síntomas agorafóbicos, pero ya no tengo más miedo de ellos, son sólo un fastidio”. Las sensaciones tienden a quedarse, a causa de la memoria y el hábito trabajando juntos, para producir una cierta *sensibilización* remanente. ***La recuperación no radica tan sólo en la ausencia de síntomas, sino en saber cómo manejar aquellos que todavía están presentes.*** Esta paciente se acercó más a su recuperación que aquella otra cuyos síntomas desaparecieron, sin que ella entendiera el porqué.

El paciente debería ser capaz de aprender la diferencia entre aceptación y el “sufrir sin quejarse, tener paciencia, conformarse con”. “Conformarse con” significa esperar que el pánico venga pronto y pase; limitarse a moverse en espacios donde piensa que ya no tendrá pánico, de manera tal que su horizonte se haga cada vez más estrecho, hasta que se reduzca a la puerta de su casa. “Conformarse con” significa continuación de la enfermedad.

Verdadera aceptación significa reconocer el segundo miedo y agregarlo tan levemente como sea posible. Cuando el paciente esté familiarizado con el segundo miedo, se asombrará de cuánto ha estado sumándolo para torturar su vida. ***Verdadera aceptación significa aún el darle la bienvenida al pánico, como una oportunidad para practicar el manejo que aprendió, hasta conseguir que ya no le asuste más.***

He observado a muchos pacientes superar el pánico y encontrar la paz, hallando la cura duradera, aún entre aquellos que pensaban que eran cobardes. Por ejemplo, uno de los miembros del comité que se ocupaba de las finanzas y distribución de las publicaciones periódicas sobre Agorafobia, las que menciono

en el capítulo primero, la Secretaria Asistente Honoraria, escribió: “Hace un año no habría pensado que estaría escribiendo un Informe de Avances. En ese entonces estaba tan profundamente involucrada en un retroceso, que el caminar unos pocos pasos desde la puerta de mi casa hacia la calle eran suficientes para traer todos los antiguos síntomas horribles, de tal modo que cada fracaso se apilaba sobre el otro.”

“Sin embargo, con el soporte de este trabajo, me las arreglé de alguna manera para continuar practicando, pese a mi debilidad. Estaba frecuentemente en tal estado de desesperación que sentía que aún el pequeño esfuerzo que hacía era demasiado para mis fuerzas, especialmente al ver que parecía que eso no llevaba a ninguna parte. La posibilidad de renunciar del todo era tentadora, aunque esto también me sumía en una sensación de desilusión”.

“Aquí es donde llega a ser importante permitir que el tiempo pase. Después de algunos meses, empecé a ganar pequeñas victorias, y fui capaz de mirar hacia atrás, de una semana a otra, y ver que había progresado, aunque aún eran días oscuros para mí; pero después de algún tiempo estos se hicieron menos frecuentes. Un día fui capaz de decir ‘me siento mejor’, con más convicción. En esa etapa el progreso pareció hacerse más rápido (la palabra rápido es puramente relativa aquí!), aunque todavía faltara algún tiempo para que los días malos ya no sucedieran más”.

“Ahora me siento relajada y libre para desplazarme. No voy a negar que todavía tengo un largo camino por recorrer, pero puedo verlo con optimismo. Cuán contenta me siento de no haber renunciado. A mis amigos que sufren les digo: ‘Nunca te des por vencido. Sigue practicando y deja que el tiempo pase’. Algunos de ustedes pensarán: ‘Claro, ella puede hablar así, pero yo no!’, pero pienso que sí puedes, porque yo he salido justamente de esas profundidades de sufrimiento en las que te encuentras ahora, **y el coraje nunca fue uno de mis puntos fuertes.**”

El pánico *sensibilizado* raramente se desvanece por el simple hecho de dejar de aparecer. Sólo desaparece cuando es sacado afuera del pánico; es decir, mediante el mecanismo utilizado por el paciente para ver el pánico de la manera correcta, tan a menudo, sin añadirle o sumarle el segundo miedo, de modo que eventualmente pierda tanto de su fuego que lo que queda de él ya no importa más. Tratar de apagar el pánico, de evitar su venida, o aliviarlo con medicinas, no trae una cura permanente. El paciente es demasiado vulnerable al regreso de éste, lo que le puede producir una gran desesperación. Esta es la razón por la cual el tratamiento simultáneo de sedación con medicinas, junto con la sugestión de quitarle el miedo a un paciente usando alguna situación temida (una forma de conductismo), aunque puede ser útil para otras fobias particulares, no servirá para la Agorafobia.

Como mencioné antes, la persona con una fobia monosintomática tiene miedo de un objeto específico externo a él. El agorafóbico tiene miedo a las sensaciones físicas que lo alteran, que siente dentro de él, cuando está en ciertas circunstancias. Debe aprender a relacionarse con estos síntomas, dándoles la cara y tratando de manejarlos, y no intentando dominar la circunstancia o situación en sí. De otra manera, podría manejar una situación dada en especial, y no otra, teniendo siempre pánico en una nueva eventualidad.

Recientemente ví una sesión grabada en video, de un paciente agorafóbico, que era llevado por su enfermera terapeuta a ciertos viajes, en un bus local. El paciente ya había recibido una serie de tratamientos, usando la fantasía, con pocos resultados. El programa era ahora “activo”. El paciente sólo aspiraba a ser capaz de viajar en bus a su trabajo.

Después de repetidos viajes con su enfermera, el hombre logró su deseo. Cuando le pregunté al médico terapeuta en base a qué principio había ayudado al paciente, me contestó: “Ningún principio en particular, supongo que el hombre tan sólo se acostumbró a ir en ómnibus!” Ahora bien, si llegase el caso que el paciente

se viese obligado a dejar sus viajes diarios por un tiempo, por ejemplo, debido a una enfermedad, viajar solo de nuevo podría serle tan difícil como antes. Sin una guía para ayudarlo, excepto “acostumbrarse a”, podría de nuevo llegar a entrar en pánico, y así deshacer meses de esfuerzo previo. ***Es esencial que el paciente aprenda cómo manejar el pánico.***

“Lo Final”

Mucho sufrimiento es causado por la ignorancia y en particular por la sombra amenazante de tener que enfrentar lo que algunas personas llaman “Lo Final”, o “Lo Último”

Lo siguiente es un extracto de una grabación que hice, para una mujer agorafóbica durante veintiocho años que repetidamente mencionaba su miedo a encarar a Lo Último (Lo Supremo, según sus palabras).

(Habla la Doctora): “Todavía estás cometiendo el error de ser acosada por lo que imaginas que va a suceder. Deberías concentrarte en lo que está pasando realmente. En tu actual estado de enfermedad, cierta cantidad del pánico que surge violentamente parece venir en forma automática, pero otro tanto viene debido a que todavía no tienes el coraje suficiente para enfrentar y pasar a través de lo que llamas Lo Final (Lo Último)”.

“Tu idea de Lo Final es una crisis que está más allá de la cima del pánico. No puedes imaginártelo claramente, pero eso te amenaza como una explosión final de agitación y miedo. Tu imaginado ‘Lo Final’ es sólo un estado de supertensión fabricado por ti. Cuando tengas el coraje necesario para ir hacia ello ***voluntariamente***, eso se derrite, porque aún el mínimo grado de relajación, en la más ínfima voluntad, es suficiente para liberar algo de tensión. Entonces, pasas a través de la supertensión que has estado construyendo para ti misma. En otras palabras, estás dispersando Lo Final”.

“Practica, practica, practica. Realiza tu viaje momento a momento (esta mujer estaba conduciendo su automóvil, sola). Considéralo como momentos por los que pasas, no como una distancia amenazadora que debes cubrir. No pienses ‘**Voy a** llegar allá’ y luego, tampoco intentes luchar para hacerlo sin pánico. Entra en pánico, pero practica pasar a través de éste sin añadir el segundo miedo. Aquello que debes aprender a manejar es el pánico, el momento de la crisis —Lo Final, si quieres llamarlo así—, **no la distancia por recorrer.**”

“Pasa a través de cada crisis, lentamente. No te apresures. Entonces maneja tu vehículo con calma, momento a momento. Anda hacia adelante **con** el auto. Cuando entres en pánico trata de poner en palabras lo que sientes, no te sustraigas ciegamente de un terror imaginado, un imaginado ‘Lo Final’. Y nunca retrocedas. Has avanzado tanto hasta ahora, hacia la recuperación. Has aprendido que si retrocedes, si vas hacia atrás, te decepcionas, y luego te obligas a retornar y repetir el viaje. ¿Por qué perder tanto esfuerzo? Así, avanza gentilmente, lentamente, voluntariamente, lista a aceptarlo todo, en especial esa crisis amenazadora que llamas Lo Final.”

Un paciente podría decir: “Se me ha dado dos tipos de consejo. Primero, dejar que el miedo venga y haga el peor daño que pueda, y darle la cara, hasta que ya no importe; y segundo, relajarme y así disminuir el estrés, que entonces hará que se reduzca el pánico. ¿Cuál de los dos consejos sigo?” Estas dos líneas de acción son en esencia, lo mismo. Cuando se está preparado para enfrentar el pánico y aceptarlo, automáticamente está soltando, con su actitud. Esto conlleva a la relajación, para reducir la reacción emocional. La resignación trae una cierta paz. La clave para el éxito o el fracaso está en la actitud.

2.- Palpitaciones y latidos “faltantes”.

Un sorprendente número de personas dice que se les precipitó un estado de ansiedad y luego de Agorafobia, a causa de una inesperada y súbita sensación

física, quizás nunca antes experimentada, descrita a veces como un ataque de palpitaciones atemorizantes, aunque por lo general sin daño ulterior. No es suficiente que se les diga “son sólo nervios”. Se consigue más seguridad cuando el médico explica el tamaño y la fuerza del músculo del corazón, y la imposibilidad de que “estalle”; que las palpitaciones nerviosas son sólo una alteración pasajera en la frecuencia y el tiempo de éstas; que los latidos “faltantes” no es que no se produzcan, sino que son tan sólo palpitaciones más espaciadas respecto al tiempo habitual, y que el corazón compensa un latido inusualmente rápido con una pausa de descanso, de manera tal que el que sigue después de la larga pausa, se produce con más fuerza, entonces parece que el corazón retumba. Para una persona *sensibilizada*, cada extrasístole puede parecerle tan incómoda como la sacudida del súbito descenso en un ascensor, aún más incómoda si se repiten largas series de extrasístoles.

El saber que un corazón nervioso que retumba, que se acelera, está aún bajo control, y que no va a dejar de latir, que siempre va a regresar a su ritmo normal, ayuda al paciente a volver a ganar confianza y considerar la palpitación inusual de su corazón con más filosofía. Las personas se merecen explicaciones categóricas y claras.

3.- Dificultad para expandir el pecho.

El paciente dirá que no puede hacerlo lo suficiente como para inhalar una respiración profunda. En las palabras de una mujer, “me ahogo y me falta el aire”. Ésta es otra razón por la cual muchos evitan sentarse en una sala atestada (¡no hay suficiente oxígeno!). A ellos les explico que la naturaleza no ha tenido tan poca sabiduría como para poner bajo nuestro control consciente la completa responsabilidad de la respiración; de otra manera, ¿cómo podríamos respirar mientras dormimos, o mientras estamos bajo el efecto de la anestesia? Entonces les describo cómo, el centro respiratorio, regula automáticamente la respiración de acuerdo a la concentración de dióxido de carbono en la sangre. Para ilustrar esto,

pido a los pacientes que prueben cuánto tiempo son capaces de aguantar sin respirar. Al comienzo pueden resistirse de intentar “tal peligroso experimento”, pero cuando lo hacen se sorprenden de encontrar cómo, después de medio minuto, están forzados a inhalar una respiración profunda, aún casi contra su voluntad.

Cuando se aprecia este hecho más allá del propio control, a menudo se percibe lo inútil de su lucha, especialmente cuando les explico que su aparente incapacidad para expandir el pecho no es más que tensión de los músculos del tórax.

También les informo que la respiración superficial (no profunda) puede liberar demasiado dióxido de carbono, causar vértigo o desmayo, hacer que las manos hormiguen, y aún que se experimente una especie de espasmo tetánico. También les explico de qué manera el centro respiratorio ajusta el nivel de dióxido de carbono, mediante una respiración más lenta.

Dudo en describir tal procedimiento elemental. Y sin embargo, recuerdo el caso de una joven que sufría de hiperventilación, que me fue enviada por su médico general. Ella entró a mi consultorio muy alterada y me dijo que había estado respirando así, con frecuencia, durante un año. Me explicó que aunque la causa del ataque original había pasado, el hábito de respirar de este modo había permanecido. Después de la explicación y el experimento de suspender la respiración, descrito antes, se fue respirando normalmente. Meses después su médico me llamó para decirme que estaba curada. Él había tratado todos los remedios que conocía, salvo el de la simple explicación y demostración.

4.- Sensación de colapso.

Un paciente puede entender mejor la debilidad nerviosa cuando se compara ésta con la que sentiría si le dijeran, súbitamente, que ha heredado una fortuna. La comprensión es respaldada aún más cuando se le explica cómo, en

el estado de shock, las arterias pueden dilatarse de manera tal que la sangre drena hacia las diferentes zonas del cuerpo, causando así una insuficiencia de sangre en el cerebro y, por lo tanto, desmayo.

El paciente, en especial la mujer agorafóbica, puede tener espasmos de pánico (estado ligero de shock) en cuanto se propone salir, de tal manera que cuando en realidad sale, ya se siente débil, y el esfuerzo extra de cruzar una avenida principal, abordar un autobús o pararse en una cola, puede traer consigo esa sensación de “piernas de gelatina”. Pensará: “¿De qué sirve intentar salir?” y regresará a casa. No es difícil comprender por qué, si se aventura a salir de nuevo, comience tímidamente a probarse a sí misma si es capaz de llegar tan lejos como a la puerta, luego hasta la calle, y así sucesivamente.

Por supuesto, el miedo que siente mientras hace las pruebas, es una invitación a la debilidad que teme. Se ha colocado a sí misma en un ciclo de miedo-adrenalina-miedo. A tales pacientes les digo: “Las piernas de gelatina las llevarán allá, si se les deja”; y les explico que cuando las sientan así, tan sólo están respondiendo normalmente al aumento fabricado de tensión, causado por su propio miedo, y que la debilidad y la sensación de peso no son síntomas de una verdadera enfermedad orgánica, sino que son sólo sensaciones, y que debería tratar de no dejarse engañar por ellas, por más alterantes que puedan parecer.

El paciente mantiene el mejor control de sí mediante la liberación de “eso” (dejarlo libre), y abandonarse a cualquier reacción nerviosa que su cuerpo pueda traer. Es difícil para él creer esto, pero debe explicársele que, al hacerlo, libera algo de la tensión que agota los nervios que controlan las arterias, músculos, y la debilidad inducida por estos sobreviene con menos facilidad.

Mientras el paciente escucha a su terapeuta, puede estar esperanzado y listo a enfrentar lo peor. Sin embargo, no es fácil mantenerse sostenido por su propia seguridad durante un ataque de debilidad, lejos de casa, especialmente si lo ha

incrementado con su primer pánico. También puede ocurrir que debido a meses y años previos de enfermedad, los ataques de sensaciones de debilidad pueden retornar de cuando en cuando, a pesar de la comprensión y la aceptación.

Ya se ha discutido en el capítulo tres la importancia de la hipoglicemia como causa de una sensación de colapso. Su explicación y tratamiento son simples y bien conocidos por los especialistas.

Los ataques vasovagales son raros en las enfermedades nerviosas. Sin embargo, un terapeuta debería tenerlos en mente, ya que pueden acaecer sin síntomas preliminares, y alarmar exageradamente al paciente, en especial si colapsa estando en un lugar peligroso, como al cruzar una avenida principal. He visto descender tanto la presión arterial durante un ataque vasovagal, que el paciente sufrió cianosis, siendo en verdad incapaz de moverse, casi incapaz de respirar. El ataque debe ser tratado enérgicamente, y el terapeuta siempre debe estar alerta para diferenciar entre éste y una simple debilidad nerviosa.

5.- Dificultad para tragar.

La sensación de tener un bulto en la garganta puede ser tan angustiante que el paciente llegará a estar seguro que no podrá tragar comida sólida, o que lo hará con dificultad. Siempre tengo un poco de galletas en mi consultorio, y cuando le pido a algún paciente que mastique una, usualmente se resiste y afirma que no podría tragarla. Le digo que le he pedido “mastigar”, no “tragar”, y mientras la mastica con rechazo, le advierto que no las trague. Sin embargo, tan pronto como la galleta se ha humedecido, ablandada y suavizada, llegando a la parte posterior de la lengua, el reflejo de tragar toma el mando y al menos parte de la galleta ya desciende por su traquea. He curado casos de anorexia nerviosa de esta manera. Una joven que la padecía estaba casi histérica porque sentía que nunca más sería capaz de tragar. En sus palabras “A cierta

altura de mi enfermedad, estaba segura que moriría. No podía tragar. Sin embargo, mi doctora me dio un poco de fresas y me pidió que tratara de masticarlas, sin intentar siquiera tragarlas. Tuve que aceptar la sensación de enfermarme, aceptar el miedo, y masticar. Para mi sorpresa, las fresas se deslizaron solas hacia mi estómago. No había sido consciente de que las estaba tragando. Seguí este consejo muchas veces, hasta que gradualmente mi estómago ya no rechazó la comida”.

Su anorexia había comenzado durante un período estresante en su hogar. El alivio del estrés ayudó a su recuperación; sin embargo, para su completa recuperación, necesitaba superar la dificultad física de tragar.

6.- Cualquier nuevo síntoma perturbador.

Todo paciente debería ser advertido del hecho de poder ser víctima de cualquier nuevo síntoma perturbador. De tiempo en tiempo, probablemente visitará a su médico con alguna sensación fisiológica normal que haya sido exagerada debido a la *sensibilización*, hasta el punto en que llegue a ser incómoda y desconcertante. Después de volver a asegurarle que el problema es nervioso y que tiene su correspondiente explicación, el paciente deberá tratar de aceptarlo y comprender que será impresionado por cualquier nuevo síntoma, porque ha estado tan asustado, por tanto tiempo, que el sentirse temeroso es ahora un hábito. Un miedo como el suyo aparecerá ante el menor estímulo, y no puede desaparecer de la noche a la mañana. Por algún tiempo, puede añadir el segundo miedo casi por reflejo, especialmente ante la presencia de un nuevo síntoma. En las etapas tempranas de la recuperación, debe practicar sólo el evitar el segundo miedo y, cuando falle, debe aprender a no desesperarse, a no esperar demasiado de sí mismo en esta etapa. La persona que eventualmente se recupera es la que ha aprendido a no tomar en consideración ni las fallas ni la desesperación.

Los síntomas que he descrito están entre aquellos que con más frecuencia mencionan los pacientes agorafóbicos. Otros síntomas, tales como un estómago que se retuerce, o una visión que se nubla, temblores, y así sucesivamente, pueden ocurrir, y también tienen una explicación simple, cuando su origen es nervioso. Enfatizo otra vez la urgente necesidad del terapeuta de explicar con claridad los síntomas nerviosos.

CAPÍTULO 6:

Desenredando la maraña de las experiencias nerviosas.

Aparte de los síntomas físicos, la persona enferma de los nervios, sea agorafóbica o no, puede tener algunas extrañas experiencias, tales como las enumeradas a continuación:

1. Indecisión.
2. Sugestionabilidad.
3. Pérdida de confianza.
4. Sentimientos de irrealidad.
5. Obsesión.
6. Sensaciones de desintegración de la personalidad.
7. Depresión.

Pueden aparecer incluso a veces en el mismo orden mencionado, en el cual un estado lleva al otro. En muchos de los pacientes, cada uno de ellos se basa en una *sensibilización* que exagera las reacciones emocionales, añadiendo la fatiga mental en alguno de estos síntomas, por ejemplo, en la obsesión.

La explicación de que estas experiencias están basadas en la *sensibilización*, la que exagera la reacción emocional, con la posible adición de la fatiga mental, parecería muy simple. Sin embargo, no dudo en afirmar que ellas se desarrollaron en muchos de mis pacientes sin la complicación de ninguna causa profundamente anidada, o ningún problema específico conocido que originase y prolongase su enfermedad. ***El terapeuta debería estar siempre alerta a los efectos físicos de***

la sensibilización y conocer que, en la persona severamente *sensibilizada*, ***todas las emociones pueden ser exageradas***; en un momento feliz el paciente puede sentirse casi histérico, en un suceso medianamente infeliz puede llegar a parecer trágico. Por ejemplo, un estudiante médico, en un estado de ansiedad aguda, dijo que el ver a una anciana en el Departamento de Atención Ambulatoria, que no tenía más que una bronquitis crónica, le alteró tanto que pensó que quizás debería renunciar al estudio de la medicina.

No quiero decir que el único problema de la persona *sensibilizada* sea este preciso estado. Cualquier dificultad que surja durante su enfermedad puede asumirla con exagerada importancia, debido a su vulnerabilidad ante la fuerte reacción emocional; por ejemplo, manejar el problema de una anciana con bronquitis crónica. También cualquier problema o conflicto que el paciente haya mantenido reprimido o negado lo suficiente como para poder vivir con él, puede ser que levante ahora su cabeza y le parezca devastador, inmanejable, y esto ciertamente se añade y prolonga su enfermedad. De hecho, el paciente puede llegar a manejar “un intruso” a la vez, para luego confrontar otro.

El punto que quiero resaltar es que no sólo es el problema, si es que el paciente tiene alguno, lo que es importante para llegar a causar las experiencias nerviosas enumeradas. Un terapeuta debe estar consciente de la exagerada respuesta emocional ante ese problema, y tratarla, así como también intentar resolver el problema en sí.

1.- Indecisión.

El menor cambio de opinión o actitud, mientras se trata de tomar una decisión, puede venir acompañado de tal intensa reacción emocional en el paciente, que decidir puede parecer imposible. Cada punto de vista diferente será correcto en un momento, y equivocado al siguiente. Aún tratar de decidir si tomar o no un paraguas (en un país donde acostumbra llover) puede causar agitación. El

paraguas puede ser cogido un momento, y estar de regreso en su lugar en pocos minutos.

No es suficiente decir a la persona que con la práctica, el hecho de tomar decisiones se hará más fácil. Si aún ocasionalmente pueda llegar a tomarlas sin mucho esfuerzo, mientras permanezca *sensibilizado*, sus emociones continuarán variando demasiado rápido ante cada punto de vista, y las decisiones continuarán siendo difíciles.

2.- Sugestionabilidad.

Debido a que una persona enferma de los nervios tiene dificultad para tomar una decisión en su propia mente, puede llegar a ser muy susceptible ante las sugerencias de los demás. Sentirá que cualquier opinión que lo lleve a tal reacción emocional, tan fuerte como la que tiene ahora, debe ser importante, incluso verdadera. Leer un periódico o una revista puede ser un riesgo. Por ejemplo, los artículos pesimistas acerca de la recuperación de las enfermedades nerviosas pueden afectar tanto a un paciente como para causar una recaída, especialmente aquellos escritos pseudo-científicos que presentan a la Agorafobia como incurable.

Una joven preguntaba “¿por qué las ideas erróneas vienen con tal fuerza y las correctas parecen ser tan inestables?” Las primeras vienen con tanta fuerza porque traen a menudo amenazas, y así provocan miedo, una de nuestras emociones más fuertes. Las segundas, que son correctas, parecen inestables porque, en una persona enferma de los nervios, las forzadas ideas erróneas las desplazan tan rápida y fácilmente que sólo vienen como vislumbres. Ésta es la razón por la cual la esperanza, que es necesitada con tanta urgencia, aparece debilitada.

Debido a que la persona enferma de los nervios es tan sugestionable, la propia sospecha de que nunca pueda recuperarse suele ser devastadora.

3.- Pérdida de confianza.

La indecisión y la sugestionabilidad llevan inevitablemente a la pérdida de confianza. Este lógico desarrollo puede ser apreciado cuando se comprende cuánto confunde y engaña la exagerada emoción que aparece como un relámpago.

Una persona enferma no siempre sufre de falta de confianza todo el tiempo; puede que súbitamente cambie a una confianza exaltada y luego, de manera inesperada y rápida, pase a la desesperación. Esto mismo es un factor que lleva a la confusión. No hay punto medio. Como una mujer expresaba: “A veces me siento decaída todo el tiempo, luego me levanto en un minuto, y otra vez caigo de nuevo”.

Un paciente describía su falta de confianza de este modo: “El último día de mis vacaciones, me debatía pensando ¿iré de pesca?, y luego: no, el mar está demasiado bravo. Pero no, esto no era cierto, tan sólo me estaba engañando a mí mismo. De pronto me dije: ¡Voy! Y me fui solo en un bote, y la pasé muy bien y me sentí fantástico. Pesqué bastante; al regresar dejé que el bote fuese intencionalmente a la deriva, y después remé con una energía fantástica, siendo que tan sólo dos horas antes estaba temblando como una gelatina ante el sólo pensamiento de ir”. Y luego añadió: “Viendo todo esto uno tendría que desconfiar de su propio juicio, no?”.

Le expliqué que él tenía una buena razón para desconfiar del consejo que se había estado dando durante los años de enfermedad. Esos eran los mensajes obstructivos que lo habían mantenido enfermo, y esa es la razón por la cual le enseñé a flotar a través de estos pensamientos.

Ese hombre era el segundo a cargo en una gran industria estatal, y había estado rehusando el ascenso a director gerente, debido a una Agorafobia que

se había prolongado por cuarenta años. Muchos de mis pacientes tenían posiciones de responsabilidad antes de caer enfermos, y habían tenido el coraje de seguir luchando durante años para seguir trabajando, mientras se sentían tan inadecuados como su enfermedad les demandaba. Para volver a ganar la confianza en sí mismos, estas personas necesitaron principalmente una comprensión de su *sensibilización*, y emprender un programa de *desensibilización*. El retorno de la confianza usualmente es una consecuencia de la aceptación y el tiempo, que *desensibilizan*, y la reacción emocional llega a ser normal. Por supuesto, si la enfermedad nerviosa ha sido causada por el estrés de preocuparse acerca de la falla emocional, la confianza perdida de esta manera sólo puede ser reconquistada por el esfuerzo más dirigido y tenaz.

A menudo la persona recuperada de la enfermedad nerviosa, lee o escucha que, debido a que ha tenido una caída, entonces es vulnerable a otras en el futuro. Sin embargo, si se ha recuperado a través de su propio esfuerzo, basado en la comprensión, no sólo se puede levantar por encima de esta sugestión alterante, sino que también podrá apreciar que se ha vuelto menos vulnerable a las recaídas que otras personas que no han tenido esta experiencia iluminadora.

Recientemente, durante una entrevista por radio, junto con otro médico y un psiquiatra, mencioné varias veces la cura de pacientes que habían sufrido de enfermedades nerviosas. El psiquiatra interrumpió: "Usted habla de recuperación de enfermedades nerviosas. Seguramente usted quiere decir remisión. No se usa la palabra recuperación respecto a las enfermedades nerviosas!". Y sin embargo, desde hace cuarenta años, he visto curarse a tantos de esta enfermedad (estado de ansiedad) que no temo hablar de recuperación.

4.- Sentimientos de irrealidad.

La despersonalización y la desrealización ocurren en un 37% de agorafóbicos en las series de Harper y Roth ("Temporal Lobe Epilepsy and the phobia-anxiety-despersonalisation syndrome"). El Dr. Marks ("Fears and Phobias") cita en su reporte: "El paciente se siente temporalmente extraño, como fuera de su cuerpo, cortado o alejado de su alrededor inmediato, o le parece que cierto cambio ha ocurrido en su ambiente. Esta variación respecto a sí mismo, es llamada despersonalización, mientras que el cambio atribuido a sus alrededores es denominado desrealización. Ambas son equivalentes; la despersonalización es un fenómeno temporal, que se da por fases, y dura unos pocos segundos o minutos. Su principio y su fin son generalmente abruptos; el comienzo puede suceder a continuación de alguna situación de extrema ansiedad".

Uso el término irrealidad para incluir la despersonalización y la desrealización, porque mis pacientes lo comprenden y lo utilizan para describir experiencias similares. Algunos dicen que la sensación viene en flashes, otros afirman que pueden haber días en los que se sienten constantemente irreales, como sacados de la realidad, como inadecuados.

Sentirse irreal es comprensible cuando uno considera cuán introspectiva se puede volver una persona nerviosamente perturbada, prestando cada vez menos atención al mundo exterior, incluso a sus alrededores más inmediatos. Todos sabemos, cuando estamos involucrados desesperadamente con nuestros asuntos, cuán difícil puede ser prestar atención a los eventos externos. Es aún más difícil desapegarse de su casi obsesiva auto-examinación. El mundo exterior naturalmente parece retroceder, mientras su

interés en él decrece. En las palabras de un paciente: “Es como si un velo gris me separara de las personas y las cosas”.

Este paciente describe su primera sensación de irrealidad. En una ocasión, cuando se iba a nadar, tenía que pasar por un túnel, desde la cabina hasta la playa para cambiarse. El contraste súbito entre la oscuridad del túnel y el brillo de la luz del sol en la arena blanca y las sombrillas coloridas, eran tan intensos que súbitamente se sintió como sacado de sí mismo, con tanta fuerza, que sólo entonces se dio cuenta cuán envuelto había estado dentro de sus propios pensamientos, durante las últimas semanas. La muchedumbre que reía le parecía un mundo aparte, como si estuviera en un escenario (desrealización). Mientras más trataba de sentirse parte de la escena, ésta más retrocedía. Se sintió alarmado ante el pensamiento de su estado mental, y huyó de miedo. De allí en adelante la sensación de irrealidad fue uno de sus mayores problemas. Si hubiera entendido su extrañeza como un resultado natural de tanta elaboración ansiosa, no habría tratado de huir, y la sensación habría pasado gradualmente. Un sentimiento de irrealidad, nacido de la tensión y de la excesiva introspección, también morirá a causa de la falta de atención.

Sin embargo, para que una persona enferma de los nervios esté interesada en la vida cotidiana, podría tomarle meses renovarse lo suficiente a través de la paz. Gran parte del sufrimiento nervioso se desarrolla a través de la continua y ansiosa introspección, que hace que los pensamientos perturbados se atrincheren en una mente que se ha vuelto rígida por la fatiga.

La persona enferma de los nervios puede sentirse irreal de diferentes maneras. Algunas dicen “Me siento fuera de mí misma, mirándome desde arriba”, o “Cuando toco cosas que conozco, lo hago sintiendo que no soy yo”! Y otros dicen “No me parece real escuchar a la gente riéndose”, o “Escucho a la gente

hablar, y la mitad del tiempo veo sus bocas moverse, y no puedo comprender lo que están diciendo. Es como ver la televisión con el sonido apagado”.

Una madre me estaba explicando por teléfono cuán difícil era comprender la irrealidad que sentía hacia su joven hija. Decía que aún cuando besara a la niña para darle las buenas noches, sentía que era como besarla en sueños. Mientras me estaba hablando por el teléfono, oí una conmoción en su casa. En eso la mujer gritó: “¡Estate quieta, Juana!”. Entonces le hice ver que lo que ella había experimentado era un momento muy real de exasperación. Se dio cuenta de lo que le quería decir, y también comprendió cuando le expliqué que tenía muchos episodios como esos con su hija, pero se había habituado tanto a ellos que difícilmente los registraba. Los momentos de irrealidad que la asustaban borraban los reales. En su estado *sensibilizado*, su miedo ante el sentimiento de irrealidad era tan grande que pronto reemplazaba cualquier sensación de paz que mi explicación le proporcionara. Las grabaciones de audio fueron esenciales para mantenerla segura.

La ilusión de pérdida de contacto con el mundo puede ser alentada más aún, para algunos, por el hecho de haber disminuido algún sentimiento de amor que tenían por aquellos que saben que deberían amar. Han sentido una emoción de miedo intenso por tan largo tiempo, que las emociones normales parece que se han congelado. Es inútil tratar de forzar la consciencia de sentimientos, y una pérdida de tiempo analizar al paciente para intentar encontrar una causa profundamente enraizada para esta condición. Es un síntoma de agotamiento emocional.

Cuando el paciente comprende la causa de irrealidad como el resultado de demasiada introspección ansiosa, se siente tan aliviado de que no se está volviendo loco, que perderá esta sensación y se tornará entusiastamente real,

demasiado eufórico, porque este sentimiento por lo general es de corta duración. Es natural que la irrealidad deba retornar; la memoria la traerá de vuelta. Desafortunadamente, puede entonces ser impulsado a pensar que la causa debe estar en verdad asentada profundamente en él.

Si el sentimiento de irrealidad es parte del sufrimiento, el paciente debería ser preparado para aceptarlo como una consecuencia natural de su enfermedad, y para entender que, en tanto llegue a estar menos aturdido y la introspección cese, será capaz de interesarse más en los eventos externos, y se sentirá relacionado con ellos más de cerca.

Recesión.

Una mujer me describió cómo, en los momentos de pánico severo, le parecía que se retiraba dentro de su mente hacia “una negra nada”. Esta sensación estaba a veces acompañada por un atroz dolor de cabeza y un timbre en los oídos. Estaba segura que si esto persistiera, “nunca volvería atrás” (llegando a ser insana). Otros pacientes se quejaban de una experiencia similar en momentos de intenso pánico. La recesión es meramente una super tensión que se añade a un super pánico.

La persona enferma de los nervios está fácilmente influenciada por sus sentimientos del momento. Estos son difíciles de soportar y causan tal impresión que cobran una importancia desmedida.

5.- Obsesión.

Una mente fatigada puede correr agitadamente o trabajar con tal lentitud, que el que padece una obsesión irá a tientas por sus pensamientos. La mente cansada también parece perder elasticidad o capacidad de regresar a su posición original, de manera tal que los pensamientos que asustan parecerán

“quedarse pegados” tenazmente. El aturdido paciente, a menudo comete el error de tratar de empujar para que estos se alejen, pues no son bienvenidos, o reemplazarlos por otros. Mientras más lucha, más tenso se pone, y los pensamientos parecen aferrarse más. El descartar pensamientos desagradables puede ser siempre difícil, para cualquiera. Por ejemplo, muchos de nosotros conocemos la dificultad de “apagar” la mente, cuando está en extremo cansada. Y aún así, la persona obsesiva demanda constantemente esto de sí misma. No hay por qué sorprenderse si se desespera cuando intenta encontrar el modo de mantener estos pensamientos bajo control. En una persona fatigada mentalmente, muchas obsesiones comienzan de esta manera. Un hábito no deseado, establecido por una exagerada reacción emocional ante algún pensamiento aterrador.

Una mujer describía de esta forma los efectos de la fatiga en sus obsesiones, durante una experiencia que tuvo antes de comenzar a ser mi paciente: “Además de todas mis obsesiones, desarrollé un miedo a dañar a otros y volverme loca. No me atrevía a decírselo a nadie. No podía dormir. Me enfermaba ante el simple ruido producido por la caída de un sombrero, por ejemplo, y cuando estaba en las profundidades del terror, aunque me sentía helada, transpiraba, no tenía temblores sino más bien estremecimientos violentos. Ahora sé que esto era un estado de shock, producido por una extrema fatiga y miedo. Cuando les dije en el hospital que estaba en shock, no me entendieron, y me seguían preguntando si no estaba deprimida. Mi médico aconsejó tratamiento de shock. Decía que funcionaba para los casos de depresión. Pero yo no estaba deprimida, y sin embargo acepté el tratamiento; éste me ayudó, pero no sospechaba siquiera lo que ellos pensaban. Me pusieron una inyección para dormir antes del tratamiento, y por veinte minutos tuve paz, nada más que por veinte minutos. Cuando me desperté, todo lo que podía decir fue ‘estuve dormida!’, y me sentía tan agradecida”. *Estoy segura*

que la enfermedad de la obsesión es algo que está relacionado con la fatiga mental.

Para algunos pacientes, la naturaleza de la obsesión es secundaria al horror del hábito de “ser así”. Por ejemplo, la acción de repetir una tonada o un número no es atemorizante en sí mismo, pero estar obligado a hacerlo da mucho miedo. Para otros, el tipo de obsesión es muy importante. Una madre enferma de los nervios está naturalmente temerosa ante la posibilidad de dañar a su niño porque, debido a su enfermedad, le falta confianza y concentración. Puede haber leído alguna vez sobre una mujer que dañó a su hijo a propósito, y puede estar tan horrorizada de su propio miedo a hacerle daño a su hijo que, el sólo pensar en que podría suceder por accidente, basta para llegar a tener miedo de que lo haga a propósito. Un horror insuperable en una mente fatigada y sugestionable es el terreno fértil para el desarrollo de las obsesiones. Sin ser necesariamente una persona del tipo agresivo, como fueron calificados algunos de mis pacientes, por terapeutas anteriores. Ella no es más que una madre asustada, con una enfermedad que le trae esta obsesión. Por lo demás, no es un caso que está tan fuera de lo común; tantas mujeres sienten el miedo a dañar a su hijo, que seguramente no todas tienen que ser agresivas. El etiquetar a una mujer nerviosamente enferma como violenta, no sólo no ayuda, sino que la perturba sin razón, y hace que la recuperación sea más difícil. Desafortunadamente, se convence de que ella debe ser muy peculiar, muy diferente, porque en su estado de agotamiento puede haber llegado a creer que ya no siente amor por su hijo. Es paradójico que, como ya mencioné, aunque el paciente enfermo de los nervios pueda sentir las emociones de miedo con gran intensidad, las otras pueden parecerle como amortiguadas, muertas.

Aunque algunos enfermos de los nervios encuentran refugio en la religión, otros sienten que no les alivia. Esto trae desolación a una persona que está dedicada a la vida religiosa, especialmente cuando se siente plagada de lo que ella llama “pensamientos pecaminosos”; los que pueden llegar a ser grotescos, en una persona anormalmente ansiosa, cuando están acompañados por la fatiga. Mientras más extraños, irreales y pecaminosos puedan parecerle, más tendrá la necesidad de perseguirlos, como si estuviera obsesionada por hallar cuán horribles pueden ser. Aunque grotescos, estos son previsibles en su estado actual, y no debería sentir culpa, ni temerles, como si fueran algo que debe reprimir, como partes de su cerebro que no se atreve a usar. Sobre todo, no les debería dar tanta importancia, ni tomarlos tan en serio. *No importa cuánto pueda permanecer atrapado por sus obsesiones.* Deberá aprender a ver todos sus pensamientos como lo que son, *tan sólo pensamientos*, sin evitar ninguno de ellos, por más severa que sea la compulsión que los acompañe. La tensión sobredimensionada puede darles tal fuerza que parecen esclavizar a sus víctimas. La liberación, aunque sea pequeña, de la tensión mediante la desaparición de alguno de los miedos, a través de la aceptación, ayuda a relajar la mente que está bloqueada, a quitar los cerrojos que la mantienen prisionera.

El hábito común de tratar de reemplazar los pensamientos incómodos por otros, es más probable que produzca un atrincheramiento de la obsesión, en vez de curarla. Y sin embargo, a veces los pacientes reciben esta recomendación como si fuera conveniente. Por ejemplo, tenemos el siguiente extracto que se publicó recientemente en uno de los manuales de auto-ayuda, de una organización bien establecida, en Australia, bajo el título: “*Cómo controlar los pensamientos indeseables*”: “Acorrálalos mediante el cultivo de pensamientos positivos, intereses sanos y buenos hábitos”. Esto podría sonar como un buen consejo; sin embargo, el tratar de rodear e ir haciendo retroceder a los pensamientos incómodos

cambiándolos por otros positivos, puede llegar a crear agitación en la mente. Ese consejo también conlleva la actitud de lucha, a la que me opongo con fuerza. El mismo folleto aconsejaba: “No les prestes atención, no hables de ellos ni actúes según sus directrices”. Esta actitud es represiva, pues aconseja meramente no actuar, cuando se sienta la compulsión de hacerlo; hay que tener en cuenta que se le está pidiendo a un obsesivo “no ejercer su obsesión”. ¿Pero cómo, reprimiéndola?. También aquí, si una persona con obsesiones no “actuara impulsada por ellas”, teniéndolas bajo su control, podría ser considerado no obsesivo. Si el obsesivo que se lava las manos demasiado frecuentemente no tuviera que actuar según sus pensamientos, no quedaría en él mucho que curar. El cultivar un pensamiento y una acción positiva para reducir el influjo de las obsesiones, es favorecer el antagonismo en contra del impulso obsesivo, les otorga demasiada preeminencia a estos pensamientos perturbadores, y así complica la enfermedad. El esfuerzo que se hace para no considerar es otra manera de considerar.

Aunque el paciente obsesivo pueda comprender qué se espera de él, usualmente encuentra muy difícil la aceptación voluntaria. Para brindarle mayor ayuda, le enseño a **vislumbrar la realidad**. Por ejemplo, si la obsesión es el constante lavarse las manos, por miedo a la contaminación con gérmenes, le explico que la piel tiene un aceite natural para protegerse, y que el lavarse constantemente hace que se pierda, entonces deja la piel más susceptible para infectarse. Aliento al paciente a tratar de vislumbrar esto y llegar a sostenerlo. Unas pocas sesiones practicando el vislumbrar no son suficiente. La repetición de la práctica es el punto crucial del tratamiento. De tal manera que trato de hacerles una grabación para que la escuchen. Cuando el paciente puede por fin vislumbrar el correcto punto de vista, la repetición eventualmente lo refuerza, hasta que reemplaza el mensaje obsesivo.

En los primeros intentos de practicar el vislumbrar, el pensamiento obsesivo puede entrometerse tan forzosamente que el pensamiento claro, incluso por un momento fugaz es difícil, y puede parecer imposible. El paciente es capaz de vislumbrar sólo cuando está calmado, escuchando a su terapeuta, o una grabación con las instrucciones de éste. Cuando pueda vislumbrar por sí mismo, la curación habrá empezado. Aún así, puede ser capaz de vislumbrar un momento y al siguiente ya no. Habrá horas, y aún días, en los que parezca haber perdido su habilidad para vislumbrar, y habiendo experimentado ya una vez la esperanza que trae el vislumbrar, perder esa habilidad puede hacer que la obsesión parezca reforzarse. El vislumbrar puede también ayudar a un paciente con un problema; éste puede discutirlo con el consejero, encontrar una manera aceptable de considerarlo, y practicar el vislumbrar desde este nuevo punto de vista. Un problema que haya sido visto demasiado tiempo bajo una mirada perturbadora llega a estar tan “grabado” en la mente que la persona tiene dificultad para verlo de cualquier otro modo, de tal manera que finalmente parece insoluble.

He conocido a un paciente que logró un alivio temporal de una obsesión, pidiéndole a un compañero que ponga en palabras la verdad, tal como debería estar viéndola; el enfermo puede llegar a instruir a su compañero en las palabras exactas que debe usar. Al escuchar las palabras, aún de esta manera predeterminada, puede liberar la suficiente tensión como para que el paciente por lo general vislumbre la verdad, y la sostenga, aunque sea por sólo unos momentos. Si logra ser ayudado de esta manera, ya comprende el vislumbrar, y se da cuenta que debe pasar aún más tiempo antes que su fatiga se disipe lo suficiente, sus reacciones emocionales se calmen y su mente llegue a ser “flexible”, como para que razone con éxito consigo mismo.

La primera experiencia de vislumbrar exitosamente puede llegar como una revelación. La mujer que describió cómo se quedó en shock antes de sus obsesiones, escribió después: “Cuando tuve mi primer vislumbre, pude ver mi

obsesión como lo que era, un pensamiento tonto producto de una mente cansada; y si éste puede ser tonto, todos los demás pueden serlo. Fue como si las puertas del cielo se abrieran. Hoy, nueve meses después de mi primer vislumbre, puedo repetirlo con éxito. Comencé a hacer progresos desde el momento en que entendí el vislumbrar. Por momentos tuve caídas, pero nada serio. En Junio o Julio tuve mi primer y mayor retroceso. Mirando hacia atrás, veo que comenzó con el cansancio, el ser incapaz de dormir, el estar preocupada por la salud de mi familia, y así sucesivamente. Perdí mi habilidad de vislumbrar, pero me dediqué a mi práctica, la tomé con tanta voluntad como me fue posible, y pude atravesarla. Estoy mejor. Los avances se dan ahora por todas partes.” Esa mujer había estado plagada de obsesiones durante diecisiete años.

Uno puede considerar el vislumbrar como si estuviera tratando sólo el síntoma, y no la enfermedad. En mi experiencia, en cuanto se refiere al estado de ansiedad, éste es a menudo causado por miedo a los síntomas. La *sensibilización* favorece el desarrollo de obsesiones, también de ideas fijas o prejuicios. Tratar de curarlas mediante el análisis del paciente para encontrar su causa original, al fallar en reconocer la presencia y la importancia de la *sensibilización*, está más a menudo destinado a fracasar que a tener éxito. También en caso de un estado de miedo y fatiga mental, una obsesión perdida puede ser rápidamente reemplazada por otra. El paciente está en un estado mental fatigado, en el cual cualquier pensamiento que lo atemorice puede quedar fijado en su interior.

Es más el miedo que acompaña a la obsesión lo que agota y *re-sensibiliza*, que el obedecer o tratar de no obedecer a ella. Por ejemplo, en el caso de lavarse las manos en forma persistente, aunque sea fatigante en sí mismo, es agotador sólo cuando está acompañado por el miedo al hábito. Cuando el paciente comprende que la obsesión es una combinación de fatiga y respuesta emocional exagerada al miedo, ésta perderá algo de la cualidad que la convierte en pesadilla.

Desafortunadamente, pocos reconocen la insidiosa aproximación de la fatiga, ni los trucos que ésta puede jugar. Un estudiante lo comprende muy fácilmente: él sabe que después de tres o cuatro horas de estudio, el concentrarse y el recordar claramente se hace cada vez más difícil, y que debe parar de trabajar hasta que su mente se refresque. Cuando el paciente se analiza a sí mismo sin haber descansado lo suficiente, está impulsado a hacerlo con insistencia, y no reconoce la aparición gradual de la fatiga.

Para un agorafóbico, el miedo a dejar el hogar, su sensación general de seguridad, es a menudo la parte más perturbadora de su estado de ansiedad, mientras que permaneciendo en casa lo más posible, puede vivir durante semanas sin estrés excesivo. Esto podría explicar por qué las obsesiones, aunque a veces se presentan, no son comunes en los agorafóbicos.

6.- Sensaciones de desintegración de la personalidad.

No es sorprendente que una persona enferma de los nervios sienta como si su personalidad se estuviera desintegrando, o se ha desintegrado, que le sea difícil tomar una decisión, y caiga presa de la sugestión; no tiene confianza, está confundida por la irrealidad y quizás hasta por la obsesión, y golpeada por los síntomas físicos exagerados del estrés. Siente que no tiene energía que la sustente; ningún indicativo interior donde buscar dirección; ninguna armonía que mantenga el pensamiento y la acción juntos.

Los viejos dichos son precisos cuando se aplican a la enfermedad nerviosa. “Pull yourself together” es una expresión inglesa que quiere decir literalmente “Ponte todo junto”, y describe lo que la persona debería hacer y no lo consigue. Es como unir las piezas dispersas de su personalidad y ponerlas todas juntas y en su lugar, como calzan las piezas de un rompecabezas, antes de poder ser él mismo de nuevo.

Un joven médico residente que estaba enfermo de los nervios vino a verme, buscando ayuda. Sentía tal torbellino emocional a causa del miedo, la tensión y la confusión por el estado en que se encontraba, que estabilizarse lo suficiente como para ser capaz de aplicar una simple inyección, era toda una lucha. Cada día se desgastaba por ganar esas batallas. Se sentía exhausto, y usaba el término “desintegrado” cuando describía cómo se percibía a sí mismo.

Le expliqué la razón de su aparente desintegración: exagerada reacción emocional adquirida a través de la *sensibilización*, acompañada por la agitación producida por la excesiva tensión, y le enfatiqué que podía continuar su trabajo sólo si, en vez de considerar cada situación como un desafío, trataba de aceptarlo y flotar a través de las reacciones que lo habían perturbado, e intentar hacer lo mejor, tan calmadamente como le fuera posible, dándose cuenta que esperar más de sí mismo, en su actual estado *sensibilizado*, sería pedir demasiado. Le expliqué el significado de “flotar” y su importancia en la *desensibilización*, y le dije que su lema debería ser “Flota, no luches!”. Su primera experiencia, de regreso al hospital, fue pesada y difícil. Tuvo que administrar un anestésico para practicarle una histerectomía a una paciente, y en su condición esto parecía particularmente difícil. Para empeorar las cosas, el cirujano con su escalpelo en la mano, le dijo: “Joven, supongo que usted sabe que esta mujer tiene un corazón débil”. El joven médico se sentía tan tenso por el miedo, que estaba a punto de abandonar su labor, cuando recordó el “flotar”. Sabía que en condiciones normales era perfectamente capaz de administrar en forma adecuada la anestesia así que, recordando que había sido puesto al borde del colapso por nada más que un simple pensamiento obstructivo, lo dejó libre, lo soltó, lo liberó lo mejor que pudo, ayudado por la idea de flotar, y continuó con su tarea.

Si este joven hubiera sido sometido a meses de tratamiento analítico, en busca de la causa de la presunta inadecuación de su personalidad, posiblemente se hubiera vuelto más introspectivo, auto-consciente y crítico de sus propios esfuerzos, y

quizás hubiera terminado renunciando al hospital. Tal como fueron las cosas, se recuperó mientras estaba trabajando.

No les recomiendo a todos los que sufren de un estado de ansiedad que permanezcan en sus puestos, especialmente si son cargos de responsabilidad. La capacidad de cada persona para manejar el estrés debe ser evaluada, y a veces es más adecuado suspender el trabajo por un tiempo. Sin embargo, me es difícil aceptar esta decisión tan radical y considerarla verdaderamente necesaria. Dejar el trabajo es una acción drástica, porque la persona no solamente puede perder confianza, sino que debe enfrentar la inactividad, lo que se vuelve su más formidable enemigo. Podría quedarse en ese estado en el cual la conexión entre pensamiento y emoción es tan perturbadora y cercana, que la falta de ocupación se torna una tortura y la actividad un deber urgente.

Fracaso al tratar de integrarse.

He visto a algunos jóvenes que, desde temprana edad, han estado sometidos a tantas pruebas y análisis, a causa de lo que se consideraba una conducta heterodoxa (quizás sólo el hecho de mojar la cama más allá de la edad normal, o una renuencia a asistir a la escuela), que gran parte de su juventud, que debió emplearse en vivir una vida ordinaria, se dedicó a la psicoterapia, y quizás aún, parte del tiempo, en internamiento psiquiátrico. Algunas de esas personas fracasaron en desarrollar una identidad propia. Tal como lo dijo una joven, “Me siento mentalmente desmembrada, en el limbo, una nada”. Ella había sido tratada durante años por trauma post-violación.

La integración para tal persona viene de la acción, de alentarla a tomar parte de la vida común; no cuestionarla continuamente, ni sumergirla en su interior que probablemente, se ha convertido en un desierto humano. La integración habría sucedido si hubiera estado viviendo como una persona corriente, en medio de otras como ella, hasta que se sienta gradualmente parte de la vida normal, en vez

de haber pasado esos años “en psicoterapia”. Al comienzo pueda que se sienta tan extraña, auto-consciente e irreal, que quizás le parezca que se está tratando de integrar con gente de otro planeta. Si acepta esto como el inevitable resultado de su ambiente anterior, y está preparada para pasar a través de la miseria de sentirse irreal, auto-consciente, no interesante, quizás aburrida (no habiendo vivido lo suficiente en un mundo normal, pueda que no tenga mucho tema de conversación cotidiana). Esta persona, en mi opinión, tiene una mejor oportunidad de llegar a integrarse, que si su desintegración es continuamente enfatizada y discutida.

Al comienzo, el paciente no creerá que, teniendo tan poca terapia analítica podrá curarse. Sin embargo, pronto aprende que necesita mucha explicación y aliento de su terapeuta, durante sus primeros esfuerzos para socializarse en forma normal, especialmente cuando trata de mantener un empleo. Su timidez y sensibilidad lo hacen blanco fácil de cualquier compañero de trabajo sádico que, por desgracia, siempre suele estar presente.

Esto es especialmente difícil para una persona en sus veintitantos años, que debería haber invertido su juventud en una ocupación normal, teniendo que comenzar ahora a estudiar o a realizar un trabajo no calificado. Quizás no tenga práctica en disciplinarse para estudiar; concentrarse le será difícil; hay tantas cosas que la distraen. Está atormentada por la memoria, la falta de confianza y por la sombra de tener que regresar a un hospital psiquiátrico si falla. El fracaso es en especial desastroso. Significaría regresar a la inactividad, a sus antiguos miedos, problemas, o incluso tener que intentar levantarse una vez más, con una menor esperanza de éxito. No fallar, para este tipo de personas, implica la urgente y enérgica ayuda del terapeuta.

Así como retorna la confianza con la *desensibilización* y la comprensión, la reintegración aparece como consecuencia de ésta. El paciente debe comprender y aceptar la sensación de desintegración, sin tenerle temor, ni sentir miedo ante la

confusión resultante. La comprensión de la *sensibilización*, tal como la que he tratado de exponer aquí, y su consecuente aceptación, ayudan a restaurar la armonía interior.

Podría pensarse que enfatizo demasiado respecto a la aceptación. Y sin embargo, nunca será suficiente. He visto curarse a tantas personas. De hecho, NUNCA LAS HE VISTO FRACASAR. Un crítico podría pensar: “Por supuesto que un paciente se recuperará si acepta sus síntomas nerviosos, perdiéndoles el miedo! Lo difícil es persuadirlo de que lo haga!”. Es verdad, y ésta es la razón por la cual insisto en la necesidad de la comprensión especial por parte del terapeuta adecuado, y sus acertadas explicaciones proporcionadas al paciente. La habilidad del terapeuta para entregar información que pueda ser considerada como valedera, es la mejor arma para la aceptación. Un ejemplo erróneo de terapeuta, como se menciona en el capítulo ocho, es el caso de una mujer agorafóbica, felizmente casada, a la cual se le dijo que ella evitaba salir a la calle sola para protegerse del deseo inconsciente de ser una prostituta, en tanto que ella sabía que era simplemente víctima de un ataque de pánico, y de su debilidad general. Será entonces difícil para el terapeuta convencerla de su diagnóstico. De hecho, ella en particular tuvo cinco analistas en veintiocho años, cada uno dándole una diferente versión sobre su Agorafobia, hasta que finalmente fue curada ante una explicación sobre la *sensibilización* y la ayuda práctica que se le brindó. Una vez más hago hincapié en que la aceptación debe estar basada en la comprensión del paciente respecto a su *sensibilización*, y en aprender a *desensibilizarse* a sí mismo.

7.- Depresión.

Voy a exponer aquí la ayuda que se le debe proporcionar a un paciente deprimido, aparte del tratamiento ortodoxo: antidepresivos, terapia electroconvulsiva, cambiar de estilo de vida, etc. Para algunos, el tratamiento ortodoxo es indispensable, pero he visto a otros abandonar el hábito de una depresión, simplemente basándose en el consejo que damos a continuación, incluso sin la ayuda de medicinas.

Para esta exposición separaré a los pacientes en dos grupos: 1. Aquellos con recurrentes caídas de depresión, y que no están perturbados por otra enfermedad nerviosa. 2. Aquellos cuya depresión es parte de un estado de ansiedad.

Depresión recurrente no complicada por otras perturbaciones nerviosas.

Las personas con un hábito de depresión recurrente responden con tanta rapidez a una atmósfera depresiva aún ligera, que parece que les bastase ver nubes que se ciernen en el crepúsculo para que sientan que sus mentes se hunden. Por lo común, basta que su atención se distraiga y ellos se recuperan. Sin embargo, si han tenido algunas experiencias como esas en rápida sucesión, comienzan a temer que una de sus caídas esté en camino. Ellos llegan a convertirse en aprehensivos y temerosos. No hay nada tan doloroso como el pensamiento de una depresión aproximándose, salvo la llegada de la depresión misma. La tensión añadida de aprehensión y miedo drena sus reservas emocionales aún más, y hace que la recaída depresiva se vuelva más probable.

Los errores comienzan. Primero vienen de batallar contra el pensamiento de la próxima depresión, y luego por tratar de luchar contra la depresión misma, una vez que ha llegado. Pongamos el caso de un ama de casa que sufre este trastorno. Escojo una mujer antes que a un hombre, porque su vida en la casa es más conducente a la depresión. También elijo para el ejemplo a una mujer que está sujeta a severos ataques de depresión, de manera tal que siente que la sombra de ésta siempre está arrastrándose tras ella.

Primero, esta mujer está tan temerosa de la depresión, que apenas siente un ataque acercándose, se precipita en su trabajo, tratando de llenar cada momento, de tal manera que no tendrá tiempo para pensar en la nube que se cierne. La lucha ha comenzado. Cuando su trabajo ha terminado, está tan temerosa de estar sola con sus pensamientos y sensaciones, que trata de ver gente, visitar amigos, ir al cine, al supermercado, etc. Mientras está fuera se observa ansiosamente,

preguntándose: “¿Está aún allí? ¿volverá cuando regrese a casa?” La mejor manera de recordar es tratando de olvidar a la fuerza. Así, por intentar tan febrilmente alejar la depresión, en lo único que tiene éxito es en enfatizarla.

Precipitarse con agitación es cansador. Ella llega a estar agotada. Actuar delante de la familia es también una tensión, de tal manera que ésta aumenta hasta conseguir *sensibilizarla*. Cuando llega a este punto, el miedo que siente cuando piensa que la depresión se acerca, se hace más agudo. Tiene este espasmo de miedo en la boca del estómago, donde anida la sensación de depresión. Puede haber tan poco que escoger entre estas dos sensaciones -miedo y depresión- que, en tanto el miedo aumenta, ella traduce esto en depresión, y finalmente está convencida que ha vuelto otra de sus caídas depresivas.

En este estado se desespera, y la desesperación es la estocada final. Tan sólo tiene que sentir el flash de desesperación para admitir ante sí misma y su familia que está realmente deprimida. Y ahora viene el padecimiento de los consejos: “Recupérate!”, “Aléjate de eso!”, “Lucha contra eso, madre!” Como si ella no hubiera estado luchando durante días, sin conseguir nada más que sentirse más atrapada. Y sin embargo, comienza de nuevo su rutina: precipitarse agitadamente a la actividad, luchar, tratar de levantarse “por encima de eso”. Toma antidepresivos cada mañana para intentar conseguirlo, y tranquilizantes en la tarde para prepararse para la agitación de la noche.

Mientras está fuera de casa, de visita, pueda ser que olvide la depresión y se sienta casi normal, pero cuando piensa en esto otra vez, su corazón parece hundirse de inmediato. La lucha parece no tener esperanza. ¡Cuál es la utilidad de olvidar, cuando el recordar trae tal penoso shock! Puede ser que regrese a casa más deprimida y descorazonada que cuando salió. A veces puede dirigirse a su hogar sintiéndose bien, para luego encontrar que la sola vista de la casa la arroja a la desesperación y la parálisis. Cuando se cae con tanta facilidad, es difícil

recordar que en el pasado la depresión siempre se ha levantado. Con cada nueva recaída siempre hay la sensación de que esta vez se quedará.

Sin embargo, las reservas emocionales pueden volverse a llenar por sí mismas, incluso durante la depresión, y esta mujer probablemente se despertará una mañana para encontrar que, a pesar de sí misma, habrá menos temores y más interés. Por su experiencia pasada sabe que la depresión está de salida finalmente. Entonces le tiene menos miedo, llega a estar menos tensa y aún preparada para esperar pacientemente que la depresión pase.

Esta es una historia de mala administración emocional, que no sólo establece las caídas de la depresión recurrente, sino que también las prolonga. El cambio, la ocupación interesante, la compañía, son prescripciones bien conocidas. Sin embargo mucha gente, por razones prácticas, debe recuperarse durante y a pesar de su rutina normal, especialmente si se es un ama de casa.

Cuando una persona percibe esa sensación de hundirse, debería tener el coraje de dejarla entrar, y no huir ciegamente de su pensamiento. Debería relajarse respecto a “eso”, no ponerse tensa y en contra; tratar de entender que esa sensación es favorecida por el hábito y la memoria, y es alentada por el cansancio emocional, y quizás mental. Debería continuar trabajando a un paso regular -su ritmo habitual- sin estar con miedo de pensar en sí misma, y sobre todo, no tener miedo de pensar en la depresión. A toda costa debe aprovechar cada oportunidad para ayudarse a animarse, haciéndolo a un ritmo estable, sin acelerarse. Si acepta que tiene poca fuerza en lo referente a lo emocional, que su ánimo estará, todavía por un tiempo, arriba un minuto y abajo otro, su aceptación amortiguará el impacto de recordar “el estado en que se encuentra” y protegerá sus emociones de su propio asalto en contra de ellas. Esto solo le dará a su cuerpo la oportunidad de curarse.

Es necesario coraje para aceptar la depresión y estar preparado para relajarse en ella, para trabajar con ella, y no buscar la salvación en la distracción que produce cansancio. Sin embargo, el hecho de enfrentar, aceptar, y continuar trabajando a un paso regular, con el menor miedo posible, puede finalmente curar la depresión, en muchos casos, sin recurrir al uso de antidepresivos. Este tratamiento, mediante la aceptación voluntaria, puede tomar más tiempo que con antidepresivos, pero la confianza en la auto-administración emocional que conlleva es más deseable que el confiar en drogas, que no sólo pueden causar dependencia, sino que no siempre pueden curar la depresión. En mi ejercicio médico le he enseñado a muchos pacientes a manejar sus caídas de depresión de esta manera.

La depresión en la persona enferma de los nervios.

Hasta ahora he estado analizando el caso de una mujer con un hábito de recurrentes caídas de depresión. La depresión en una mujer (u hombre) enferma de los nervios es más complicada, porque a menudo está basada en el agotamiento físico que suele acompañar a la continua ansiedad. Puede haber todavía un deseo de hacer cosas, y aún así una sensación de inhabilidad física para arrancar; o puede ocurrir una ausencia de deseo de hacer algo. Algunas veces el deseo es fugaz y esto, añadido a la tensión de la enfermedad, hará sentir que la vida es inaguantable. Se ha dicho que mucha gente nerviosamente enferma podría recuperarse si quisiera. Cuando una mujer (u hombre) está agotada, la recuperación puede parecer estar tan lejos de su alcance que no es capaz de hacer el esfuerzo. Concretar una cita con algunos días de anticipación les puede parecer demasiado. Aceptar una invitación para el miércoles la sentirán más como una amenaza que como una promesa de pasarla bien. El deseo de ir viene sólo en flashes, si es que viene. Una semana de espera les trae mayor agotamiento, hasta que difícilmente consiguen contar ni con un deseo fugaz de ir, de tal manera que el martes en la noche ofrecerán otra ingeniosa excusa para cancelar la cita. Si el amigo le hubiera dicho “¡ven hoy!”, la persona habría tenido la oportunidad de

reunir todo su coraje de una sola vez. La reflexión, como es usual, es la que mata. Esta es la razón por la que planear con anticipación le exige demasiado a quien se siente agotado.

La depresión es una de las más descorazonadoras experiencias en la enfermedad nerviosa. Desafortunadamente, puede tener tal efecto en los otros miembros de la familia, que la alegría de vivir suele también ser desalentada en ellos. Una madre desesperada dirá “Doctor, qué le voy a decir a mi hija? Todo lo que hago o digo parece estar mal!”. La familia raramente ayuda al paciente de la manera adecuada. Lo que va a ocurrir es que le pidan que busque divertirse: una visita aquí, un juego de cartas allá, una salida en auto. Sin embargo, regresará tan sólo temporalmente aliviada, o aún más descorazonada que cuando salió.

Curar la depresión nerviosa puede tomar varios meses, y esperar resultados rápidos presionando al paciente no va a solucionar mucho. Si los que intentan ayudar, así como la víctima de la depresión, pudieran ver esta enfermedad como un estado de agotamiento, y comprender que la curación tomará tiempo, porque debe darse un momento definido para reunir fuerzas, donde tienen que estar presentes la esperanza y la paciencia.

También mientras la persona se recupera de la depresión, a veces es difícil darse cuenta hasta qué grado el “no desear” se ha convertido en un hábito perezoso, y cuánto es verdaderamente debido al agotamiento remanente. El extremo agotamiento trae tales síntomas bien definidos, lo que es factible reconocer como un estado físico; sin embargo, mientras el agotamiento disminuye y la depresión se aleja, aunque a uno le atraigan las cosas más obvias e interesantes, las obligaciones que a todos nos desmotivan, todavía las veremos poco atractivas. La renuencia del paciente no es más que el disgusto exagerado. No todo puede parecer interesante de súbito. Al paciente debe enseñársele que mientras sale de un agotamiento nervioso, manejar las tareas fastidiosas y aburridas es

especialmente difícil, pero que deben hacerse de tal manera que se alcance un nivel en el cual la vida ordinaria llegue a valer la pena.

La depresión de la mañana.

Es extraño ver que en la mañana desconcierta la disipación de la mejoría del día anterior. Las personas deprimidas, sean nerviosamente enfermas o no, se decepcionan si después de irse a dormir llenas de esperanza, incluso animosas, se despiertan la mañana siguiente con la sensación del mismo pesado corazón de plomo. Para manejarlo, deben levantarse, permitir que entre la luz del día por la ventana, tomar una ducha, una taza de té, y escuchar música. Esto no es luchar contra la depresión, esto es calmarse. Se le debe explicar en qué forma el metabolismo, temprano en la mañana, está en su punto más bajo, y cómo estos simples actos ayudan a subirlo, de tal modo que aún si debe retornar a la cama hasta que la familia se levante, la depresión no parecerá ser tan abrumadora. Por supuesto, si despierta muy temprano, llega a ser un problema decidir si toma o no un tranquilizante. Esas largas horas antes que la familia se mueva pueden resultar interminables. Para un paciente que enfrente esta incertidumbre, por lo general le prescribo un sedante suave.

El cambiar de habitación, o incluso la ubicación de la cama, dentro del mismo espacio, ayuda; podría situarla donde no tenga que ver el mismo ambiente de siempre cada mañana, cuando se despierta, evitando traer a la memoria todos sus otros amaneceres de sufrimiento, que arrastran al pantano de la desesperación, antes que tenga tiempo de orientarse hacia la naciente y nueva actitud.

El relajarse y continuar en medio de la depresión, sin ponerse tenso en contra de la enfermedad frente al miedo, no tratar de luchar y de forzar su camino de salida, sino más bien trabajar a un ritmo sostenido y regular, nos da coraje. Esta actitud, una vez dominada, puede ser sorprendentemente gratificante.

De ser posible, utilizo la palabra agotamiento en vez de depresión, y me alegra ver el efecto alentador sobre el paciente. De esta manera, siente que puede hacer algo acerca de su agotamiento; mientras que el término depresión tiene una connotación de algo concluido, y conlleva la amenaza de una onerosa batalla que se debe vencer.

Una vez más enfatizo que las experiencias negativas tales como la indecisión, la sugestionabilidad, etc. (que son tan comúnmente agrupadas bajo el término “crisis nerviosa”) no pueden ser más que el resultado de la *sensibilización*, el miedo y desconcierto que esto implica, sumado a la inútil búsqueda de las causas profundamente arraigadas en algunos pacientes, conlleva a obstaculizar su recuperación.

CAPÍTULO 7:

Primeros pasos para la recuperación de la Agorafobia.

Después de hablar con su terapeuta, el paciente agorafóbico puede sentirse estimulado para practicar, saliendo solo a la calle. Sin embargo, puede aún sentir miedo de dar los primeros pasos. Sus pensamientos serán:

1. ha estado enfermo por tanto tiempo, que ya no le parece factible recibir ayuda.
2. ha tratado de recuperarse de tantas maneras en el pasado, que intentarlo de nuevo es muy difícil.
3. aunque comprende y anticipa que el consejo puede funcionar, entra en pánico con tanta facilidad que le falta valor para enfrentar otro estallido.
4. se siente tan desgastado emocionalmente, que podría arrepentirse ante la idea de dar aquellos primeros pasos.

1.- Piensa que ha estado enfermo demasiado tiempo como para recuperarse.

El paciente debería entender que no hay ninguna fuerza externa que lo convierte en agorafóbico; que su cuerpo está simplemente respondiendo de la manera en que está programado; que los síntomas de *sensibilización*, aunque alarmantes, no son más que un registro de sensaciones en los nervios. Incluso utilizo la palabra “superficial” cuando los describo, y sólo este hecho curó a un paciente. También debería entender que estos pueden ser *desensibilizados* y que los nervios en sí no le guardan rencor por estar enfermo, aunque sea por largo tiempo. El padecimiento de larga duración significa principalmente que el hábito está atrincherado con fuerza, y que se le ha dado mucho tiempo para coleccionar memorias desalentadoras.

También puede suceder que el paciente, cuando está con el terapeuta, sienta sosiego y comprenda, pero su mente cansada olvida fácilmente el consejo recibido, y encontrar el coraje para dar los primeros pasos por su cuenta le parece muy difícil. Las grabaciones de audio son de nuevo una gran ayuda. (La transcripción de la grabación “Yendo hacia la libertad” se encuentra en el capítulo doce, y puede ser escuchada en cassettes). Así como una persona se ha bombardeado a sí misma con sugerencias derrotistas por tanto tiempo, ahora puede substituir el consejo alentador del doctor con la grabación, mientras se aventura a salir por su cuenta.

2.- El paciente no confía en sí mismo.

Lo importante es que escuche a su terapeuta y que esté dispuesto a confiar. Debería explicársele que, por más que piense que es un gran cobarde, el consejo de todas maneras funcionará, aunque la confianza en sí mismo sea mínima. Su cuerpo se curará **si él no interfiere**, consiguiendo añadir la menor cantidad de segundo miedo que le sea posible.

3.- Comprende el consejo, pero el miedo surge con tanta fuerza que lo dicho por el terapeuta pierde su valor.

Es probable que el paciente tenga que aceptar mucho segundo miedo, por el momento. Cuando el pánico ataca, creará que no puede pensar más, así es que, recordar lo suficientemente rápido la aceptación del pánico, puede parecer imposible. Debería indicársele entonces que, si se observa de cerca, descubrirá que sí piensa, aunque se trate de pensamientos erróneos (“tengo que salir de aquí, rápido”). Para enseñarle un modo práctico de trabajar sus miedos, presiono mi mano sobre su pecho y le pido que se mueva en contra de la presión. En tanto se esfuerza, le hago notar que esa es la tensión con la cual ha estado tratando de progresar. Le sugiero entonces que trate de avanzar, pero estirando sus brazos, como si estuviera nadando lentamente en el agua que fluye. Puedo sentir que

parte de su tensión se relaja de inmediato. Le explico que es así como quiero que aborde su pánico, como si estuviera nadando fluidamente en aguas profundas. Este movimiento relajado le proporciona algo positivo en que pensar y hacer en un momento crítico, en vez de retirarse tenso y a ciegas, derrotado.

Una alternativa es instruir al paciente para que tome una inhalación profunda de aire, y lo deje salir lentamente. Algunas personas con enfermedad nerviosa se sienten incómodas con la imagen del agua. Incluso un agorafóbico ocasional puede evitar tomar un baño, porque siente miedo de sufrir un ataque mientras está desnudo; el rápido escape le sería difícil.

4.- Piensa que no tiene la fuerza para dar el primer paso.

Una vez visité a una mujer que estaba exhausta por su enfermedad nerviosa, y que había sido confinada a un sofá, por meses. Pensaba que estaba demasiado débil para estar de pie por mucho tiempo. La alenté entonces a pintar el balcón posterior de su casa. Para su sorpresa, ella comenzó a hacerlo. Algunos días después, estaba entusiasmada pintando, y casi no notó la silla que se situaba estratégicamente cerca. Mucha de la debilidad nerviosa se basa en una pérdida de confianza, el paciente piensa que su cuerpo no le va a responder. Cuando su médico le dijo que podía pintar el balcón, tuvo la suficiente confianza para intentarlo. Le expliqué que la debilidad nerviosa, en este caso, no es causada por una enfermedad muscular y que estos podían volverse fuertes si tan sólo se les pusiera en acción.

El terapeuta debería alentar a su paciente a dar esos primeros pasos, sin tener en cuenta la duración de su enfermedad, ni cuánto pueda desconfiar de sí mismo, tampoco su cansancio y, sobre todo, cuán temeroso pueda sentirse. Trato de incentivarlo para que haga un esfuerzo, justo cuando menos piensa que lo logrará. Entonces recupera algo de confianza, al manejar una situación cuando se siente

peor, en vez de estar esperando el momento propicio. Deberá de aprender a hacerlo, aunque no esté de ánimo.

Los primeros pasos vacilantes (y en realidad lo son, casi como los de un niño), nunca deben emprenderse rápidamente. Un ritmo regular le dará tiempo para recordar la actitud correcta, para comprender que se está asustando a sí mismo. La velocidad ayuda a añadir el segundo miedo; incrementa la tensión, la agitación, la *sensibilización*; significa huir, no afrontar, aunque el agorafóbico esté alejándose de casa. El pánico puede ser derrotado sólo por aquellos que se toman el tiempo necesario para manejarlo.

El paciente que lucha de esta manera, caminando solo por la calle, no debería tratar de mantener su mente distraída ni apartada de sí mismo, sino todo lo contrario. Algunos dicen que intentan aquietarse contando en voz alta, y han contado centenas, desde su casa hasta el final de la calle. Difícilmente puede analizar cómo se siente. Ha estado percibiendo sus sensaciones con tanta consistencia y durante tanto tiempo, que una súbita falta de consciencia sería un milagro y sin embargo, eso es lo que anhela, y se desespera innecesariamente al darse cuenta de que sus pensamientos están volcados hacia adentro, hacia sus síntomas. Debería tomarlo como algo natural, dadas las circunstancias.

El agorafóbico debería salir **preparado para pensar continuamente en sí mismo**, y para tener muchos, si no todos, los síntomas y miedos que le son familiares. Debería ir hacia ellos, por propia voluntad, tanto como sea posible y, al mismo tiempo, tratar de impresionarse con ellos lo menos que pueda, (¡no es fácil!). Hasta ahora ha sido engañado por sensaciones físicas de poca importancia médica, por largo tiempo. Para no dejarse impactar por ellas, debería enseñársele a manejarlas, y no sugerirle que trate de “acostumbrarse a ellas”. También debería aprender que **su cuerpo sensibilizado está funcionando normalmente, dentro de las circunstancias de miedo y tensión que está creándose a sí mismo** y que, debido a que sus nervios han sido condicionados para atraer respuestas

aumentadas, la aceptación no va a lograrse de la noche a la mañana. Puede ser la primera vez, en años que está tratando de salir solo, así que es de esperarse que esté ansioso y alerta, cosa que debería aceptar. Todo síntoma de estrés que pudiera presentarse no debe ser considerado como reacciones enfermas, sino más bien como normales, bajo las circunstancias de aprehensión en que se encuentra. Cada persona debería estar preparada para recuperarse de acuerdo a su propio ritmo. El restablecimiento pausado tiene sus ventajas, pues da repetidas oportunidades para practicar la manera correcta, hasta que la reacción apropiada llegue a convertirse en rutina.

5.- Correcta Reacción-Disposición.

Esto significa que el agorafóbico ha sido partícipe, a través de la práctica, ya sea en su fantasía o en su experiencia, encontrando situaciones estresantes lo suficientemente seguido como para que la correcta actitud se convierta en un hábito. En las etapas tempranas de la recuperación, recuerda los fracasos pasados con nitidez, y los temidos síntomas que los acompañaron destacan tan claramente que, sin quererlo, está en un estado de errónea reacción-disposición, en cuanto intenta dar esos primeros pasos.

La correcta reacción-disposición puede ser practicada en casa. No sólo va a prepararlo para salir, sino también para afrontar otras dificultades personales.

Para esta práctica en casa, el paciente debe sentarse tan confortablemente como le sea posible, e imaginarse a sí mismo en una de las situaciones que más teme, por ejemplo, esperando un autobús. En cuanto éste aparece en su mente debería tratar de recrear las mismas sensaciones de miedo y recelo que sentiría si estuviese en realidad en un paradero de ómnibus. Experimentarlas con la misma intensidad y, al mismo tiempo, tratar de estar relajado todo lo que pueda. Algunos terapeutas afirman que la relajación no es lo importante, que lograrían los mismos resultados si estuvieran tensos. Esto puede ser que funcione para la técnica

llamada “desborde, inundación”, en la que incluso se le alienta a estar tenso; en este caso, el objetivo es demostrar que puede pasar a través de los peores síntomas, el pánico más grande, y salir ileso. Yo prefiero enseñar el modo de pasar por sus peores momentos sólo cuando ya sabe cómo manejarlos. Sin embargo, lo que sí hago es alentarle a que permita que el pánico cause sus peores estragos, si es necesario, que deje “quemar las raíces de sus cabellos”. Pero vuelvo a enfatizar una vez más, que le enseño a pasar a través del momento en que “su cabello se está quemando”.

Si al paciente le incomoda la palabra “aceptar”, puede sustituirla por la expresión “reaccionar libremente”, que significa dar paso a la extensa gama de sensaciones nerviosas y sus reacciones, permitiéndoles venir a todas. Muchas personas temen que las sensaciones serán tan poderosas, que quedarán inmovilizados por ellas. La palabra “libremente” los pone a salvo. Esto libera tensión, alienta a la acción y, por lo general *desensibiliza*.

Las palabras y frases tienen diferentes efectos, según cada persona. Reaccionar libremente es descriptivo; cuenta su propia historia. Una paciente dijo hace poco que la frase que más la ayudó fue: “Usted ha sido ‘blufada’ por sus sensaciones físicas” (‘blufada’: engañada, como en el juego de naipes, donde alguien hace creer que tiene mejores cartas). Otra comentó que la frase que le resultó más útil fue: “Practica, no pruebes”. Y una tercera fue curada al escuchar: “Los síntomas son superficiales”.

Una paciente que, practicando en su fantasía, sube a un ómnibus, debería escoger el asiento delantero, y aún imaginarse que busca a tientas en su bolso el dinero del pasaje, mientras un cobrador impaciente la espera. Una vez ubicada en su asiento imaginario, podría experimentar la sensación de no poder salir del bus con rapidez, en el caso de una emergencia (quizás que el vehículo se averíe y que tenga que cambiarse a otro), mientras recuerda qué debería hacer. En este punto es conveniente que exprese todo en palabras, que lo verbalice. Mientras más

practique en casa, con mayor disposición y prontitud vendrá la reacción correcta, en el momento en que se encuentre en la situación real.

Una mujer me escribió: “No pude recordar su consejo lo suficientemente rápido como para cruzar sin frenos a través del pánico y otros síntomas nerviosos”. Esta práctica podría haberla ayudado, pero yo preferiría que no estuviese tan ansiosa por pasar a toda velocidad por el pánico. Eso sería como tratar de apagarlo o desconectarlo. Debido a su errónea reacción-disposición, establecida hace tanto tiempo, se exige a sí misma, en esta etapa de su enfermedad, una imposibilidad fisiológica ***El pánico y los otros síntomas cesarán de venir sólo cuando se apaguen por sí mismos, cuando su presencia ya no importe más.*** En el momento en que haya aprendido a pasar a través de ellos de la manera correcta, ya no la abrumarán más. La verdadera invalidación se convertirá en automática y ya no habrá una lucha para recordar el consejo correcto.

También, cuando el agorafóbico viaje, debería tratar de soltar su tenso aferramiento a la casa; cortar el lazo entre su refugio y él. Si se encuentra en un vehículo, deberá avanzar hacia adelante con su pensamiento, ir ambos en la misma dirección.

Durante las primeras etapas de la recuperación, no es común que se maneje el pánico de la manera correcta. Al comienzo, el practicar salir de casa hace que la persona esté más *sensibilizada* y más cansada que cuando permanecía en la seguridad de su hogar. Cuando esté deseosa de ponerse en la primera línea de batalla, podría sentir más pánico del que tuvo en el pasado, durante tanto tiempo. En esta etapa necesita ser tranquilizado, pero nunca lo suficiente como para matar toda reacción nerviosa. Deberá sentir algo de miedo y sus efectos, a fin de ser capaz de manejarlos.

Debido a la incrementada *sensibilización* durante sus esfuerzos tempranos, algunos agorafóbicos se desaniman. Por otro lado, cuando se ha percibido alguna

vez lo que la aceptación puede lograr, estarán tan dedicados a ella, que tal vez sientan miedo de dejar pasar un día sin practicar, por temor a perder lo que se consiguió el día anterior. Sin embargo, se debe aprender a aceptar los altos y bajos en su camino hacia la recuperación. Para recobrar energías es necesario dejar de esforzarse, para volver a comenzar.

Cuando un paciente fracasa, debería aprender que es porque **se apresuró** en llegar a un término; **se retiró** durante la etapa del miedo; **trató** de retardar y apagar el pánico; **añadió** demasiado segundo miedo, o estaba demasiado cansado, sobre-*sensibilizado* con tanto esfuerzo, hasta estar asustado por la incrementada intensidad de sus reacciones, en un momento en el cual pensó que podía sentirse mejor. Quizás se puso a escuchar esa pequeña voz que dice, siempre lista para desalentar: “¡Otros pueden, tú no!”. Deberá aprender a reconocerla, a esperarla, y practicar el flotar a través de ella.

El preciso que se dé cuenta de la diferencia entre practicar y ponerse a prueba. Si fue capaz de dar la vuelta al parque la semana pasada, no debería sentirse desalentado si falla al tratar de hacerlo de nuevo. El anhelo de conseguirlo la segunda vez puede producirle tanta aprehensión que el menor estrés lo lanzará al pánico y a la decepción. **Debe practicar, no desafiarse**. El camino a la recuperación es engañoso; las medicinas no compensarán la falta de comprensión que hay entre los pacientes o terapeutas respecto a los muchos obstáculos que se encuentran en el camino. La explicación adecuada es todavía el mejor tratamiento, porque sin ella se considera como terminal cada ataque frustrante o variación en su enfermedad.

La aceptación a través de la comprensión no sólo trae alivio respecto a la *sensibilización*, sino también al hecho de buscar una causa. De esta manera, la fatiga mental se disipa y la mente puede refrescarse, sin el prejuicio de un solo punto de vista, y las situaciones problemáticas se ven bajo mejores perspectivas.

Una vez más enfatizo que el paciente debe estar atento a cuando llegue el momento del retroceso, y pasar justo a través de él. La aceptación completa, no parcial, es la respuesta.

Un piloto explicó que el mismo principio rige en aeronáutica: Cuando un avión está yendo en caída, una de las lecciones más arduas para un principiante es aprender a dirigirlo hacia la caída. De esta manera se procura la horizontalidad y por lo tanto, la recuperación. Sumergir las alas en la dirección opuesta puede ser catastrófico.

Es importante que el paciente no deje de frecuentar los lugares o experiencias que le producen temor, pues estos son su tabla de salvación, transformándose en su campo de práctica y recuperación. Que se consolide por fin su actitud correcta radica precisamente en este punto.

El paciente podría tratar de evitar las exigencias que implica la sola idea de la recuperación, imaginándose que se enfrentará a ellas con la misma sensación que ahora lo embarga, con un caleidoscopio de emociones extrañas. Sin embargo, la recuperación trae consigo su propio cambio: una fuerza y un interés renovados. Debe seguir adelante, con confianza en esta transformación y en la habilidad gradual que irá obteniendo para manejarlo. Es la progresión paulatina la que hace que todo sea posible, pero es esta misma condición lo que es tan difícil de soportar, porque es frustrante y deja tanto tiempo para pensar. Sólo la confianza y la comprensión que resulta del repetido hacer son las que quitan el miedo a la reflexión. Tal como ya se ha dicho, el paciente debería aprender a esperar con serenidad, y sin ningún estado de ánimo especial, sin necesitar estar de humor. Lo que es más devastador es estar sentado, esperando, con el sombrero y el abrigo puestos, las manos apretadas, pensando en si estará de ánimo para llevar a cabo lo que se ha propuesto. La recuperación reside en el hacer, una y otra vez.

Algunos terapeutas aconsejan a sus pacientes viajar sólo tan lejos como puedan, sin llegar al extremo de entrar en pánico, teniendo que regresar de inmediato, cuando éste se presenta. De esta manera esperan *desensibilizarlo*. No he conocido a ningún paciente que se haya curado con este método, incluso algunos han empeorado, debido a su incrementada predisposición para evitar el pánico. Pese a que los terapeutas ponen mucho esfuerzo en ayudar a sus pacientes, conseguirían resultados más gratificantes si les enseñaran la forma en que deben manejar el pánico, en vez de evitarlo.

CAPÍTULO 8:

Obstáculos para la recuperación

1. El pequeño café.
2. Una agorafóbica enferma durante veintiocho años, describe su recuperación gradual.
3. Un día en la vida de un ama de casa que padece una enfermedad nerviosa.
4. Dos tipos de personas que sufren.
5. Dificultad para retornar a casa.
6. La actitud de un esposo ante la Agorafobia de su pareja.
7. Ocupación.
8. Uso de tranquilizantes.

Cada uno de estos artículos proporciona cierta comprensión acerca del punto de vista de los pacientes y sus reacciones, cuando se encuentran en determinadas circunstancias adversas, comunes a aquellos que luchan por recuperarse bajo un estado de ansiedad, especialmente cuando se presenta acompañado por la Agorafobia.

1.- El pequeño café.

De una carta recibida desde América: “Mi médico está contento con lo que he logrado, luego de haberme visto a lo largo de doce años, durante los cuales no era capaz de hacer nada. Se sentía impotente ante mi incapacidad para seguir sus consejos; yo estaba demasiado aterrorizada como para intentarlo. Entonces aprendí acerca del significado de la *sensibilización* y la aceptación, lo que me permitió volver a avanzar.”

“He tenido severos retrocesos. Una vez pensé que estaba de nuevo en mi peor momento, pero fui capaz de salir. Tengo la sensación de ‘y ahora qué?’ como si quizás estuviese curada, aunque sé que aún no lo estoy, como podrá notar, ya que continúo leyendo. No tengo la sensación de excitación que aparecía cuando hacía cosas; quizás ya no siento desafíos.”

“He estado trabajando por primera vez, después de veintidós años. Pienso que estoy cerca de alcanzar cierto nivel de curación. Quizás soy normal y no lo reconozco. Después de estar ansiosa durante doce años, quizás he olvidado cómo es sentirse normal”.

“Por ejemplo, ésta es una de mis cosas pendientes que me causan frustración: después de pasar una semana de infierno anticipando un juego de hockey, **la** noche llegó y, esta vez asistí sin ninguna de las sensaciones de miedo que había estado teniendo. Por lo general, las multitudes me molestan, y allí había más de treinta mil personas. Excepto por un ligero vértigo, no me sentí ansiosa. Estaba feliz, pero sin esa sensación de excitación que pensé que debía tener”.

“Puedo hacer eso (ir al juego de hockey) y sin embargo, en un pequeño café todavía tengo momentos espantosos. Esto es lo que me intriga. No parezco ser capaz de manejar la situación en los cafés. He practicado durante tres meses, al menos una vez a la semana; lo he intentado en diferentes lugares, pero siempre la paso mal. No he tratado de salir a cenar, como esperaba hacerlo en esta etapa, paso a paso, comenzando por el pequeño café. Le he dicho a mi pánico: ‘Ven y hazme lo peor’, pero siempre estoy contenta de salir. Otros agorafóbicos dicen lo mismo. Me estoy preguntando si el hacer el esfuerzo de ir a un gran restaurante, repleto de gente, me ayudaría a manejar mi desempeño en los pequeños cafés.”

Es preciso comentar al respecto que la exaltación gozosa, que es la motivadora en las primeras etapas de la recuperación, debe ceder el paso a la calma y a la satisfacción, cuando el agorafóbico se llega a acostumbrar al logro. Tal emoción

intensa, como lo es la exaltación por haber alcanzando una meta, es por lo general, extraña. Así, cuando ya no se siente, la persona comienza a sentirse como los demás. Aunque lo aprecie, ansía volver a tener esa maravillosa sensación de exaltación placentera.

En este punto de la recuperación, antes de emprender cualquier cosa difícil, se anticipará a los hechos presa del miedo, porque así lo ha hecho durante tantos años, y todavía no ha conseguido manejar la situación lo suficiente como para quitarle el filo a su memoria. La anticipación ansiosa es un hábito que persiste.

Cuando **la** noche llegó, sintió un cierto alivio de la tensión, ya que la espera había terminado, así que se sintió más relajada. Pudo entonces concentrarse en recordar las ocasiones recientes previas, cuando fue capaz de manejar bien la situación, y este aliento la llevó al juego de hockey. Esa semana de temerosa anticipación **era normal, dadas las circunstancias**, y no significaba que estaba dando un paso atrás. Podría pasar un año o más antes que decida hacer una salida desafiante, sin sentir cierta anticipación ansiosa; ésta es una de las últimas fases de la Agorafobia en retirada.

El no ser capaz de manejarse en un pequeño café, ilustra el error que implica intentar trabajar con una situación en especial, sin tratar de manejar el miedo mismo. Esta mujer se pregunta si dar un gran paso (sentarse en un restaurante lleno), la impulsará a que el pequeño café sea más fácil. Podría ser, pero lo más probable es que se acerque al café en tal estado de “¿seré capaz de lograrlo ahora?,” que lo más probable es que su aprehensión y agitación, aún antes que llegue al lugar, la hagan fracasar. Todo depende de la actitud, y cuando se es susceptible a que el pánico se dispare, la postura correcta es difícil de mantener. El antiguo modo de desencadenarse conoce su camino y sabe sacarle la vuelta a todas las esquinas. En aquellos pequeños cafés se ha angustiado tanto, que la memoria del sufrimiento siempre está esperándola. Mientras piense en términos de **“un lugar que manejar”**, permanecerá el temor a las tiendas y

establecimientos pequeños, pese a lo bien que se desempeñe en un restaurante más grande. En el pequeño café todavía tratará de escapar con miedo. Aunque diga “¡ven y haz lo peor!”, lo que en realidad quiere decir es “¡ven y termina, así puedo salir de aquí lo más rápido posible, y cuando hagas lo peor, por favor, no seas tan severo!”

Todo eso no es lo suficientemente positivo. Deberá aprender a considerar el pequeño café como un lugar en el cual tiene la oportunidad de practicar y de manejar el pánico y otras sensaciones nerviosas, hasta que ya no importen. Siempre ***debe manejar el momento, y no el lugar.***

2.- Una agorafóbica enferma durante veintiocho años describe su recuperación gradual.

Extracto de una carta: “Cuando escuché por primera vez sobre la *sensibilización*, pensé que al fin había encontrado la manera de manejar mi enfermedad. Mientras más estudiaba, más correcta me parecía la explicación.”

“Entendí que curar el estado en el cual me hallaba era lo más importante, no así el tratar de encontrar su causa original. Nunca pude entender cómo, el descubrir el motivo escondido, tras veintiocho años de sufrimiento, me ayudaría ahora con mi Agorafobia. Comprendí que si tomaba el problema en mis propias manos, sin tomar en cuenta el pasado, sin pedir ayuda externa para conseguir la recuperación en forma más fácil, enfrentaría finalmente lo que necesitaba para recuperarme. Durante los últimos quince años no había ido a ninguna parte sola, excepto para entrar a pequeñas tiendas locales. Siempre iba acompañada del ama de mis hijos, y si tenía que hacer un viaje más lejos, recurría a la compañía de un médico. En ese entonces era una agorafóbica crónica severa”.

“Sin embargo, había llegado a estar tan desesperada, que finalmente decidí ensayar la teoría básica del ***enfrentar, aceptar, flotar, y dejar que el tiempo***

pase. Debo confesar que la idea de dejar pasar más tiempo me desanimaba, ya que la mitad de mi vida se me había ido de la mano con la enfermedad. Sin embargo, emprendí este camino con cierto entusiasmo y logré algunos éxitos menores movilizándome, cosa que no había hecho en años. De seguro, pensé, tiene que faltar algo más para conseguir la verdadera recuperación, para que no haya sólo un comienzo, rápido y fugaz. Pronto comprendí que eso era así porque, antes que transcurriera mucho tiempo, la temprana exaltación pasaba, y después me encontraba donde había empezado”.

“Durante semanas se repitió el mismo ciclo: éxitos menores seguidos de fatiga, sin ninguna sensación real de que la confianza iría en aumento. Cada intento me parecía una prueba demasiado grande. Sin embargo, no puedo olvidar cuando vislumbré el éxito que había alcanzado antes. Había conseguido algo que era incapaz de conservar, **pero lo había conseguido!**”.

“Me di cuenta que, aunque algunos podían salir inmediatamente y no volver a mirar atrás, otros encontrarían que **el enfrentar, aceptar, flotar y dejar que el tiempo pase** se les hacía demasiado difícil. Tuve que aceptar que yo era una de ellos. Recordaba la frase: ‘Cada uno se recupera a su propio ritmo, acéptalo!’. Al comprender que este método funcionaría para mí sólo si estaba dispuesta a aceptarlo en su totalidad, y permitir que la recuperación brote desde mi interior a su propio ritmo, finalmente asumí que tenía que esperar con paciencia”.

“Era duro pensar que la cura tendría que surgir de mí misma, porque siempre esperé ayuda de afuera, y por más difícil que resultara trabajar por mi cuenta, una pequeña voz dentro de mí seguía hablándome, haciéndome mantener mi camino. En una ocasión, después que había logrado viajar a cierta distancia de casa, todo parecía ir en retroceso. Me sentía perdida, incapaz siquiera de pedir ayuda. Esta sensación de retroceso fue peor que el pánico. Sin embargo, pensé que debía enfrentarla de la misma manera, esperando, tomándolo despacio, hasta que finalmente fui capaz de detener un taxi”.

“Un día, todo me funcionaba con éxito, y me fallaba al siguiente. Me desesperé cuando escuché de otros que sufrían como yo y que progresaban más rápido. Sospeché que no contaba con lo necesario para permanecer en la carrera”.

“A veces mi enfermedad me parecía una manera más segura de vivir; al menos sabía dónde estaba, y esto resultaba mejor que estar en un perpetuo vaivén emocional, mejor un día, peor al siguiente. Pero una vez que hube comenzado, ya no podía darme por vencida”.

“Unos días después conduje mi auto sola, alrededor de Hyde Park. Se disparaba pánico tras pánico. Cuando regresé, agotada y alterada, casi vomité. Éste fue mi último intento; decidí parar todo. Pero de alguna manera esto tampoco me hizo sentir mejor, ni tan aliviada como esperaba. Esa pequeña voz me seguía diciendo: ‘¿Qué has hecho mal? ¿por qué has fallado?’ Temblando, porque sospeché que esa voz me haría intentar hacer el viaje de nuevo, analicé dónde había cometido errores, y súbitamente me di cuenta que no había aceptado nada. Había tratado de hacer el viaje a la velocidad más rápida posible, y que me había escapado del pánico forzando mi paso a través de él. Mi único pensamiento había sido que quería regresar a casa lo antes que pudiera. Luego decidí salir a conducir de nuevo, esta vez alrededor del parque, y así obtener un éxito de un fracaso. Arranqué muy, muy despacio, lista para encontrarme con el pánico cuando éste apareciera. Sé que en el primer viaje añadí bastante segundo miedo; cuando llegué a ese lugar especial donde más miedo sentía, desaceleré tanto que parecía reptar. Por supuesto que entré en pánico, pero lo vi claramente, y me mantuve manejando despacio pero decididamente. Tres veces repetí el viaje y no tuve ya más pánico. Comprendí por fin que la recuperación llegaría cuando comenzara a trabajar sólo a través de la experiencia, y ésta era la razón por la cual debía tomarme mi tiempo”.

“Estaba entonces casi obsesionada con el deseo de experimentar conmigo misma, temerosa de dejar pasar un solo día sin hacer algo nuevo. Pensé que si me

detenía, perdería el progreso que había logrado. Eso fue un error, porque me agotó aún más. Estaba intentándolo con demasiado ímpetu. Aprendí a tomar también este aspecto de la recuperación con más prudencia”.

“A pesar que ahora me parecía que estaba en el camino correcto, a veces me sentía más nerviosa que cuando me encontraba refugiada en mi Agorafobia, pero sabía que esto sucedía porque estaba enfrentando situaciones que había evitado durante años. Es obvio que el comienzo de la recuperación puede traer una *sensibilización* incrementada, y esto se siente como si no se hubiese logrado ningún progreso. Sin embargo, cuando repetí algunos de los pasos anteriores, me parecieron sorprendentemente fáciles, los mismos que antes había conseguido con gran sacrificio. Esto me trajo esperanzas.”

“La recuperación a veces me hace sentir irreal. Por más de veinte años la enfermedad ha sido mi mundo. Supongo que es natural que estas nuevas experiencias deban parecerme extrañas. Comprendo que sólo cuando el éxito ya no sea una novedad, mi nueva forma de vida comenzará a parecerme real. El retroceso, el agotamiento, la depresión, el pánico, parecen ser todos parte del fracaso, y sin embargo he aprendido que no puedo seguir adelante sin ellos. Esta es una dura lección, porque no es fácil ponerse voluntariamente en situaciones que pueden ocasionar dichas experiencias. Aunque sólo estoy al comienzo del camino, por momentos he vislumbrado la recuperación. Esto me da tanta esperanza, que siento que retroceder sería ahora imposible, y tengo menos miedo de continuar y progresar.”

“Ahora estoy tratando de trabajar sin apoyo. Me había acostumbrado a pensar que siempre podía telefonear a casa, y que alguien vendría a ayudarme. Salgo cuando no hay nadie en casa. Recientemente, con la menor reflexión posible, me alejé más de veinte kilómetros de casa. Fue un gran momento. No fue fácil y, tres días después, me resultó un desastre el mismo viaje. Pero he aprendido que no puedo permanecer triste cuando fallo. Debo ir otra vez y corregir mis errores. Como

explica la Dra. Weekes, la recuperación reside en repetir y repetir, hasta que el éxito reemplace a la reflexión y al pensamiento derrotista. Todavía tengo mi cuota completa de sufrimiento, especialmente de noche cuando, con la cabeza en la almohada, todo parece imposible. Pero al día siguiente, de alguna manera estoy de nuevo enfrentando mi tarea, y una vez que ya he abordado el automóvil, la acción se encarga de todo. Sé que para una recuperación completa tendrá que llegar el día en que el cordón de dependencia entre el soporte externo y yo deba ser cortado. Eso es en lo que estoy trabajando ahora.”

Mis comentarios respecto a esta carta son pocos: El verano pasado le trajo bastante tensión a esta mujer, pero ha sido capaz de consolidar el progreso que ha logrado. Ahora es capaz de conducir hasta el campo de golf, a casi doce kilómetros de su casa, para jugar todo el día, sin la compañía del ama de sus hijos. Recientemente manejó más de trescientos kilómetros y pasó la noche en un hotel campestre, sola, después de asistir al concierto de la escuela de su hijo, de noche. También va al cine, a conciertos, y hace sus compras sola o con sus hijos, y cuando se acuerda de la Agorafobia es para reflexionar acerca de que antes no podía hacer esas cosas.

3.- Un día en la vida de un ama de casa que padece de una enfermedad nerviosa.

Puesto que la mayoría de mis pacientes han sido amas de casa, y muchas de ellas permanecen solas todo el día, describiré un día de rutina en sus vidas, escogiéndolo a una agorafóbica que sufre dentro y también fuera de su casa, y mostraré la forma en que ella se resiste a la recuperación. La situación de una mujer soltera, de un soltero o de un hombre casado, es bastante similar a la que expondré aquí. Por lo menos es fácil substituir su situación por la de ella, y darles el mismo consejo.

Al despertar.

Cuando se despierta en la mañana, sólo darse cuenta de que debe enfrentar un nuevo día, puede golpearla antes que abra los ojos. La idea le trae angustia y estrés. En tanto se despierta poco a poco, se acuerda de algún deber amenazante del día, (quizás un concierto en la escuela de un hijo, esa noche), viene aún más angustia, hasta que los síntomas exagerados del estrés que tanto teme aparecen, y finalmente se mezclan en un largo retorcimiento y agitación interior. Un comienzo del día decepcionante y agotador.

Después de agregar más pánico por algún otro pensamiento, con su resistencia ya baja, a causa de meses o años de sufrimiento, puede sentirse exhausta, deprimida. La energía que había ganado en su descanso nocturno casi se ha agotado, como reacción nerviosa a sus propios pensamientos, aún antes que intente salir de la cama. Sus miembros pueden parecer tan pesados que le resulta imposible moverlos. Sin embargo, la necesidad finalmente la fuerza a levantarse y a “apuntar el cuerpo” hacia el día de trabajo, (como lo expresó una mujer).

Mientras busca a tientas sus pantuflas debajo de la cama, la rutina de encorvarse y tantear le trae a la memoria incontables mañanas en las que ha hecho lo mismo, sintiéndose como ahora. Atrapada por la memoria, sus pensamientos se convierten en desesperación y, puesto que su cuerpo está a merced de su mente, se siente “peor que nunca”. Ha cometido el error de usar memoria como parte de la carga del día.

Cuando escucha la partida de su familia, se sosiega con el cierre final de la puerta principal, pero el súbito silencio le parece más opresivo que el ruido. Al menos éste significaba que alguien estaba allí, un apoyo para distraer sus pensamientos. Ahora toda su atención está dirigida hacia ella. La última cosa que quiere es poner su mente en sí misma y en su enfermedad, y sin embargo sabe que eso es lo que vivirá durante todo el día, no parece haber salida. Su corazón palpita fuertemente ante este pensamiento. Más angustia. Se sirve una taza de té antes de enfrentar el lavaplatos. Mientras lo bebe piensa cuán desesperanzador es todo, cuán fútil es

pensar que pueda recuperarse, si le cuesta tanto encontrar la fuerza o el coraje para enfrentar un solo día.

Ella ha estado girando en un círculo derrotista, como un asno al que le han vendado los ojos para que arrastre la piedra del molino; la memoria del sufrimiento pasado y del dolor anticipado del día delante de ella, le traen desesperación... la desesperación trae estrés... el estrés trae sensaciones aún más *sensibilizadas*... y esto lleva a más desesperación.

Este patrón de conducta es repetido en tantas de las actividades diarias. Es posible que no deje la casa para ir de compras hasta media mañana, y en el lapso entre despertar y salir, se entrega a espasmos de pánico cuando piensa en que pronto tendrá que dejar su refugio. Horas de pánico intermitente debilitarían incluso a un hombre fuerte, así que cuando llega la hora de salir, ella ya se encuentra débil, con la cabeza que se le va, con vértigo. Ha estado esperando y temiendo a la vez este momento. Es la razón por la cual no quiere salir sola. Ha supuesto que hoy será diferente, pero una vez más se verá forzada a mandar a sus hijos de compras, cuando regresen del colegio.

Al pensar en esto, su corazón deja de latir. ¿Cómo enfrentará la reunión del colegio esta noche, cuando ya se siente débil ahora? ¿y qué va a pasar si le piden que pase al salón de clases a ver las pinturas, en ese ambiente caliente y atestado? ¡la función de la escuela significa media hora bajo el secador de pelo en la peluquería!... Más angustia.

Así que allí está. Ante cada situación ordinaria para otros, ella reacciona con pánico. No comprende que las respuestas de su cuerpo son normales ante tales circunstancias, pero que la enfermedad reside en su exageración, no en que ocurran en sí mismas. Cuando piensa que no será capaz de ir a la función de la escuela, decepcionando una vez más a la familia, siente más desesperación. La

tensión de la duda le trae agitación, y cuando esto sucede, ya está totalmente derrotada.

Ella sueña un sueño imposible.

Si supone que despertará sintiéndose bien en esta etapa de su enfermedad, estaría soñando un sueño imposible. Una noche de descanso no hará la diferencia; sin embargo, cada vez que se va a la cama, ella ruega justo eso. Sus mismas esperanzas están preparando el camino para la decepción del día siguiente. Si tan sólo se le pudiera decir cada noche: “No te desilusiones, pese a cómo te sientas al despertar en la mañana. No añadas aún más desesperación y agotamiento. **Intenta tomarte y aceptarte tal como te encuentres.** Todavía estarás *sensibilizada* por un tiempo más, así es que si tan sólo puedes apuntar el cuerpo al trabajo, hazlo **voluntariamente**”.

Mientras busca a tientas sus pantuflas, necesitará ayuda especial. Debería al menos comprarse unas nuevas, si es posible unas que la hagan sonreír. Y puede tratar de no ponerlas bajo la cama cada noche. Romper la cadena de recuerdos, aún de maneras que parezcan tan absurdas como ésta, ayuda. Podría también cambiar la posición de los muebles en la habitación, especialmente la cama, de tal manera que al despertar no vea el mismo patrón familiar a su alrededor, que le recuerda tantas mañanas de sufrimiento.

Durante esas horas de espera antes de salir a comprar, podría calmarse a sí misma si pensara: “Si sigo asustándome, por supuesto que mis piernas se sentirán débiles, y tendré vértigo. Es **la respuesta natural de mi cuerpo ante el miedo, no es una enfermedad.** Aún si mis piernas se sienten débiles, todavía pueden llevarme”. Y si tan sólo añadiera: “Por supuesto que me sentiré mal en la peluquería, me ha sucedido esto durante tanto tiempo, que mi malestar no cesará sólo porque así lo deseo esta vez. Pueda que sea capaz de obtener grandes logros haciendo otras cosas, como saliendo de vacaciones, y aún así me

resultaría difícil ir a la peluquería. Eso no significa que de nuevo estoy enferma, es sólo que la memoria me está haciendo alguno de sus trucos. Probablemente tendré que ir muchas veces al salón de belleza, pensando de una manera correcta, antes que rompa con el hábito de temerle a esa situación.

4.- Dos tipos de personas que sufren.

Un paciente dice: “No puedo evitar que las sensaciones vengan, pues aparecen solas. Yo no lo estoy provocando. Súbitamente me siento temeroso, aún cuando no estoy recordando mi enfermedad. ¡Esto es lo que es tan difícil de aceptar!”

Otro dice: “Sé que me estoy haciendo esto a mí mismo, pero no tengo poder alguno para detenerlo. ¡Esto es lo que es tan terrible!”

Hay momentos en los cuales los síntomas nerviosos parecen golpear sin razón aparente, y no están relacionados con la actividad de ese momento. El sufrimiento acumulado ha condicionado que sus reacciones nerviosas aparezcan tan rápido que, al menor estímulo, no reconocido por el paciente y que escapa a su control directo, lo ponga frente a la experiencia. Lo que sí está en condiciones de manejar, sin embargo, es intentar disminuir poco a poco la hiperirritabilidad, aceptando estos ataques salidos aparentemente de la nada, además de evitar sentirse desorientado y alterado por ellos.

La persona que afirma no tener poder para detener el hecho de asustarse a sí misma, debe comprender que esta sensación es el resultado natural de su rápida y *sensibilizada* respuesta ante el menor pensamiento ansioso. Como he indicado antes, la sensación -especialmente el miedo- puede seguir tan de cerca a un pensamiento, que en una persona *sensibilizada* no sólo el pensamiento y la sensación parecen una sola cosa, sino que aparentemente existe la sensación, sin haber antes un pensamiento ansioso. Esto confunde tanto que la persona cree, naturalmente, que se está asustando a sí misma, y que en un sentido, está

asustada. Sin embargo, cuando comprende la *sensibilización*, y aprende a *desensibilizarse* a través de la aceptación, y también dejando de añadir el segundo miedo, la intensidad de su reacción nerviosa se reduce, y puede entonces razonar, sin sentirse tan alterada. Para animarse y conseguirlo, debe tratar de mirar hacia adelante y no permitir impresionarse demasiado con las sensaciones y emociones del momento. Un largo programa de aceptación, basado en la comprensión, reducirá su tensión, y le permitirá pensar más calmadamente, aún acerca del miedo mismo.

5.- La dificultad para regresar a casa.

Decirle a un ama de casa con una enfermedad nerviosa que pronto podrá retornar a casa, ya sea del hospital o de unas vacaciones, no siempre es una tarea feliz. Siempre soy cautelosa cuando menciono que es momento de regresar a casa, aún a una mujer que haya hecho un buen progreso fuera. Hay un cierto desaliento cuando se le da esta noticia. La persona presiente lo críticas que pueden ser estas primeras semanas en casa. Le cuesta tanto el hecho de ir hacia adelante como el de retroceder, y recaer en la enfermedad y la desesperanza. Siente que podría enfrentarse a ésta más desesperada que nunca, debido a que el atisbo de recuperación que ha conseguido mientras estaba afuera ha sido atormentador, pues le ha mostrado lo inasequible que puede llegar a ser. Es consciente de que está regresando a la misma rutina que la ha enfermado. También piensa que toda la familia puede sentir que han hecho su parte sin ella, y que tanto ella como los demás deberían ahora ser capaces de olvidar la experiencia alteradora. La paciente entiende esta actitud, y a la vez le teme. Sabe cuán débil es su capa exterior de recuperación. La experiencia le advierte que la remisión de la enfermedad se toma su tiempo. Ella conoce esa necesidad, y que por otro lado la necesidad de su familia en particular, pueda ser que no le permita contar con ese tiempo. Una de mis pacientes fue recibida así: “¡Gracias a Dios que estás en casa! ¡ahora podemos tener al fin comida decente!”.

El ama de casa también reconoce que sus parientes y amigos pueden cuidar a sus niños por una vez, mientras ella estuvo fuera, ¿pero dos veces? No es de extrañar que, en cuanto se avecina el tiempo de regresar a casa, su aprehensión creciente traiga consigo la recaída. Desafortunadamente, su terapeuta podría interpretar esta situación como un deseo de escape hacia el refugio de su enfermedad, a fin de evitar la responsabilidad. Esto está tan lejos de la verdad, que ella se afecta aún más.

Ella reconoce, además, que gran parte de su mejoría estando fuera de casa, se produjo porque estuvo ocupada en actividades nuevas, en compañía de otras personas, y que estos quehaceres no iban más allá de los límites de su capacidad. Lo que ella teme ahora es que, al regresar a casa, sus labores podrían sobrepasar esos límites. Antes de dejar el hospital, pensará: “¿Cómo reaccionaré en casa? ¿me volveré a resbalar?” Sus sensaciones estarán mezcladas. Se sentirá alegre un momento y luego asustada. Temerosa de encontrarse de nuevo con los lugares donde ha sufrido, y también alegre de reencontrarse con las personas que ama, y al mismo tiempo preocupada por la posibilidad de decepcionarlos, enfermándose de nuevo. No sólo deberá admitir el hecho de tener estas sensaciones, sino que necesitará no huir de ellas, admitiendo que ***ninguna es permanente, y ninguna es importante***. Comprenderá que ***la aceptación reconciliada de estas extrañas sensaciones implicará que irán desapareciendo gradualmente***.

A pesar de todo, la condición de la paciente puede deteriorarse cuando recién regrese a casa. Tal vez vuelva a quedarse sola todo el día, después de haber estado rodeada de gente; el contraste le resultará insoportable. También, a pesar de prepararse para enfrentar los recuerdos que la alterarán al regresar, el contacto efectivo con la situación puede ser tan perturbador que le impedirá distinguir entre realidad y memoria, de tal manera que deambulará de cuarto en cuarto, asaltada por los penosos recuerdos, pensando quizás “¿qué está mal? ¡no estoy mejor que antes de irme!”

Una mujer que se consideró curada me telefoneó contenta, después de unas vacaciones, para contarme cuán bien se sentía, y que vendría para demostrármelo al día siguiente. Llegó luciendo bastante bien, pero no tan radiante como la había escuchado por teléfono. De hecho, tenía la sombra de esa antigua mirada asustada. Le dije: “¿Estás sorprendida de darte cuenta que, tan pronto te has sentado en esa silla tan familiar, tus antiguos miedos regresan?”. Ella contestó: “¡Tan pronto como puse el pie en sus escaleras los antiguos miedos regresaron! ¿qué es lo que está mal en mí?”.

Yo le contesté: “No es posible olvidar inmediatamente el sufrimiento asociado con el subir esas escaleras, ¡pero **comprende que eso es sólo una memoria, y no dejes que te engañe!**”. Su retroceso duró como dos semanas, y fue necesario telefonearle varias veces durante ese período. Sin embargo, ahora está completamente recuperada.

Tocando las estrellas.

Una mujer agorafóbica que no había dejado su casa por años, fue capaz de cruzar en barco el Canal de Inglaterra hacia el continente, para pasar sus vacaciones en Suiza. Después de regresar a casa, escribió: “¡He tocado las estrellas, pero ya no puedo alcanzarlas de nuevo! Al volver a casa, mis antiguos miedos me inundaron rápidamente, ¡y ahora me parecen mucho peores, después de saborear esa maravillosa libertad, mientras estaba fuera!”.

Para alcanzar a tocar las estrellas, es preciso tener la oportunidad de practicarlo, y el propio ambiente del hogar lo hace difícil. ¡Qué monótono y pesado le parece, en comparación con la novedad y la belleza de esa tierra distante!. Regresar a lo familiar y a la rutina golpea de frente. No hay nada más demoledor para el espíritu que escuchar esa máquina cuando, por ser feriado, es día de lavar la ropa, como si nada distinto hubiera sucedido.

El paciente sentirá cierto alivio al darse cuenta que las personas que no tienen una enfermedad nerviosa, también sufren una experiencia similar, cuando se rompe la burbuja de los días de vacaciones. El éxtasis sólo es éxtasis porque dura poco. Así, la mujer que tocó las estrellas, no debería lamentarse si no puede creer que lo hizo una sola vez. No debería sorprenderse si, a pesar de la experiencia, siente, a su regreso, que no ha progresado, y que aún parece incapaz de restablecer lo que consiguió para recuperarse de su Agorafobia, antes de irse. Ella no perderá lo que ha ganado, ***si deja que pase el primer shock***, deja que pase más tiempo, y no prolonga el ***sufrimiento que trae la memoria al rebelarse contra ella***. Cuán poco confortables pueden ser las ***sensaciones convincentemente reales del momento***, para la persona con una enfermedad nerviosa.

Se puede encontrar la transcripción de una cinta de audio llamada “Salir de vacaciones”, que incluye una sección sobre el regresar a casa, en el capítulo doce.

6.- La actitud de un esposo ante la Agorafobia de su pareja.

Aunque al principio un hombre pueda ser comprensivo, eventualmente se tornará crítico, desesperado ante los inconvenientes que trae la enfermedad. La esposa seguirá luchando, consciente de las dificultades, y sintiéndose culpable. Pensar en sacar a una mujer agorafóbica de vacaciones, es en extremo frustrante. Un momento ella dice que irá, y al siguiente ya no puede manejarlo. Las reservaciones se hacen y se cancelan varias veces. Gran parte de la frustración de él radica en la necesidad de tener que oscilar entre el optimismo, frente a la mejoría de su mujer, y la desesperación que siente cuando ella recae una vez más, situación que para él no tiene sentido. Ella también tiene su cuota de dolor, al sentir que su esposo no le brinda el apoyo que tanto ansía. Este dolor se agudiza porque la frustración, como muchas de sus emociones, es exagerada a causa de la *sensibilización*. Ella puede ser presa de su antipatía hacia él, y piensa: “¿Qué es real, mi disgusto de ahora, o mi amor de siempre?”. Aunque crea que el amor

permanece, no puede sentirlo. Una persona que sufre de enfermedad nerviosa, no debería esperar la comprensión de su familia. Muchos pacientes van por una ruta solitaria, rodeada de incompreensión.

Una mujer dirá: "Cuando trato de explicarle a mi esposo lo que siento, por la expresión de su rostro puedo ver que piensa que estoy loca. No es su culpa. Desearía que él no se desesperara cuando me ve así, y tampoco que pensara que me ayuda cuando trata de forzarme a hacer cosas. ¡Cuando me presiona siento que aumenta la tensión, y eso es lo que me asusta tanto!". La angustia añadida por estar siendo observada con ojos críticos, la mantiene en un ciclo de tensión-culpa-tensión.

La cooperación del esposo es de gran importancia, de manera que el terapeuta debería explicarles a ambos, con todo detalle, el significado de la *sensibilización*, y la forma en que ésta puede ser curada. Si es renuente a escuchar, las grabaciones servirán de ayuda. El esposo se encontrará de pronto oyendo la cinta, aún a disgusto. También los parientes más críticos pueden escuchar por curiosidad, y llegar a ser más comprensivos.

Si el terapeuta trabaja con el esposo para ayudarlo a comprender y a ser paciente, éste obtendrá como recompensa el agradecido amor de una esposa que nunca olvidará la fuerza y la bondad de su marido ante su enfermedad. Si, por el contrario, él no la entiende ni la apoya, ella encontrará difícil olvidar que él le falló, cuando más lo necesitaba, y su enfermedad puede prolongarse innecesariamente.

7.- Ocupación.

Mantenerse activo durante la recuperación de la enfermedad nerviosa, utilizando este método como un punto de apoyo, ha sido valorado desde hace mucho tiempo. Sin embargo, es esencial que el paciente no aborde la ocupación porque teme pensar en su enfermedad. Debe tener un programa de recuperación que le

guíe y le apoye mientras trabaja. No sólo explico a los pacientes la naturaleza de sus síntomas, sus experiencias y los cuatro conceptos (***enfrentar, aceptar, flotar y dejar que el tiempo pase***), también les enseño a imaginar que su mente está dividida en dos partes: una que sufre mientras él trabaja, y otra que acepta el sufrimiento, y lo observa, casi como un supervisor. Les explico que la parte que sufre puede hacerlo durante un tiempo considerable, mientras espera la recuperación. Sin embargo, gracias a la presencia de la parte que acepta (el supervisor), el paciente no está trabajando a ciegas, ni aturdido. Cuando ha sido preparado de esta manera, ***la ocupación puede reemplazar el pensamiento doloroso por otro menos personal***, y así acelerar la *desensibilización*.

Es más fácil para un hombre que para una mujer, encontrar una ocupación interesante. Él puede continuar con su trabajo usual, lo que al menos representa compañerismo y estar fuera de casa. Sin embargo, si su trabajo implica concentración en problemas difíciles, la fatiga mental puede ser un potente obstáculo, y necesitará una guía para manejarlo. Para tener éxito ante la amenaza de la pérdida de confianza en sí mismo, el miedo, la incapacidad para concentrarse, y la sospecha de que su cerebro se ha dañado a causa de la enfermedad, deberá estar luchando constantemente. Trato este tema porque un ingeniero me mencionó que estaba al borde del suicidio por estas razones. No comprendía que una mente cansada no puede trabajar a buen ritmo. Se recuperó cuando aprendió a hacerlo con la lentitud que su cansada mente requería y dejó de esforzarse más allá de sus límites, por resolver cualquier problema difícil de ingeniería.

En cambio, el ama de casa, al estar dedicada a hacer camas, lavar, barrer pisos, con sólo los vendedores o sus hijos para interactuar, no consigue distraerse lo suficiente; trabaja automáticamente, y lo hace en un lugar que siempre le recuerda su enfermedad. Si su primer ataque de palpitaciones se presentó mientras se dedicaba a lavar la ropa, será ahora el lavadero un lugar especial donde sentir miedo.

La mayoría de mujeres de mediana edad, tienen hijos que ya se han casado o trabajan fuera de casa, de modo que a ella, que por lo general ha terminado su

trabajo para mediodía, le quedan las largas y solitarias horas de la tarde para enfrentar sus pensamientos.

Una mujer agorafóbica, en un severo estado de ansiedad, que entraba en pánico tanto en casa como fuera de ella, describió cómo se sentía cuando la familia la dejaba sola, durante todo el día: “Una sensación barre conmigo. Mi rostro quema, mi garganta se cierra. Mis labios están secos. Tiemblo. Lloro y siento como que me voy a asfixiar. Mi estómago se retuerce. No quiero estar sola. Entrelazo mis tensas manos. Los músculos de mi cuello también están tensos. Siento mis piernas débiles. La cabeza se siente apretada, como si fuera a estallar. Me he sentado en la mesa del balcón. Esto es algo que he sido incapaz de hacer antes. Cuando tenía estas sensaciones, mi impulso era correr al jardín y caminar. Ahora me siento un poco mejor. Mi esposo se ha ido. Me siento terrible cuando se va. Voy a tratar de sobreponerme e ir a lavar, y hablar con mi perrito”.

Al día siguiente escribía: “Me levanté y sentí que debía irme con mi esposo y mi hija, pero no podían llevarme con ellos. Más tarde, la sensación de estar sola vuelve a barrer conmigo. Mañana se van a ir temprano. Todavía me siento tensa, pero voy a hacer algo de trabajo en la casa. Ahora tendré que esperar todo el día. Éste es mi gran problema”.

En esta etapa de su enfermedad, nunca se le debió haber dejado sola. Si no es posible conseguir que deje temporalmente su casa para estar en otro lugar, o si nadie puede acompañarla en casa, al menos el terapeuta debería visitarla y constatar que el ambiente donde está sea adecuado para lograr su recuperación. Yo le había aconsejado a esta paciente que se sentara junto al balcón, en vez de estar aislada dentro de la obscura casa; ella lo hizo, pero con poco efecto. Hasta que la visité, desconocía que el balcón estaba como encerrado por una pared y que, al estar sentada, le era imposible ver la calle por sobre la baranda.

La compañía es tan importante como la ocupación. Un estudiante que se estaba recuperando de un estado de ansiedad, se había ido con unos amigos al campo, pero se veía obligado a quedarse solo durante el día. Permanecía en un estado casi compulsivo de continua introspección. Sin embargo, uno de sus amigos se las arregló para quedarse en la casa con él, durante dos semanas. El apoyo mental que significó su compañía, comenzó a rescatarlo de ese alterante estado, que lo mantenía pensando hacia adentro. Desafortunadamente el amigo tuvo que regresar a trabajar. El paciente manifestó que estaba seguro de que, si hubiese tenido compañía durante un poco más de tiempo, habría sido capaz de romper con su hábito de introspección ansiosa; le faltó el tiempo suficiente como para lograrlo, y volver a tomar el control que tanto ansiaba sobre sus pensamientos. En el estado en que se encontraba, no le quedó más opción que tener que verse literalmente deslizándose hacia la recaída, y sabía que lo único que podía hacer era aceptarlo y esperar que pasara más tiempo. Al menos él entendía su enfermedad y el efecto que la fatiga mental ejerce sobre ella.

Para ciertas personas con una enfermedad nerviosa, el descanso y el silencio pueden prescribirse erróneamente. A veces es más fácil que se recuperen en medio de las bulliciosas diversiones de una ciudad y no bajo el influjo de la soledad del campo. Para muchos, sentarse a sorber un helado, en un café lleno de gente, observándolos entrar y salir, puede ayudarlos a distraer su mente cansada y a levantar el ánimo, mucho más que el sonido de una fuente burbujeante.

Para curar a algunas personas, el hecho de retornar al trabajo puede ser suficiente, si consiguen apartar su mente de sus problemas, durante el tiempo necesario para refrescarlas y así reducir sus reacciones nerviosas exageradas, de manera que puedan **enfrentar sus problemas en forma menos emocional**. Sin embargo, el regresar a trabajar tendrá más probabilidades de éxito si lo hace

contando con un programa para su recuperación, que le proporcione soporte y guía.

Aunque una persona que se esté recuperando y se sienta menos temerosa que antes, puede ser incapaz de librarse de la constante sensación de aprehensión. Esto aturde; siente como si algo terrible fuera a suceder, aunque reconozca que su problema real ha cesado. Será “la sombra de la sombra”, un hábito emocional de verdadera ansiedad que continúa por meses, años. El tiempo y la aceptación lo aliviarán, pero esto puede conseguirse tan lentamente que optará por buscar la ayuda de un médico. Este es el caso, por lo general, de un ama de casa que se encuentra en esta difícil situación, sin la ayuda que brinda la variedad, el cambio, factores que la ocupación fuera de casa puede aportar. Ella se describe a menudo como más “aplanada” que deprimida o infeliz. Se desanima rápidamente; piensa “¡saldré al centro!”, pero cuando imagina el proceso de bañarse, vestirse, tomar un ómnibus, etc., pierde por completo el interés y desecha la idea de dejar su refugio. Estas personas se sienten confortadas cuando aprenden que lo que les sucede no es más que un hábito emocional, que no se van a volver locas, y que es factible que el hábito sea modificado, hasta alcanzar la recuperación.

Trabajando temporalmente fuera de casa, algunos se liberan del hábito de ir siempre acarreando consigo la ansiedad. Otros lo logran de diferentes maneras.

Una mujer me escribió que se había recuperado aplicando cada día la tolerancia, ante pequeñas cosas. Por ejemplo, si veía un ramo de violetas, en vez de pensar en el precio, como estaba acostumbrada, se las compraba, y le daba importancia a detenerse a olerlas y a admirarlas durante el día. De esta manera se iba acostumbrando nuevamente a la idea de la felicidad.

La ocupación es un problema que debe ser resuelto según cada paciente. Tan sólo puedo enfatizar su importancia para la persona con una enfermedad nerviosa. Si se necesitase mayor prueba, basta con comparar a un paciente que trabaja o

sale fuera de casa durante la semana, con la misma persona al comienzo del lunes, después de un fin de semana de ocio, encerrado en su casa. “¡Los fines de semana me matan!” me comentó un hombre que sufría una enfermedad nerviosa.

8.- Uso de tranquilizantes.

Utilizar este método para aquietar la *sensibilización* por completo, no sólo trae el peligro de la dependencia a las drogas, sino que es de poca ayuda y el resultado no es permanente. De los 528 pacientes agorafóbicos incluidos en mi estudio de 1970, aproximadamente el 50% estaba recibiendo tranquilizantes prescritos por su médico o su psiquiatra, cuando comenzaron mi tratamiento por dirección remota. Sin embargo, algunos me escribieron diciendo que fueron capaces de ir bajando la dosis durante el tratamiento, y otros dijeron que consiguieron manejarse finalmente sin medicamentos, por el resto de sus vidas. El 50% restante prefirió trabajar sin medicinas.

Para los pacientes que así lo requieren, les receto principalmente diazepam o sodium amytal. No he tenido, hasta donde sé, ningún adicto a los barbitúricos. Esto puede ser porque trato de limitar su uso a dos o tres meses, como máximo.

Por supuesto, en ocasiones se presenta el caso de una persona severamente *sensibilizada* y agotada, que necesita sedación continua por una semana o más. De ser posible, prefiero sedarla en su casa, con supervisión, más que en un hospital.

CAPÍTULO 9:

Saliendo de un retroceso.

La mente puede hacer que se recuerden antiguos miedos tan vívidamente, que el paciente confunde con facilidad la memoria con la realidad, y piensa que está enfermo una vez más. Ya ha visto estas casas, estas tiendas, estas calles, con tanta frecuencia que con sólo mirarlas, invoca la fatiga y su enfermedad. Si el terapeuta tiene esperanzas de curar a su paciente, debe entender a cabalidad las recaídas que trae la memoria.

Frecuentemente uso asociaciones cotidianas, las que se relacionan en forma convincente con la enfermedad, y son fáciles de recordar. Por ejemplo, cuando regresaba a casa de la escuela, a menudo mi abuela tenía listos unos bizcochos calientes; ahora, cuando huelo a bizcochos, siempre pienso “¡abuela!”, casi como una reacción refleja. Les indico a los pacientes que existe la misma relación entre el destello de mi memoria y el recuerdo que ellos tienen de su enfermedad, ante la vista, el olor, o la sensación de algún lugar donde sufrieron una vez. Les sugiero entonces que cuando surja su memoria y los síntomas regresen, deberían pensar y decir: “¡Son sólo los bizcochos de la abuela!”. Hay literalmente miles de personas que fueron una vez agorafóbicas, que hoy caminan por lugares en los que no se habían atrevido a aventurarse por años, ayudados por el pensamiento de los bizcochos de la abuela, cuando alguna perturbadora memoria amenaza con hundirlos en un retroceso. Esto debido a que han tenido acceso a mis libros, grabaciones y periódicos.

Mucha gente piensa que, en tanto se están recuperando, los retrocesos deberían venir con menos frecuencia y ser progresivamente menos severos, y puede ser que así sea. Sin embargo, el peor de todos puede presentarse justo antes de la cura. La inminente recuperación hace que, en este momento, una recaída cause

confusión. También sucede que algunos retrocesos vengan con una rapidez súbita e inexplicable, aún cuando la recuperación parezca ya establecida. Una mujer escribió: “Me fue bien *desensibilizándome*, ahora el retorno del pánico se presenta una vez al mes, pero mientras más espaciados vienen los ataques, menos sé cómo manejarlos. Aparecen con un gran impacto, después de un período pacífico. Entonces estoy tan fuera de práctica que por un momento olvido el consejo adecuado”.

Otra mujer escribió: “Cuando estoy en un retroceso, camino por la casa todo el día, animándome con palabras, palabras, y más palabras. Me toma bastante tiempo tener la situación bajo control. Pero esto está mejorando paulatinamente a medida que practico. Cada vez que paso por un retroceso me siento más confiada, y recuerdo el camino de salida con más rapidez”. En otras palabras, está comenzando a conocer con exactitud el camino de salida, lo que le permite sentir cada vez menos temor, mientras lo recorre.

Otro aspecto que confunde en un retroceso puede ser el rápido retorno de todos los síntomas perturbadores, casi como una reacción en cadena. El paciente se inclinará a pensar que el número de síntomas que retornan es proporcional a la severidad del retroceso. Entonces, les hago reflexionar que, si piensan en su “primo Juan”, es probable que esto los lleve también a recordar a otros miembros de su familia, y que no es más que una serie de memorias relacionadas. **Los síntomas de un retroceso son los síntomas del estrés.** Puesto que el retroceso en sí trae estrés añadido, es de esperarse la reaparición de muchos síntomas asociados.

Ante la pregunta de si siempre deben esperar retrocesos, les respondo que **ya no vendrán más sólo cuando se les haya perdido el miedo.** Cuando ya no se le teme, el retroceso puede ser tan leve que no evoque más que una memoria de un sufrimiento pasado. Luego de algunos momentos de angustia, al recordarlos, los

transformará en una sensación de agradecimiento por haber pasado por esta experiencia.

Si un retroceso se prolonga por más tiempo de lo que se esperaba, el paciente debería evitar suponer que nunca va a terminar. Si se observa a sí mismo, notará que está tan impaciente aguardando a que desaparezca, que ***estará trayendo el miedo***, cayendo en la trampa de tratar de luchar para encontrar la salida, olvidando que debe darse tanto tiempo como sea necesario para librarse de ese estado. ***No debe estar observándose tan ansiosamente***, ni verificando su mejoría cada mañana. Lo normal no es que se logre salir rápidamente de un retroceso, en las etapas tempranas de una recuperación. Cada recaída tiene su cabeza, ¡y de todas maneras se le cortará!. Debe acercársele voluntariamente, hasta que la memoria haya llegado al máximo. Entonces el coraje y la comprensión se habrán reafirmado por sí mismos.

A menudo se me pregunta por qué una persona con una enfermedad nerviosa puede sentirse tan bien un día y tan enferma al siguiente. Como ya se ha mencionado, el éxito de ayer puede hacerlo más vulnerable a fracasar hoy. Esta es una de las paradojas que convierte a este tipo de enfermedades y su consiguiente recuperación en algo tan difícil de comprender. La persona se *resensibiliza* a sí misma, al estar ansiosa por avanzar tan positivamente hoy como lo hizo ayer. Es importante volver a enfatizar que debe dedicarse a practicar, y no a estar probándose a sí mismo. Si es agorafóbico, no debe ponerse a observar si puede viajar sin que surja el pánico. Lo que necesita trabajar es la forma correcta de entender su pánico. En referencia a su futura recuperación, el viaje realizado con o sin pánico, será igualmente exitoso. Cuando se pone a prueba, el fracaso tiene un sentido de derrota, mientras que cuando se ha practicado, sólo significará que, si falla, necesita practicar otra vez. El pensamiento mismo de probarse implica tensión, por intentar tener éxito, mientras que el practicar no conlleva ninguna demanda urgente.

Si un paciente dice: “Hoy vine en tren por mi cuenta, y no me dio ataque de pánico; ¡y no lo he sentido en estas dos semanas!”, significa que aún es vulnerable. Le disgustan tanto estos ataques, que ha estado contando cuántos días han pasado desde que sobrevino el último. Otro tipo de paciente dirá: “Vine en tren por mi cuenta y tuve tres horribles ataques de pánico, pero pensé, ‘Anda, ¡hazme lo peor que puedas!’”. Este segundo paciente está en un camino más favorable de recuperación que el primero, que aún está a la expectativa.

Como mencioné antes, lo más alarmante de las recaídas, cuando se emprende el camino hacia la recuperación, es el regreso del pánico, incluso meses o años después que el paciente tuviese la esperanza de que este último representara el fin de sus apariciones. Eso no sólo es chocante, pues también le **hace recordar** tantas cosas que creía ya olvidadas. El miedo que él mismo añade, antes que tenga tiempo para darse cuenta y pensar en qué debería hacer, lo *resensibiliza*, y casi invariablemente repite el antiguo error de capitular ante el miedo, y tratar de huir de él.

Una mujer, después de haber estado bien durante un año, tuvo una reaparición del pánico mientras estaba de compras. Ella se apresuró a salir de la tienda y después evitó volver a ir, por meses. Había **huido del miedo mientras era presa de éste**. Este error ocurre con facilidad, y significa un gran daño para conseguir la recuperación. La reaparición del pánico (que es incluso natural en sí mismo), es quizás la principal razón del pesimismo de los terapeutas respecto a curar la Agorafobia. El Dr. Marks escribió: “Los agorafóbicos no responden bien a la *desensibilización* puesto que tienen una fuerte tendencia a recaer repetidamente. La prognosis es más pobre aún cuando los pacientes tienen múltiples ataques de pánico”. Y aún después agrega: “Los pacientes que han superado sus miedos hace poco tiempo, a veces reportan que un simple ataque de pánico puede anular los efectos de semanas de tratamiento”.

Yo considero que los regresos del pánico son una parte inevitable del proceso de recuperación, y animo al paciente para que los vea de esta forma, y les saque provecho, incluso que les dé la bienvenida (difícil, pero no imposible), tomándolos como oportunidades para practicar una vez más el correcto manejo del pánico. El paciente debería estar prevenido para que, aunque un retorno inesperado pueda resultarle chocante, y quizás *resensibilizarlo*, nunca debe permitir que le impacte tanto que lo obligue a huir de él, sintiendo luego miedo durante mucho tiempo. Deberá entender que, una vez más, cierta tensión y esfuerzo han *sensibilizado* ligeramente sus nervios, y que la memoria, activada por algún sonido, olor, vista, etc., puede haber desatado el pánico casi como un reflejo. Si aparece de súbito, ante alguien que ha sentido su abrumadora intensidad en el pasado, volverá la tendencia a revivirlo, una vez más, pues conoce muy bien el camino hacia él. Esta es la razón por la que siempre enfatizo la necesidad de aprender la forma de manejar el pánico en sí, en vez de intentar acostumbrarse a una situación a la que se le teme. ***La recuperación significa ser capaz de manejar el pánico y otros síntomas nerviosos, aunque esto no implique necesariamente que desaparezcan por completo.*** Esto ni siquiera es posible pretenderlo, ya que cierta cuota de estrés es parte normal de la vida.

Otra causa importante de retroceso es la vivencia de experiencias repentinas, que aparecen como flashes o destellos, cuando menos se les espera. Me refiero a sucesos que para el paciente son difíciles de describir: una súbita sensación de disolución, de desastre, de muerte, flashes de agitación, de irrealidad, de obsesión. Estas pueden venir en cualquier momento, quizás durante una animada conversación, cuando la víctima se encuentra en su mejor estado, incluso cuando ha olvidado temporalmente su enfermedad. El efecto puede ser tan perturbador que la hará detenerse en medio de una frase, de una risa ..., entonces pensará que nunca se curará por completo, aunque se haya acercado tanto a la recuperación. Deberá aprender a reconocer estos extraños retornos súbitos, restarles importancia, y esperar pacientemente a que desaparezcan. Sólo así

serán nada más que un destello ocasional, infeliz, o extraño de la memoria, por los que la mayoría de nosotros pasará de tiempo en tiempo. Muchas personas han coleccionado ciertos pensamientos extraños a lo largo de sus vidas, los que se repetirán por hábito. Al restarles importancia serán menos perturbadores.

Será inútil buscar las razones de estas experiencias “flash”, o “destellos”; rastrearlas, analizarlas, otorgarles una prominencia innecesaria. Son sólo el resultado del sufrimiento que produce la enfermedad nerviosa, y encontrar su origen no implicará ninguna consecuencia a futuro. Lo crucial es aprender a pasar a través del momento de desesperación, y luego continuar tranquilamente, disfrutando la vida. Una mujer me escribió: “De vez en cuando me siento extraña, y comienzo a entrar en pánico, entonces pienso: ¿Qué voy a hacer ahora? Cuando esto ocurre me quedo quieta, si no apretaré el botón equivocado, y la agitación y el pánico se apoderarán de mí. Si estoy con visitas, cenando, de pronto me quedo callada, algo ha aparecido en mi mente que me asusta -uno de mis duendes- y mi esposo me pregunta: ¿Te pasa algo?, le contesto que sólo quiero estar en silencio, y espero hasta poder dar el siguiente paso; usualmente es algo así como -Ya te ha ocurrido esto antes, no te aferres ni te quedes atascada, déjalo pasar, nada sucede. Ahora sé cómo proceder: uso las herramientas correctas y avanzo lentamente. ¡Y está dando resultado!”.

Los súbitos destellos de agitación pueden ocurrir justo cuando el paciente está por conciliar el sueño, o podría despertarse con uno. Con frecuencia recurrirá a una píldora tranquilizante. Es preciso explicarle que si sólo esperase tan pacientemente como le sea posible, la agitación pasará, y podrá descansar en forma natural.

Algunos síntomas de convalecencia de una enfermedad física coinciden con los de origen nervioso, tales como palpitaciones, debilidad, quedarse sin aliento, vértigo. Alguien que haya padecido de enfermedad nerviosa, recordará sus sensaciones durante la convalecencia de una enfermedad física. El miedo a los

síntomas, junto con la posible debilidad de origen físico, podría ocasionar un retroceso. Por lo tanto, el médico o terapeuta, deberá preparar al paciente para que durante la convalecencia no se deje abrumar ante la idea de otra larga escalada cuesta arriba, para recuperar su salud mental, ya que la naturaleza misma hará el trabajo, si sólo deja de preocuparse y consigue tranquilizarse.

Es esencial para el paciente apreciar la importancia del hábito, ya que su enfermedad nerviosa se nutre de esto. ***El miedo es su hábito.*** Esta es la razón por la cual parece que ya lo tiene bajo control, y sin embargo, luego vuelve a aparecer. ***El hábito de sentir miedo se reafirma por sí mismo.*** Cuando el paciente alcanza a comprender el significado de esto, entenderá la razón del retroceso, y por qué el progreso implica volver hacia los viejos hábitos. Es difícil que desaparezcan, sólo lo lograremos cuando podamos ver a través de sus violentas protestas.

En la escuela nos enseñan matemáticas, historia y otras materias, pero no es usual que aprendamos la práctica de la moderación y la auto-disciplina, las que constituyen la parte más importante de nuestros mecanismos de defensa. Es fácil ser influenciados por la sensación. Muchos sienten temor de estas vivencias, cuando son desagradables, e intuyen que pueden volverse aún menos placenteras si se las enfrenta, de manera que tratan de extinguirlas antes que lleguen a establecerse. La persona madura puede liberarse por sí misma de la tiranía emocional, y actuar después de una conveniente deliberación.

Si la educación incluyera entrenamiento respecto a cómo aguantar lo desagradable y, especialmente, cómo ***dejar que pase el primer impacto***, hasta que podamos pensar con calma, las situaciones aparentemente insoportables se volverían manejables, y se evitarían muchas enfermedades nerviosas, porque éstas son, muy a menudo, como he tratado de mostrar en este libro, nada más que una severa *sensibilización*, quizás acompañada por una extrema fatiga mental, después de una prolongada o súbita confusión, producida por el estrés; el

sentirse perdido, y el miedo, específicamente el miedo al estado *sensibilizado* en el que se encuentra.

El paciente puede suponer que hay tanto por recordar, tanto por hacer. Y no es así. Todo está encerrado en una sola palabra: ***Aceptar***. Una vez que tenga suficiente comprensión, no importará si olvida todas las demás directivas, en tanto recuerde y practique la aceptación.

CAPÍTULO 10:

Extracto de una conferencia en Londres, Alexandra Hall, Junio 1973.

Estuvo dirigida a cien pacientes agorafóbicos. Los había tratado ya por dirección remota por periodos que oscilaban entre unos pocos meses hasta siete años. Ellos vinieron a escucharla desde diferentes países del Reino Unido. Algunos no habían viajado en un vehículo por años; otros incluso no habían dejado sus casas durante años, ni para salir a caminar por la calle, antes de comenzar el tratamiento.

Damas y caballeros:

Cuando reflexionaba acerca de lo que iba a decir hoy día, pensé: “Supongo que no habrá ni una persona que no haya leído mis libros o escuchado mis grabaciones. ¡No hay nada nuevo que le pueda decir a esta gente, y aún así han venido desde tan lejos!”. Entonces me di cuenta que había encontrado justo el enfoque correcto. ¡Eso era! ¡hay tanto de repetitivo en esta desafortunada enfermedad! Eso mismo es lo que desconcierta, altera y retarda la recuperación, lográndose el éxito más lentamente de lo que se espera.

Si tuvieran tan sólo un evento diferente para desafiar, alguna vez. Es la repetición: el mismo patrón, las mismas sensaciones, los mismos lugares donde tratar de ir, día tras día. Aún la repetición de fracaso, éxito, fracaso, éxito, se hace casi insoportable; el hecho de que algunos días sea posible manejar las sensaciones y otros no. Es el mismo esfuerzo, una y otra vez.

La repetición de los síntomas, la vida rutinaria en un pueblo, en un suburbio o en una ciudad, a la luz de los recuerdos del sufrimiento recurrente, hace que ésta sea la enfermedad de la repetición. Para ayudarlos a recuperarse, les aconsejo trabajar con las suficientes experiencias positivas como para romper el ciclo de la

oscura repetición. La piedra en la cual se tropiezan muchos agorafóbicos, es la incapacidad de mantener el éxito lo suficiente como para transformarse en un estado permanente. Obtienen “bocados” de triunfo, períodos en que se sienten bien, incluso por meses. Sin embargo, de pronto sobreviene el retroceso, y la misma vieja repetición.

Desafortunadamente, las recaídas aparecen, tarde o temprano. Y sin embargo, conozco casos de personas que han abandonado su enfermedad, tal como se deja un par de zapatos viejos. La completa comprensión de su problema los ha llevado a la recuperación. Se trata de individuos relativamente jóvenes, con mucho tiempo por vivir, y con un trabajo estimulante que les demanda atención, siendo estas circunstancias elementos de gran ayuda.

Sin embargo, la persona promedio debe enfrentarse a los mismos trabajos pesados y repetitivos de siempre. De esta manera no es fácil escapar rápido de la enfermedad. No importa qué es lo que sientan antes de dormir, los zapatos viejos les estarán esperando en la mañana, los mismos viejos pensamientos, los mismos antiguos miedos, las viejas tareas de siempre. Y eso no es fácil.

Pero mientras se prosiga silenciosamente, se persista paso a paso, con tanta calma como sea posible, gradualmente se llegarán a acumular suficientes experiencias exitosas como para comenzar a borrar la atemorizante repetición del fracaso. Los zapatos nuevos están por fin listos para ser estrenados.

Observen de cerca esa repetición. Encontrarán que aquello que los perturbaba el año pasado, respecto a su enfermedad, continúa molestándoles este año. La repetición es tan cansadora, que requiere mucha comprensión y mucho coraje. Verán cuánto agota hacer la misma tarea una y otra vez. El manejar bien la situación en el ómnibus la semana pasada, y no tan bien esta semana, altera y, por lo tanto, fatiga, y una vez que están fatigados, se convierten en víctimas, a la espera del retorno de los síntomas. En otras palabras, tienen que dejar pasar un

tiempo prudencial, hasta que puedan registrar suficientes éxitos como para sobrepasar a los fracasos, para ser capaces de tomar filosóficamente un retroceso. Esta es la razón por la que es tan importante que el tiempo pase, y por qué quisiera que no se desanimen, aunque todavía parezca que fracasan siempre.

Algunos de ustedes han logrado llegar justo hasta aquí, con la ayuda de alguien, o solos. Anhele que no estén esperando que les dé una especie de varita mágica, y que no tengan demasiadas expectativas basadas en el hecho mismo de que estoy aquí. A veces me han escrito: “Si tan sólo pudiera verla, Doctora, me sentiría mejor”. No es así como lo lograrán. Mi presencia les dará, espero, una fresca inspiración, pero tienen que acudir al encuentro de sí mismos, para obtener la ayuda real que necesitan. ***Todavía tienen que buscar dentro de ustedes mismos lo que les falta para alcanzar la recuperación, porque es allí donde deben conseguir el coraje, en el futuro.*** Yo trato de ayudarles a construir, paso a paso, un camino de conocimiento, comprensión y valor dentro de ustedes, hasta que finalmente nada pueda sacudirlos, por largo tiempo. Notarán que no estoy diciendo que nada les sacudirá, nunca, otra vez. La única forma de no ser sacudido otra vez es habiendo dejado de vivir.

Para salir de un laberinto usualmente hay una puerta, y también la hay para salir de esta enfermedad. Sin embargo, muchos pasajes llevan a callejones sin salida, y muchas puertas equivocadas que conducen de regreso al mismo punto. No es de extrañar que se confundan y desconcierten. Por supuesto, la puerta correcta, la que lleva hacia la libertad, es la que menos invita a ser abierta. Es de apariencia lúgubre, sin adornos, en resumen, una puerta imposible. Cuando lleguen a ella pensarán: “¡No puede ser ésta; la de la izquierda parece mucho más atractiva; voy a tratar de abrirla primero!”.

La puerta sin importancia, la que lleva hacia la libertad, tiene escrito un severo título: “ACEPTACIÓN TOTAL”. No es un nombre muy alentador ¿no es cierto? Cuán difícil resulta abrirla. Se darán cuenta que ha sido tan poco usada, que las

bisagras están oxidadas. Además, hay un sendero realmente atractivo a la derecha, que lleva a una puerta que invita a ser abierta, con un cómodo asiento para descansar las piernas temblorosas. Esta puerta se llama “¡HOY NO!” y una tercera al costado, que dice: “Y NO PIENSAS TAMPOCO QUE MAÑANA SERÉ CAPAZ DE MANEJARLO”.

Otra de las puertas dice: “¿DE QUÉ SIRVE?”. Esta se abre con tan sólo un toque, de tanto que ha sido usada; desafortunadamente, algunas personas tienen tan poco incentivo en casa que pierden la esperanza de encontrar ayuda para recuperarse. Una persona que vive sola, o que lleva una vida poco interesante, le resultará casi imposible encontrar el impulso para ponerse bien. El salir de casa es, algunas veces, un esfuerzo para cualquiera, debiendo superar la inercia inicial. Los agorafóbicos sienten esto con tanta fuerza, que no sólo tienen que vencer la inercia normal, sino que además tienen miedo de salir y no poder manejarlo. Esa es la puerta más atractiva, la que dice: “¿DE QUÉ SIRVE?” la cual invita especialmente a abrirla, porque lleva a una buena taza de té, una chimenea encendida, y un televisor. Nunca abran esta puerta; continúen hasta la siguiente, que dice “HAZ EL ESFUERZO”.

Y también la otra puerta que dice “¡HE TRATADO, REALMENTE HE TRATADO!” “¡he hecho todo lo que usted me ha dicho, todo lo que podía hacer, y aún así no estoy mejorando!” .Hay una silla muy confortable frente a esa puerta, y es especialmente tentadora, porque pueden pensar que se la han ganado, ¡pues ya dieron lo mejor!. Pero no es así. No lo intentaron de la manera correcta, ni durante todo el tiempo que se necesitaba. Siempre pasaron a través de las otras puertas, pero nunca abrieron la que decía: “ACEPTACIÓN TOTAL”. Se engañaron pensando que ya estaban aceptando, pero tan pronto como sus sensaciones de pánico, debilidad, vértigo y otras, alcanzaban la cúspide, sus metas fueron abandonadas. **Casi aceptaron, pero no hasta el final.** Y es sólo en ese punto final, donde la puerta se abre. Algunos, incluso pusieron su mano en la manija, la

comenzaron a hacer girar, pero no lo suficiente para que se abriera; **en el momento crítico...la soltaron!**

Ahora bien, supongamos que pasaron a través de la puerta que decía “ACEPTACIÓN TOTAL” y, a juzgar por sus respuestas en los formularios de la encuesta, muchos lo hicieron. Vale decir: aceptaron, y encontraron lo que quiere decir sentirse exitosos. Algunos hicieron este viaje a Londres con una sensación de exaltación. Han conseguido logros que nunca antes habían experimentado y probablemente pensaron: “¡Esto es!”. Pero esa desdichada puerta tiene el hábito de tener hijas, nietas, bisnietas....montones de pequeñas puertas, a lo largo de todo el camino, y ustedes deben continuar pasando a través de ellas. Pueden estar tan impactados por el hecho de que, habiendo aceptado en tantas ocasiones, aún encuentran más obstáculos, que parecen demandar el mismo esfuerzo para ser aceptados. Esto los lleva a pensar: “¡Oh no, no otra vez!”, y sienten el impulso de darse la vuelta y abandonar. Pero todas las otras puertas y pasajes llevan de regreso al mismo laberinto, y eventualmente te encuentras de nuevo delante de la misma: “ACEPTACIÓN TOTAL”. Así que cuídate de los pasajes laterales. En cuanto te enfrentes con una puerta marcada “ACEPTACIÓN”, ¡atraviésala! Respira profundo, deja que tu cuerpo se relaje, y flota a través.

Quiero dejar esa impresión en ustedes hoy día. La recuperación completa significa ir a través de la puerta marcada “ACEPTACIÓN TOTAL”, cuando aparezca. Esto me trae de vuelta al principio de esta charla, cuando les hablé de la repetición.

Al reiterar la aceptación, observan los efectos en sus síntomas con tanta frecuencia, que finalmente les parecen familiares y les pierden el miedo; aprenden que la aceptación funciona tan a menudo, que llegan a comprenderla y a confiar en ella. La repetición se convierte en su amiga. También recuerden, el estrés puede venir de tiempo en tiempo, eso es natural, y debido a que sus síntomas coinciden con los de la enfermedad nerviosa, cuando están bajo una severa

presión, podrán pensar que su enfermedad ha regresado. Esperen a sentir los viejos síntomas cuando estén bajo estrés, sin alarmarse pensando: “Oh Dios, ¡voy a volver a tener uno de mis ataques! ¡aquí está de nuevo!” Recuerden que sus ataques no son más que los síntomas del estrés, y continúen aceptándolos en el futuro, así como están aprendiendo a hacerlo ahora.

He estado hablando del futuro, cuando muchos de ustedes todavía están preocupados pensando en cómo manejar el presente. Han realizado maravillas para venir desde tan lejos hoy, y los felicito y aprecio el esfuerzo que han hecho. Sé que para conseguirlo han tenido que practicar mucho la aceptación. Cuando regresen a sus hogares no olviden este esfuerzo, y anímense otra vez. Dejen que el impulso de hoy les ayude a afrontar esa puerta marcada “ACEPTACIÓN TOTAL” cuando la encuentren de nuevo. Permitan que esto les dé fuerza para girar la manija completamente, y así cruzar a través de ella. Recuerden: la paz yace al otro lado del umbral.

CAPÍTULO 11:

Extractos de un estudio con 528 pacientes agorafóbicos, tratados por dirección remota.

Estos son ejemplos de la auto-evaluación de los pacientes, acerca de su progreso, sea satisfactorio o bueno. De los 528 hombres y mujeres tratados por dirección remota, los resultados fueron satisfactorios o buenos en el 73% de aquellos con edades entre 17 y 28 años. Fue de 67% entre aquellos de 30 a 39 años. De 55% en aquellos entre los 40 a 49 años, y de 4% en los de 50 a 74 años. La mayoría de estas personas eran agorafóbicos crónicos, y presentaban un desafío especial al tratamiento por dirección remota.

Progreso Satisfactorio.

- Sexo: Femenino.
- Edad: 60 años.
- Duración de la enfermedad: 27 años.
- Tiempo de tratamiento por dirección remota: 4 años.
- Tratamiento previo:
“Unos pocos meses, con un terapeuta que dijo saber qué tipo de terapia necesitaba, pero que no tenía el tiempo para tratarme, porque era a largo plazo”.
- Qué puede hacer ahora, luego de recibir el tratamiento por dirección remota:
“Puedo hacer todas mis compras, voy al consultorio de mi médico general, y a la peluquería, todo lo hago sola. Ahora puedo hacer un viaje largo con compañía, y disfruto estando fuera de casa, ya sea donde mi hijo o donde mi hija, alrededor de 160 kilómetros de distancia”.

- Cuál es su actitud ante el retroceso:
“Lo acepto, y espero que pase. No he vuelto a sentir pánico desde que comencé este método, pero después de todo este tiempo, cuatro años, todavía siento aprehensión antes de arrancar por mi cuenta”.

Progreso Satisfactorio.

- Sexo: Femenino.
- Edad: 25 años.
- Duración de la enfermedad: 11 años.
- Tiempo de tratamiento por dirección remota: 6 años.
- Tratamiento previo:
“Seis psiquiatras; 18 meses en un hospital psiquiátrico, con medicinas, terapia electro convulsiva (T.E.C.), terapia de grupo, psicoanálisis, psicoterapia. Las medicinas y la T.E.C. ayudaron con la depresión, pero no con las fobias, especialmente la Agorafobia”.
- Qué puede hacer ahora, luego de recibir el tratamiento por dirección remota:
“Irme de vacaciones. Ir a trabajar. A veces ser capaz de estar sola. Superar la depresión mucho más rápido. Alternar con gente sin sentirme diferente, inadecuada. He tomado medicinas por tanto tiempo, que todavía me apoyo demasiado en ellas”.
- Cuál es su actitud ante el retroceso:
“Al principio pienso: ¡Oh no, voy a estar realmente enferma de nuevo! Y luego me recuerdo a mí misma que, después de un retroceso, casi siempre me siento mejor que antes de éste”.

Progreso Satisfactorio.

- Sexo: Femenino.
- Edad: 46 años.
- Duración de la enfermedad: 19 años.

- Tiempo de tratamiento por dirección remota: 2 años.
- Tratamiento previo:
“He estado en un hospital debido a los ‘nervios’, y he sido tratada por varios psiquiatras”.
- Qué puede hacer ahora, luego de recibir el tratamiento por dirección remota:
“Mis propias compras, localmente. Visitar el salón de belleza. Fui en un viaje de tres horas y media en tren, con mi esposo, por primera vez en 22 años. Iré de nuevo en Pascuas”.
- Cuál es su actitud ante el retroceso: “Tratar de nuevo”.

Progreso Bueno. (La paciente dijo: Curada, espero).

- Sexo: Femenino.
- Edad: 57 años.
- Duración de la enfermedad: 40 años.
- Tiempo de tratamiento por dirección remota: 7 años.
- Tratamiento previo: “No para la Agorafobia”.
- Qué puede hacer ahora, luego de recibir el tratamiento por dirección remota:
“En mi auto, puedo ir a cualquier parte. Realmente no se me ocurre algo que no pueda afrontar en este momento. Todavía puedo sentir unas pocas punzadas al comienzo, pero una vez que estoy fuera sé que estaré bien, así que me olvido de ellas. Dudo que mi familia supiera alguna vez que estuviera tan enferma”.
- Cuál es su actitud ante el retroceso:
“Lo trato como normal. No me preocupo por él. ¡Sé que voy a estar bien al siguiente minuto, hora o día!”.

Progreso Bueno.

- Sexo: Femenino.
- Edad: 53 años.
- Duración de la enfermedad: 12 años.
- Tiempo de tratamiento por dirección remota: 4 años.
- Tratamiento previo:
“12 años por un médico general. Eso no me ayudó. Por más de un psiquiatra por 8 años, y saliendo y entrando de la hospitalización. Eso tampoco ayudó”.
- Qué puede hacer ahora, luego de recibir el tratamiento por dirección remota:
“Puedo irme de vacaciones sin sentir aprehensión, incluso tengo expectativas respecto a las de este año. Hice un viaje a Inglaterra, desde Australia, el año pasado; estuve intentando hacerlo durante seis años. Me lancé en lo profundo y tan sólo me fui, miedo o no miedo, confiando en el método de la Dra. Weekes, y llevando algunos tranquilizantes”.
- Cuál es su actitud ante el retroceso:
“Ahora lo puedo aceptar sin perder mi tranquilidad o esperanza, y pensando: Si no lo logro hoy, lo haré mañana”.

Progreso Bueno.

- Sexo: Femenino.
- Edad: 41 años.
- Duración de la enfermedad: 15 años.
- Tiempo de tratamiento por dirección remota: 4 años.
- Tratamiento previo:
“Psiquiatra durante 12 años. No he regresado a verlo desde hace 2 años. Estuve en el hospital por 7 meses. Eso ayudó”.

- Qué puede hacer ahora, luego de recibir el tratamiento por dirección remota:
“Quedarme sola. Manejar los ataques de pánico y las recaídas. Salir más, pensar en los otros mucho más de lo que podía hacerlo antes. Estudiar música, manejar los problemas, ayudar a otros, etc.”
- Cuál es su actitud ante el retroceso:
“Naturalmente no me gusta, pero sé que con el tiempo me sentiré bien porque siempre es así. Lo acepto, basada en el consejo que recibí de la Dra. Weekes y su método. Mi familia y mis amigos piensan que soy una persona diferente”.

CAPÍTULO 12:

Transcripciones de grabaciones usadas en el tratamiento por dirección remota.

1.- Mudándose a la libertad.

Primero debo enfatizar que espero que hayas sido evaluada por tu doctor, y que le has dicho que estás sufriendo de los nervios. No he tenido la oportunidad de conocerte, así que confío en que estés en contacto con tu propio médico.

Probablemente has leído mis dos libros, has escuchado mis discos y has estado tratando de seguir mi consejo, pero sientes que necesitas más ayuda efectiva para salir de casa, y continuar moviéndote una vez que estás fuera, así que aquí estoy, lista para salir contigo.

Si vas a salir hoy, probablemente lo has estado pensando bastante, y ya estás preparándote, porque ésta puede ser una ocasión especial. Puede ser la primera vez que tienes este cassette para ayudarte, y estás preguntándote si realmente cumplirá su cometido. Primero, quiero que hagas esto: no intentes, a la fuerza, tratar de cambiar tus sensaciones antes de salir, o hacerte el ánimo. Siéntete tan preparada como debas estar, o aún desesperada, cuando sea el caso. Sé que un minuto piensas que lo lograrás, y el próximo estás segura de lo contrario. Estarás pensando “¿qué va a pasar si el cassette no funciona?, ¿qué haré entonces?”. Difícil que puedas pensar en otra cosa en estas circunstancias, pero por otro lado, ante todas estas reflexiones que te asustan, aférrate a un pensamiento especial: “Voy a salir hoy, me sienta como me sienta. De verdad voy a salir. ¡Voy a comenzar!” Bueno. Aquí estoy junto a ti. Vamos a ir juntas, y lo vamos a lograr.

¿Has decidido dónde vamos a ir? Hazlo antes de salir. ¿Lista? Ahora sal despacio, no vayas demasiado rápido. Suelta esos puños apretados, ¡suelta! No

importa cómo te sientas en este momento, no siempre te vas a sentir así; ahora es difícil que sea de otro modo. Así que ven, junto con todas esas sensaciones extrañas. Ninguna de las sensaciones, por horribles que sean, pueden hacerte daño.

No es fácil para mí imaginar dónde estás ahora. Sin embargo, voy a suponer que estás caminando por la calle, sola.

No temas abrir los ojos y mirar alrededor tuyo. Párate derecha, deja caer tus brazos, sueltos. Arriba, derecha, eso es. No te preocupes si los carros pasan haciendo ruido. Te acostumbrarás a ellos gradualmente. Después de unos días, los considerarás naturales. No te vayas a asustar si te sientes desconcertada, e incluso inestable. *Nada de eso importa*. El miedo y la tensión te han hecho llegar a “ser” así, y tus reacciones son por ahora, normales, dadas las circunstancias, y no pienses que estás muy enferma porque te sientes de esta forma tan particular. Quiero que ahora, poco a poco, relajes toda esta tensión, y encuentres nuevas alas.

Desde el momento en que decidas relajarte lo mejor que puedas, tu cuerpo va a comenzar a recuperarse. Ese es un buen pensamiento ¿no es así? Realmente comienzas a curarte desde el momento en el que liberas la tensión. Y lo consigues yendo despacio, lentamente, estando preparada a **dejar que todas las sensaciones vengan**. Ellas han sido tus amos. Te han estado engañando, y sin embargo las has creado tú misma. Mientras más te apartes de ellas a la fuerza, más agudas las haces. La manera de crearte tensión cuando intentas apartarte es más bien como exprimir un limón. Voy a decírtelo de esta forma: la tensión exprime las glándulas que producen los químicos que causan la sensación de pánico. Así, mientras más te empecines, más fuerte exprimes, y creas más pánico, vértigo, debilidad, y así sucesivamente. Saca esa mano del exprimidor. Suelta, relaja; esa es la forma de hacerlo. No importa si fallas, mientras sigas tratando de nuevo, de la manera correcta. Cuando te digo que vayas poco a poco, despacio,

en realidad te estoy pidiendo que te tomes un tiempo para pensar acerca del pánico, y no corras huyendo de él. Así que deja que tu barriga se afloje, que caiga por su propio peso, siente como si se estuviera hundiendo. Respira profundo, tomando aire, y mientras exhalas, sueltas. Haz esto cuando sientas que el pánico aumenta, cuando te parezca que se dispara y estalla. ¿Es acaso tan difícil? Entonces, trata de nuevo. Avanza hacia adelante, como si estuvieras flotando. No espero que lo hagas todo el tiempo, sino sólo en esos momentos de gran miedo. Pueden haber otros instantes en los que sientes que caminas normalmente.

Supón que vamos a una tienda. ¿Hay alguna cerca? Bueno, no tengas pánico cuando pienses en eso. TÚ PUEDES HACERLO. La misma magia va a funcionar siempre. Ahora junta todo tu coraje, pero suéltate y, despacio, flota mientras entras. TÚ PUEDES HACERLO. Si esperas un momento, haz unas respiraciones profundas. Acepta sentirte extraña. ¡Debería ser así, si no has estado en una tienda tú sola, desde hace tanto tiempo! Y recuerda, ésta es una práctica, no te estoy poniendo a prueba.

No te compadezcas a ti misma pensando “¿por qué no puedo ser como toda esa otra gente? ¿por qué yo tengo que llevar conmigo un cassette?” ¡si no podemos conseguir una cosa en la vida, conseguimos otra! Lo mejor es aceptar lo que ha pasado, y salir ahora de eso. NO CORRAS A CASA, CON MIEDO. Pasa a través de esto y sabrás lo que es realmente ser libre. Pero la libertad debe ganarse y el modo permanente de hacerlo es el más arduo. Tiene que ser duro, porque debes encontrar la fuerza, y ésta se construye tratando de enfrentar las dificultades, y toma su tiempo. La fuerza crece; no puede salir del aire. Debe venir cuando decidas practicar de la manera correcta, y luego cuando trates de hacerlo.

Supón que vamos un poco más lejos. No te sorprendas si no aparecen las llamaradas de pánico. Podrías comprender que tal vez les hayas perdido el miedo. Eso puede pasar. Podrías recuperarte muy rápido. He visto casos así. Pero si tus ataques de pánico tan conocidos, se presentan, recuerda: ellos siempre pasarán

SI ESPERAS LO SUFICIENTE. El temblor no te va a hacer daño. Si lo necesitas, siéntate, incluso come un dulce, o dos, y luego trata de nuevo. Aquí hay esperanza. Aquí aguarda la libertad.

Aún si pasas exitosamente a través de la barrera, no te sientas mal si se levanta otra vez, cuando vuelvas a salir. Tú sabes de qué barrera estoy hablando: la sensación de estar rígidamente paralizada, dentro de un bloque de concreto, como si no pudieras ir ni hacia adelante ni hacia atrás, como si hubieras sido devorada por el miedo. Aún cuando puedas manejar ese momento, no te desconciertes si vuelve a presentarse una y otra vez. Esta es una de las cosas extrañas de la recuperación. Parece que pasas por la misma experiencia reiterativamente, y por cierto tiempo sientes que es igual de difícil cada vez. Te prometo que llegará a ser más fácil. Toma tiempo alcanzar esa etapa, así que debes practicar y practicar. Uno de estos días, cuando lo hagas de la manera correcta, pensarás “¡eso es! ¡esa es la forma! ¡lo hice!” Y una vez que hayas sentido esto, querrás repetirlo otra vez. A su tiempo, habrás pasado por esa barrera con tanta frecuencia que, automáticamente, sabrás cuál es la salida. Y la única manera es ir despacio, aceptando el pánico y todas las otras sensaciones, tal como te he tratado de enseñar.

Así que cuando venga el pánico, toma una respiración profunda, deja que tu cuerpo se afloje, espera, y luego prosigue. Es como jugar al golf: se sabe cómo manejar el palo, pero hacerlo cada vez en la forma correcta es otra cosa; toma tiempo. A veces, lo que sucede es que consigues avanzar de la manera correcta durante semanas, y crees que ya saliste de la maraña, y entonces, por alguna razón inexplicable, se tiene otro ataque de pánico. Si eso sucede, no te dejes impresionar. Una vez más, ESPERA, y practica continuar lentamente otra vez. ¡No huyas con miedo! Si no te corres, aunque el pánico pueda regresar de vez en cuando, no te impactará tanto. Es sólo como un viejo espantapájaros, realmente, porque lo que lo crea es tu miedo hacia él.

Así, reconcílate con tomar el camino difícil, hoy y mañana, hasta que llegue el día en que sientas que ya no lo es. Permite que tu cuerpo se afloje, toma aire profundo, déjalo salir; allí está, lo hiciste, no fue tan malo, no es verdad? Te prometo que no será tan difícil cuando aprendas la manera correcta de hacerlo.

Cuando domines la forma de manejar el pánico, y todas las otras sensaciones que tanto temes, gradualmente les perderás el miedo, y cuando lo pierdas, ya no habrá todo ESO, porque es el miedo lo que lo crea.

Has sido como el cachorro que persigue su cola, vuelta tras vuelta, persiguiendo el miedo, el miedo que tú misma creas, porque temes a las sensaciones que éste trae consigo, ¡coraje! No te desanimes si fallas. Perteneces a un grupo muy especial de personas. Tantos caminan junto a ti hoy, sintiendo lo mismo, así que no pienses que estás tan sola.

Si yo estuviera realmente junto a ti, no podría darte más ánimo del que consigo ahora con mi voz. Lo tienes todo. PUEDES HACERLO. Nadie, de todas maneras, tiene que fracasar, aunque no confíe en sí misma y se crea una gran miedosa, una gran cobarde.

2.- Salir de vacaciones.

Ahora vamos a hablar acerca de las vacaciones. Supongamos que ya le has dicho a tu familia que irás, y ahora te enfrentas con esas semanas anteriores al viaje, donde debes tener el enorme coraje de construir tu salida.

Tal vez serás capaz de tomar vacaciones con la familia, o sin compañía, pero antes de que puedas hacerlo debes comenzar por aprender cómo atravesar ese extraño período antes de la partida, cuando piensas: ¿Iré? ¿no iré? ¿podré? ¿no podré? Un destello de esperanza en un minuto, un atisbo de que lo lograrás, y al siguiente la pesada sensación de incertidumbre. Sí o no, debes hacerlo. Puede ser que en este momento se te haga imposible realizarlo de otro modo. Esa última

semana, esos últimos días, no serán fáciles y no esperes que lo sean. Y no pienses que porque se te hace tan difícil estás particularmente enferma, o que esas vacaciones no serán nunca para ti. Considerando la manera en que has sufrido en el pasado ¿cómo podrías planificarlas de otro modo? Pero por dentro, conserva esa pequeña semilla de determinación, no importa cómo te sientas, esta vez vas a ir. A veces podrás pensar “Bueno, tendrán que llevarme cargada” ¡está bien! Pero si tú decides eso, cargada o no, vas a ir, te prometo que cuando llegue el día, puede que vayas como en una especie de sueño, pero irás, y no será ni la mitad de malo, una vez que hayas arrancado, en comparación con el tiempo anterior, mientras esperabas que pasara. Así que, por favor, tan sólo deja que transcurran silenciosamente las horas, los días, pasando a través de la incertidumbre, y más bien ten confianza, como te enseñé, y decide en tu mente que irás. Es como si tuvieras dos caminos, uno es tu sufrimiento, y el otro es la seguridad de que hay alguien que irá. Si haces esto, te sorprenderá la manera en la cual serás capaz de tomarte las vacaciones, y sacar beneficio de ellas. En este momento puede ser que te sientas desesperada ante la idea de partir. Deja que la ansiedad pase. No te aferres a ella...pasará.

¿Le has preguntado a tu doctor acerca de tranquilizantes que te ayuden durante estas semanas? Pueda ser que necesites una píldora para la noche antes de partir. Espero que tu doctor entienda. Si él sabe lo que intentas hacer, te podría ayudar. Así que pasa a través de los momentos de desesperación, y deja que la actitud positiva que está latente se encargue de todo. Allí, en el fondo, hay una persona capaz de hacerse cargo, aunque ahora no lo creas. Despacio, deja que ella aflore. Puede ser que sólo necesites un poquito de resolución para conseguirlo, si vas por el camino que te he enseñado.

Cuando llegue por fin la mañana, tal vez estarás ante la disyuntiva: o que has llegado tan lejos que aquí viene lo que falta, y entonces arranques con ímpetu; o que partas como si todo le estuviera pasando a otra persona, yendo como en un

sueño, *pero vas*. Si fracasas y te das la vuelta, estarás descontenta contigo misma, difícilmente sabrás qué hacer, o dónde ir a esconderte de tu familia. Salir es menos difícil que atravesar el purgatorio de fallar ¡así que, evita la desesperación, pase lo que pase! Dile a tu familia: “Haga lo que haga, diga lo que diga ¡hagan que vaya!”

La sensación de casi *parálisis* que puede venir cuando pienses en moverte, o cuando efectivamente llegue la mañana y trates de ir, *no es más que la supertensión, y tú misma la has acumulado*. Es aquí donde quiero que recuerdes la palabra “*flotar*”. Deja que tu cuerpo se afloje, relájate. Ahora muévete hacia adelante, en esta sensación de estar flotando. Esta es la manera de deshacer la tensión, cuando te sientas atada a ella. Es la misma tensión la que te hace creer que alguna fuerza externa te estuviera reteniendo. *Eso es todo*. Extraño, verdad? Piensa que tú misma construiste esto dentro de ti, eso que es lo que menos quieres, las cadenas que te atan, y que tú construiste, debido al miedo a ellas mismas. Así que no las traigas de vuelta. No importa cómo te sientas en este momento. ¡*Anda!* ¡estarás tan contenta cuando lo logres!

Habrà mucho que hacer en esas semanas previas a la partida. Toma cada momento uno por uno, despacio, no importa cuán despacio. Haz la maleta, poco a poco. Si no puedes pensar, espera. Una taza de té ayuda a pasar alguno de esos momentos. Tú conoces los momentos, cuando sientes que nunca te vas a mover libremente otra vez. Pero aún esto se disuelve si lo tomas despacio ¡espera! suéltate, y respira profundo. Ya aprenderás a hacerlo de memoria, ¿no es verdad? Espero que sí. Esta es la manera de sentirse mejor. Adelante, siempre avanzando, a través de todo ¡pero sin los dientes apretados! Con soltura y voluntad de tratar de aceptar.

Un señor me escribió recientemente diciendo: “¡No podía creer que era tan simple! ¡siento como si hubiera salido de una prisión!”. Es simple, si lo haces de esa manera. Observa que él dijo “simple”, no dijo “fácil”. *Es simple pero no fácil*. Otra

mujer dijo: “Yo recuerdo los consejos de la Dra. Weekes, hasta que entro en pánico. ¡Entonces no puedo retener ni una palabra!” Pero lo que quiero que recuerdes es solamente dos palabras: **relájate, acepta**. Sólo tienes que tener en cuenta esas dos. No importa si piensas que no te puedes relajar, si tú aceptas incluso eso! Puedes dejar de lado todos tus libros, tus revistas, aún esta grabación, pero no olvides llevar contigo, en tu mente y en tu corazón, **ACEPTA!** Nada va a pasarte. Quizás algunos destellos de pánico serán tan fuertes como siempre, pero se desvanecerán más pronto. Ya debes haber aprendido el truco.

Bueno ¿ya lo hicimos, ya estamos de viaje? Si todavía estás escuchando esta grabación por puro interés, te puedo hablar acerca de estar de vacaciones, y si me escuchas con frecuencia, puede ser que estés lista para ir la próxima vez. ¿Recuerdas a la mujer que no podía llegar al centro de la ciudad? Ella viajó a España en avión, hace pocas semanas, así que ya ves, el método funciona.

Supongamos que has salido de vacaciones. Una parte de ti se va a sentir feliz de haberlo logrado, y la otra parte puede estar temerosa de que ahora lo echas todo a perder, corriendo de vuelta a casa. ¡*No te regreses!* Puedes aún no deshacer tu maleta, si eso te hace sentir más segura. Pero *espera*. Dentro de poco te sentirás menos extraña. En unos cuantos días no te parecerá que estás tan lejos. Es sorprendente como, un lugar que parece frío y poco amigable, puede transformarse, después de que has estado en él por unos días. Comienzas por conocer a la persona de la recepción; tu cuarto no te parece tan extraño; aún las tiendas empiezan a resultarte más familiares. El saber que *te has quedado* comienza a filtrarse, y la agitación se irá calmando. Cuentas los días para volver a casa, y con cada uno que pasa, el número se hace más pequeño, y entonces comienzas a pensar “Bueno, pueda ser que termine lográndolo”, y, ¡maravilla de maravillas, incluso puede ser que comiences a disfrutarlo! Todo empieza a parecer más hogareño. Aquellos primeros días son los peores. Después de eso, el lugar se convierte en un sitio que ya conoces.

Supera esos primeros días. Si encuentras que son muy duros, al menos estás escuchando esta grabación. Eso debería confortarte y ayudar. Ahora te voy a decir un secreto: Vas a quedarte, así que más vale que lo aceptes todo! Suponías que no te dejaría regresar a casa, no es cierto? Entonces espera un poco más, y avanza con las cosas que tienen que hacerse. Trata de no impresionarte demasiado con lo que sientes. Tan sólo por un poquito más de tiempo. *Esas son sólo sensaciones, y las sensaciones pueden cambiar.*

Te darás cuenta que ahora entras a esas tiendas más fácilmente de lo que lo haces en las que están cerca de casa. Puede que pienses que esto es extraordinario, pero no es así. La memoria no se está escondiendo en esas tiendas para tratar de arrastrarte a que te regreses. No te encontrarás con un vecino inquisitivo. Esa es una libertad que no habías tenido por largo tiempo. Es una razón para ponerse mejor, no es así? ¡quédate! y dentro de poco encontrarás el coraje para hacer viajes cortos en autobús. ¿Imposible? ¡de ninguna manera! Puedes hacerlo, si tan sólo recuerdas esas dos palabras: *relaja, acepta*. Incluso podrías tomar té en un café lleno de gente, sentada cerca de la puerta, por supuesto; voy a permitirte eso, por esta vez! Helados con fudge, mermelada de fresa. Parecerá extraño pensar en eso. Pero después de un tiempo podrás decir “¡si tan sólo pudiera quedarme así para siempre! ¿tengo que regresar a casa? Es una pena que las vacaciones sean tan cortas”. No es fácil volver a una trampa que te está esperando. Pero si regresas de la manera correcta, no será la misma vieja trampa. Mientras tanto, no nos preocupemos por volver a casa. Todavía puede que tengas que pasar por esos primeros días, sin tener que regresarte.

Si tienes ataques de pánico mientras estás fuera, no pienses inmediatamente que has fallado. Deja que los viejos pánicos vengan, déjalos venir. *Que nunca te decepcione uno de esos ataques.* Me gustaría bordar en oro esa frase y dártela para que la lleves de brazalete, porque la recuperación significa aprender cómo manejar los ataques. Nunca los consideres como un fracaso, ni que son el fin del

mundo. Recibirlos de improviso es una buena práctica.... Así que continúa una vez más. La persona que se recupera es la que persevera, la que sigue y sigue, practicando una y otra vez.

Ahora bien, cuando vayas a casa, no dejes que se pierda tan pronto el espíritu de las vacaciones. Haz algo un poco atrevido cada ciertos días. No sé lo que consideras atrevido, pero hazlo. No te deslices tan rápido a la vieja rutina, y no permitas que los antiguos lugares familiares te perturben, tus lugares de fracaso, la tienda donde entraste en pánico, el cruce en el cual usualmente éste ataca. Por supuesto que fallaste allí, te dio pánico, pero *cuando estés con miedo una vez más en esos lugares, trata de recordar que eso es una memoria*, y que de nuevo te está jugando un truco. Si te da pánico regresando a casa, atraviésalo de la misma manera que te enseñé, que siempre te estoy enseñando. ¿Recuerdas? Las dos palabras: *relajar, aceptar*.

Bueno, ya hemos caminado por la calle, y hemos estado de vacaciones...quizás! Pero si no has hecho más que escuchar el cassette con frecuencia, puede que estés lista para tomarte vacaciones en algún momento, en el futuro. Buena suerte.

3.- Buenas noches, buenos días.

Para aquellos que tienen miedo del estado en que se encuentran.

Charla Corta.

Buenos días. Esta primera charla es tan sólo para ayudarte a salir de la cama, y estar contigo mientras te vistes. Será seguida por una charla más larga, para ser escuchada durante la mañana, si tienes la oportunidad, o quizás mientras estás desayunando; puedes escoger secciones especiales de ella.

Otro día está aquí, así que ¿de qué vas a tener miedo hoy? Si observas lo que te dio miedo ayer, ¿es que era tan horrible? Si lo examinas honestamente,

encontrarás que no era más que miedo sumado al miedo. Enfrentémoslo. Tus síntomas son los síntomas del miedo, y es tu miedo a ellos lo que los mantiene. Eso es, en resumen, lo que era.

Después de todo, lo que pasaste ayer no te mató, ¿no es así? No dejes que el miedo te engañe.

La clave todavía está en esas palabras: suelta y acepta. Toma aire, profundo...déjalo salir lentamente...y mientras sale, deja que los músculos de tu barriga se aflojen, se suelten, deja **que tus brazos se relajen desde los hombros. Esta es la sensación de la que hablo cuando digo “flotar”**. Ahora bien, lo que quiero es que traspases cualquier miedo que tengas hoy, *de esa manera*. Pasa a través de cualquier sugestión o comentario temeroso que te hagas a ti misma, tal como “¡oh no, ...otro día! ¿cómo voy a enfrentarlo?”. Toma aire, profundo, déjalo salir lentamente, deja que los músculos del vientre se relajen, y esa *es la manera en la cual lo vas a conseguir*. Cualquier persona que corre olas, sabe que no debe luchar contra las más grandes, pasa debajo de ellas. Pasa debajo, o flota a través de tu miedo; no luches. Una respiración profunda, la dejas salir, dejas que tus hombros cedan y se aflojen, caigan, y deja que venga todo lo que tiene que venir, deja que la ola te tape y pase.

Hoy quiero hacer algo especial. Quiero que pases por la cúspide de la experiencia, me refiero al clímax de cualquier miedo, justo de esa manera. Toma bastante aire, déjalo salir lentamente y recibe al día y a sus miedos con suma aceptación, con total aceptación.

Hoy es una perla más para ensartar en el hilo, dejando que el tiempo pase. Si tu cuerpo está tan cansado que no puedes ni salir de la cama, tranquilízate, es sólo un cansancio nervioso (Una vez más asumo que tu doctor te ha examinado). Tú puedes levantarte, lo hiciste ayer, y todos los días de ayer...así que, ¡una respiración profunda, y levántate!

Recuerda, sólo tienes miedo de los síntomas que trae el miedo al miedo. Así que no dejes que te engañe.

Charla Larga.

Una vez más, ¡buenos días! Esta no va a ser una charla del tipo “¿no es maravilloso estar vivo?”. Por supuesto que hay gozo en el estar vivo. Hay alegría en tantas cosas, que también están allí para ti. Pero más bien parece que tienes que pasar por un período en que pienses que no hay mucha alegría en ninguna parte. Todo lo que quisieras ahora es ser capaz de levantarte con el coraje de enfrentar el día.

Primero, quiero dejar en claro que estoy suponiendo que tu médico te ha examinado, y que él te ha dicho que tu problema es nervioso. Que físicamente estás bien. Una persona que sufra de los nervios debe estar segura que no padece de alguna enfermedad orgánica, algo que puede ser tratado médicamente, y así se acelere la recuperación.

Es verdad que el agotamiento nervioso por sí solo te puede hacer sentir exhausto, tan cansado que puedas pensar que difícilmente te levantarás de la cama, y cuesta creer que tal estado puede tener su origen en los nervios. Si te sientes así, probablemente pienses “debe haber algo en mí que está mal físicamente”.

Sin embargo, el cansancio nervioso puede hacer que incluso una persona joven y saludable sienta como si tuviera noventa años. Así, si tienes confianza en tu doctor, y él te ha asegurado que lo tuyo es de origen nervioso, entonces, por más cansado que puedas estar, comprende que los nervios realmente pueden hacerte sentir así, y que no te va a hacer daño si trabajas todo el día. Pero aquí, de nuevo, es aconsejable moderación en todas las cosas...y te recomiendo que, si es posible, tomes pequeños descansos cuando te sientas demasiado agotado.

Y cuando te levantes y comiences a moverte por ahí, si sientes que sólo puedes hacerlo lentamente, entonces hazlo lentamente, *pero con voluntad*. Poco a poco, mientras avanza la mañana, ***tu metabolismo***, (el grado de energía que producen tus células), ***se acelerará, y ya no sentirás tanto que te faltan las fuerzas, ni que eres tan impotente***. Algunas veces, por la noche, el metabolismo de algunas personas nerviosas se ha recuperado tanto, haciendo que se sientan tan bien, que quieren prolongar la noche. De hecho, tienen miedo de ir a dormir, porque saben que luego, la mañana vendrá pronto, y entonces estarán cansadas otra vez, quizás aún deprimidas.

Si te sientes peor por las mañanas, no deduzcas por esto el nivel en que te encuentras respecto a esta etapa de tu enfermedad. Trata de no preocuparte sobre cómo te sientes. Por supuesto, serás consciente de ello, ¿quién no? Pero cuando te des cuenta, trata de no desanimarte o deprimirte demasiado.

Quizás sientas soledad y falta de confianza; incluso no tengas mucha esperanza en poder pasar el día con éxito. Anhele que estés preparado para tratar de aceptar lo que sientes ahora, que tengas el deseo de pasar el día lo mejor que puedas. Esa es la manera de hacerlo, en esta etapa. Simplemente trabaja según tus posibilidades, *pero voluntariamente*.

Si eres un ama de casa, puede ser que enfrentes un día poco interesante, quizás ni siquiera lo suficiente como para cuidar de tu cabello adecuadamente. Tu cuerpo se recuperará por sí mismo, aún de la apatía y de la falta de interés, *sólo si lo dejas*. Porque está todo el tiempo tratando de curarse, para brindarte un espíritu fresco y ánimo en tu corazón. Y podrá hacerlo, si lo dejas. Así que levántate, vístete, haz una taza de té, o café si prefieres, y trata de ponerte a punto, con voluntad. ¡Sin embargo, no tienes que ser una actriz!. No fuerces la esperanza, porque conseguirás el éxito por un minuto, y al siguiente caerás en la desesperación. Alternar brotes de entusiasmo y desesperación, no ayuda mucho. Es diferente si en verdad sientes *profundo* la esperanza dentro de ti. Eso es

bueno. Pero no pienses que debes *tratar* de sentirla. Mejorar significa aceptar lo que venga, esperanza o desesperación. No puedes forzarte, porque si lo haces, la esperanza no durará. Esta es una sensación que se desvanece con facilidad en la persona enferma de los nervios. Está aquí a las tres en punto, y se fue a las tres con un minuto. No te sirve ese destello como ayuda para recuperarte. Así que no desesperes si se va rápidamente. Sin embargo, con el tiempo, si trabajas de la manera en que te enseñé, la esperanza deja de ser fugaz, y se convierte en una sensación de fuerza interior. Pero demora cierto tiempo en establecerse. Mientras tanto, comienza a recuperarte con una *comprensión profunda*. Lo vas a conseguir decidiendo que tratarás de hacerlo hoy, de la manera correcta.

No estoy diciendo “¡levántate, que el sol está brillando! Continúa, con una sensación positiva de gozo!”. Eso no duraría ni dos minutos. Lo que quiero decir es: “Este día puede no ser tan bueno, tal vez no haya mucho interés, mucha energía, pero trata de comprender que en esta etapa no será muy distinto”. Sin embargo, intenta “atacar” el día de manera diferente. Si practicas lo que te estoy aconsejando, pronto la mañana se presentará de otra manera.

Así que avanza despacio a través del día, aceptándolo todo, y cuando lo hagas, surgirá dentro de ti un poder desconocido que estará haciendo la labor necesaria para la recuperación. No tienes que lograrlo tú sola. No sabrías como hacerlo. No has llegado a subir la montaña que pensabas, ¿no es cierto? Tu cuerpo se curará por sí solo, si te apartas de su camino... *mediante la aceptación de tu pobre ser, tal como es hoy día*.

Mientras tratas de aceptarte, anímate considerando que estás aceptando a alguien que hace milagros, y que moverá montañas para ti, si le das la oportunidad. Y se la darás practicando la total aceptación. Simplemente, hoy trabaja en ello lo mejor que puedas. Si estás trabajando en casa, descansa por un momento cuando sientas que debes hacerlo. Luego incorpórate, pero no te fuerces a continuar con los dientes apretados.

Aún mientras estás descansando, si lo haces de buen grado, y no te preocupas por ello, estarás avanzando hacia adelante. Así es, porque esas fuerzas que no puedes ver, trabajan todo el tiempo, si es que tocas junto con ellas, voluntariamente, el tono de la aceptación. Ellas continuarán curándote, siempre que no añadas demasiada desesperación, sacándolas del juego. El miedo, la desesperación, la frustración..., esos son los obstáculos que traban el trabajo, y el peor de ellos es el miedo.

Pero recuerda que manejas el miedo al aceptarlo, cuando viene. Ya te lo he reiterado en mis libros y grabaciones. *Todos cargamos el miedo con nosotros, pero la persona con una enfermedad nerviosa le añade un segundo miedo*; estás con miedo al miedo, a la sensación que éste trae. *No te dejes engañar por él. **El pánico es una sensación superficial***; aún cuando pueda parecer abrumadora, que todo lo consume, y enraizada muy profundo, no es más que una leve descarga eléctrica que se siente principalmente en las terminaciones nerviosas... ¡sólo alcanza la profundidad de la piel! Así que **es simplemente una descarga eléctrica, y como tal, tiene una energía limitada**, aunque tú no creas. Entonces, por qué dejar que una descarga eléctrica, una cosa mecánica, arruine tu vida, cuando mediante el acto de soltarla y aceptarla, sacas tu dedo del gatillo que la dispara.

Aquí está la carta de una mujer que finalmente pudo hacer un viaje al extranjero: “Estaba pasándola muy bien, cuando de pronto, una noche, al entrar en el comedor, tuve una terrible sensación de consciencia de mí misma ¡y eso que se trataba de mi comida favorita, pavo asado! No pude ni tragarlo, así que hice la única cosa que pude pensar, comí los vegetales y el postre, mientras me seguía repitiendo ‘¡suelta y acepta, suelta y acepta!’ y cuando llegó el momento del café, ¡ya me sentía bien! Tuve unas vacaciones fantásticas”.

Ya ves, ella pudo haber fallado en ese momento, pero se soltó y aceptó el miedo. Y eso es lo que te estoy pidiendo que hagas hoy.

Por supuesto, si has sentido pánico por largo tiempo, todavía te puede dar una buena sacudida, de vez en cuando. Pero, si no aprietas el gatillo, si tienes aceptación en tu corazón, la fuerza de la descarga eléctrica se extinguirá gradualmente.

Puede demorar conseguir que el pánico deje de venir por completo, pero mientras el tiempo pasa, el pánico te perturbará menos cada vez, porque *sabes que tú sabes cómo manejarlo*. Sueltas y aceptas.

Hoy día vas a darle esa oportunidad, ¿no es verdad? El tiempo y la aceptación son las respuestas. Así que no estés juzgando cómo te sientes ahora. No, dale más tiempo. Cuando te fuiste a dormir anoche te pedí que sólo tuvieras el coraje de aceptarte tal como estabas esta mañana, ¿no te acuerdas? Por favor, trata de hacer sólo eso.

Este es otro día, otra perla en el hilo. Haz lo que tengas que hacer, lo mejor que puedas. Si tienes que llevar a los niños al colegio, o tienes que salir a trabajar, simplemente *hazlo*. No siempre será algo infructuoso.

Cuando uno está agotado, la vida ordinaria no es muy interesante. Y puede que nunca lo sea para muchos de nosotros, pero si hacemos cosas por los que amamos, se vuelve más ligera. Sin embargo, si tu actividad se dirige a gente que no amas, la vida puede ser muy difícil. Y si sientes de esa manera, cámbialo de alguna forma, pero no lo hagas hasta que estés lo suficientemente bien como para emprender planes realistas. Es difícil enfrentar grandes cambios, grandes decisiones, cuando se tiene una enfermedad nerviosa y, por lo tanto, no es aconsejable hacerlo ahora, a menos que definitivamente esté impidiendo tu recuperación.

Y por ahora, no seas demasiado minucioso con tu trabajo. En esta etapa, no te pongas expectativas muy altas, no demandes mucho en el desempeño de tu labor.

Es más, no es que tengas que estar satisfecho al respecto. Mientras lo hagas de buen grado, el resto vendrá por sí solo. Y si la soledad es parte de tu problema, no tengas la equivocada idea de que vivir solo te volverá loco. No es así. Menciono esto porque mucha gente me ha escrito preguntándomelo. Algunas personas creen incluso que hablarse a sí mismas es la primera señal. Bueno, yo me hablo a mí misma frecuentemente...si eso te sirve de algún alivio. Ninguna de esas cosas importa; ni siquiera lo que hagas, mientras no te preocupes sobre eso. ***Es la preocupación lo que cansa y sensibiliza.*** Y aún si estás solo y piensas que estás tratando de recuperarte solo, no lo estás. Cientos están escuchando esta grabación posiblemente en este mismo minuto, y están tratando de seguir lo que les enseño, junto contigo. Así que ten valor, cuentas con su compañía.

Supón que sales a trabajar hoy. No sé qué trabajo haces, si es interesante o no. Pero lo que sé es que si lo emprendes sin preocuparte de si es interesante o no, vendrá el momento en el cual tendrás el coraje, la motivación y la habilidad para encontrar lo que te guste, porque estarás más dispuesto, más confiado dentro de ti, por haber manejado la situación cuando era muy difícil hacerlo, y eso, por supuesto, es *ahora*.

Y si hay gente que te perturba en el trabajo, o a quien puedas temerle, manéjalo practicando el flotar a través de tus reacciones hacia ellos. Con esto quiero decir desapegarte de tus sensaciones respecto a ellos. Cuando estés muy perturbado, toma aire profundo, déjalo salir lentamente, deja que tu cuerpo se afloje, y *deja que el estremecimiento pase*. No te dejes impresionar pensando en cómo te sientes cuando estás en contacto con ellos. Sé que eso es difícil de hacer, pero te puedes ayudar si tienes ante ti la misión de ser capaz de hacer un buen trabajo, sin importar cómo te sientas. Es la meta la que cuenta, no la gente, y *la meta es tuya*. No dejes que nadie te robe eso, permitiéndoles penetrar demasiado bajo tu piel. Ellos no valen la pena. *Tu meta sí.*

Para comenzar a alcanzar esa meta, cuando hables, *habla*. No bajes la cabeza, murmurando. Adopta el hábito de enderezarte y mirar a la gente a la cara. Mira de frente, habla de frente. Puedes hacerlo. En la enfermedad nerviosa se tiende a ser tímido y sumiso, y a hablar en voz baja. Piensas que no tienes la confianza para hacerlo de otro modo. Olvídate de la confianza, no esperes a que llegue. Todos podemos encontrarla, tú también, si la deseas lo suficiente. Levanta tu cabeza y habla alto, y la confianza vendrá. Tienes el poder para hacerlo, sé que lo tienes. He observado a demasiados pacientes extremadamente introvertidos, y cómo poco a poco aprenden a enderezarse y a hablar alto y fuerte. Así que hoy, anda al trabajo cargado con la inspiración para actuar como te he enseñado. Pero no lo hagas de manera agresiva, no te fuerces con tensión. Primero quiero que sueltes los tornillos, aflojes el cuerpo, y aceptes. Acepta tu timidez, acepta tu falta de confianza. No luches contra ellas. Levántate y habla con ellas presentes en ti. *No importa cómo te sientas, levántate y habla*. Y cuando lo hagas, te sorprenderás de la confianza que se desarrollará dentro de ti.

Así que, en este momento, seas hombre o mujer, trabajes fuera o dentro de casa, hagas lo que hagas, levanta tu cabeza, toma aire profundo, déjalo salir lento, afloja tu cuerpo, y comienza este día de buen grado, con tanta aceptación como te sea posible. Lleva contigo el miedo, si tienes que hacerlo, pero no permitas que hoy te engañe. Deja que cualquier sensación nerviosa venga. Déjala venir. Pero pasa a través de ella, a través, a través...Suelta y acepta. Total, total aceptación.

CAPÍTULO 13:

Resúmenes de boletines usados en el tratamiento por dirección remota (1972-1974)

Desde 1969 hasta 1974, envié boletines trimestrales a aproximadamente dos mil personas que padecían de enfermedades nerviosas, en las Islas Británicas, Irlanda, América, Australia, Nueva Zelandia, Canadá y Sudáfrica. Los boletines originales (1969-1971) están impresos en mi segundo libro, "Paz del Sufrimiento Nervioso". El siguiente resumen cubre los restantes, distribuidos entre 1972 y 1974. En ellos discuto algunos problemas específicos, comunes a muchas personas agorafóbicas.

1.- La clase del segundo piso.

Una chica escolar, de catorce años, me escribió: "Mis principales problemas están en la escuela. ¿Podría ayudarme a permanecer en la clase del segundo piso, por favor Doctora?"

Aplicando el método que he enseñado, ella puede ahora "ir a la escuela a algunas clases, ir al centro de la ciudad de compras, salir de paseo, montar bicicleta, ir al cine, recibir amigos e ir a visitarlos. Su actitud ante la recaída era: "Tengo problemas, pero los considero sólo como temporales". Esto es un buen progreso para una chica de catorce.

Ahora le voy a hablar directamente a ella, y a algunos de ustedes que se encuentren en una situación parecida: Estás en camino a una recuperación completa, pero es verdad que primero debes aprender a manejar el modo de asistir a esa clase de arriba. Obviamente, el segundo piso te preocupa porque la retirada es difícil. También cuando estás de compras, de visita, y haciendo alguna de las nuevas cosas que has logrado ahora, hay diversión y alegría en el "hacer";

esto te ayuda. En la clase del segundo piso tan sólo hay silencio, cabezas sobre los libros, y el profesor caminando de arriba abajo por el pasillo, algunas veces mirando inesperadamente sobre tu hombro y haciendo preguntas. Todo está quieto, y esas feas escaleras están entre tú y la libertad. ¡Tanto tiempo para quedarse sentada y sentirse con miedo! El piso de arriba es todo un lugar, ¿no es cierto?

La clave para quedarse en esa clase es tomar cada pensamiento de inquietud, cada sensación de miedo, lentamente. A la primera señal de peligro (y eso puede presentarse apenas comienzas a subir las escaleras, (incluso antes que veas el segundo piso), no te precipites de cabeza hacia más pánico y confusión ¡quédate quieta! ¡espera! deja que el momento pase. Tu reacción es ahora la de un miedo ciego, que te deja confundida. No serás capaz de detenerlo impidiendo que venga, pero lo que sí puedes hacer es que sea un miedo ciego. Al cerrar tu mente y marchitarte ante su asalto, es cuando quieres salir corriendo. **Quédate con el miedo.** ¿Puedes entender eso? Lo que quiero decir es que tengas el coraje de **observarlo**. Entonces pasará, lentamente. Al miedo no le gusta ser observado; se siente triunfante cuando te encoges ante él, ciegamente. Es entonces cuando podrá desplegar su acto más maléfico.

Una vez que estás decidida a quedarte arriba y trabajar silenciosamente **con el miedo allí – aceptándolo, no luchando contra él** – te sorprenderá la forma en que el pánico, poco a poco, se reducirá hasta ser un tipo de sensación interior, aburrida, quizás quemante, como un retortijón, y será mucho más fácil de sobrellevar que la anterior, y que también en su momento, se aquietará por completo.

No quiero decir con esto que habiendo enfrentado y aceptado el pánico de esta manera será suficiente para que la batalla haya terminado, y que no regresará. Por supuesto, eso puede suceder. Quizás muchas veces, durante el mismo período y la misma clase en el segundo piso. Acepta cada retorno del pánico y

atraviésalo de igual manera. Recuerda, su ataque no puede matarte, no te puede herir, y en tu rostro se trasluce muy poco, si es que llegara a notarse. Algunas veces el pánico y otros síntomas nerviosos hacen que seguir una lección sea difícil, y que el profesor pueda formarse una idea errónea de ti, pensando que no estás prestando atención, a propósito. No puedes esperar que tenga clarividencia, ¿no es cierto?

Anímate al darte cuenta que lo estás haciendo magníficamente, por el simple hecho de atravesar una situación así. Este es el trabajo más importante que puedes hacer por el momento. Es aún más importante que aprender tus lecciones escolares. Si tienes éxito, aunque sea unas pocas veces, habrás dado un gran paso. Se requiere de sólo unas pocas veces para enseñarte el camino, pero usualmente hacen falta muchos éxitos para consolidar el progreso. Así que nunca te des por vencida, no te desanimes; al final serás mucho más dueña de ti misma que muchas otras chicas en tu clase, pues no han tenido la oportunidad de atravesar una experiencia como la tuya. Parece duro que una chica tan joven como tú tenga que sufrir así, pero lo que obtendrás será una seguridad para el resto de tu vida. ¡Cuán comprensiva madre vas a llegar a ser!

Así que sube lentamente (tan despacio como las demás chicas te lo permitan, mientras empujan y se cruzan), y deja que vengan todas esas extrañas sensaciones. Siéntate tranquilamente en tu silla, aún si las sensaciones aterradoras pareciera que te chamuscan las raíces del cabello. Anda hacia ellas. Con esto quiero decir relajar tu cuerpo todo lo posible, sin encogerte ante ellas. Así, encontrarás que soltándote, dejando que tu cuerpo sienta como si estuviera cayendo suavemente, los peores momentos se calmarán y, con el tiempo, el segundo piso no será diferente del primero, excepto por las memorias que permanecerán. Cuando sea preciso, debes estar lista para practicar todo lo que te he enseñado acerca de manejar la memoria, y estar atenta a los trucos que trate de hacerte.

Así que, joven mujer de catorce años, no evites la clase del segundo piso. Será tu oportunidad especial para practicar el manejo de tus síntomas nerviosos, y finalmente llegar a ser en verdad, la dueña de ti misma. Y recuerda, cuando estés en el segundo piso, con todas las otras chicas empujándote hacia la urgencia de correr, correr, y correr, ignórala y no le des paso. En vez de eso, siéntate, siéntate, siéntate. Cuando corres, estás huyendo de ti, y no de la clase de arriba. Y ninguno de nosotros ha podido nunca correr muy lejos de sí mismo. Sientas lo que sientas, recuerda que es sólo una sensación, causada por tu propio miedo a eso. Ten el coraje de aceptarlo tan voluntariamente como puedas. De esta manera, poco a poco, te *desensibilizas* y las sensaciones se calman. Te he dado las herramientas. Ahora es el momento para usarlas.

2.- Puedo cantar dos versos de un himno, ¡pero cantar ocho, es demasiado!

Esta mujer probablemente ha cantado con gran esfuerzo los primeros dos versos, estando de pie, en tensión, en guardia, quizás sintiéndose con vértigo, dadas las circunstancias, y luchando con cada palabra. Con su imaginación también trabajando en su contra, no es de extrañar que su mente retroceda, ante el pensamiento de permanecer de pie en este estado, durante otros seis versos más.

Un paseo, aunque sea largo, sólo puede hacerse dando un paso a la vez. Los ocho versos pueden ser cantados palabra por palabra. Ella no debe concentrarse en los seis versos restantes, sino en cada frase, conforme va cantándola. Si la tensión aumenta, debe tomar una inhalación profunda, dejarla salir lentamente, dejar que su cuerpo se afloje, y recurrir a la práctica de flotar a través del pensamiento acerca de los peligros que su imaginación va construyendo. Despacio, despacio, una respiración profunda, una frase a la vez. Debe comprender que ella crea la tensión que la derrota, mediante su propia aprehensión.

3.- Ser examinado por su médico.

Algunos síntomas causados por los nervios también pueden tener un origen orgánico, así que asegúrate de ser examinado por tu doctor antes de diagnosticar “nervios”. Por ejemplo, los vértigos pueden ser causados por problemas en el oído, tubos de eustaquio bloqueados, músculos del cuello tensos, presión sanguínea baja; la vista puede necesitar examen, tal vez corregir los antiguos lentes, etc. La tensión por ansiedad en sí misma, puede causar vértigo, tanto así que te parecerá difícil girar sin tambalearte. Asegúrate de ser examinado por tu médico.

4.- Salir sola sin pensar en ello.

“Me pregunto cuánto tiempo pasará antes que pueda salir sola, sin pensar, como la demás gente”. Salir sola, sin tener que vacilar, significa estar tan lejos del sufrimiento (pasando largo tiempo en recuperación), que el agorafóbico casi se ha olvidado de no tener miedo a viajar sin compañía.

Aún por mucho tiempo, esta mujer saldrá llena de recuerdos y observándose. La recuperación no significa olvidar rápidamente que ha sido incapaz de salir sola. La recuperación significa pasar primero a través de varias etapas. Al comienzo, los primeros pasos vacilan y, por la carta que recibí, deduzco que ella está en esta etapa. Luego vendrán los días de éxito, mezclados con los de fracaso, y luego comenzará a tener tantos éxitos, que pensará, incrédula “¡soy yo, haciendo esto sola!”. Este es un buen pensamiento. Sin embargo, solamente después de mucha repetición, el que una vez fue agorafóbico alcanzará la etapa final de ser capaz de considerar como algo natural el hecho de salir por su cuenta. Primero se deben pasar esas etapas tempranas.

Cuando un agorafóbico alcanza el punto del hacer automático, se puede quejar de haber perdido esa sensación de exaltación del principio, incluso se sentirá

“insulso”. Sin embargo, para algunos siempre habrá esa excitación, al pensar cuán poco podían hacer antes, y cuánto son capaces de hacer ahora. Esta es su compensación. El miedo y la excesiva preocupación por estar viajando solos se transforman en gozo cuando toman consciencia de que hoy se sienten cómodos haciéndolo.

Una mujer me dijo “Fui a ver la entrega de premios al colegio de mi hijo, y aunque estuve apretujada, sentada entre la gente, no me dio pánico ni una vez. Hace un año no lo hubiera logrado. Todo valió la pena, cuando mi hijo me miró y luego dijo “Buena, mamá. ¡Estás haciéndolo muy bien!”

Así que levanta tu corazón, y no sientas envidia de la otra gente, que viaja tan campante. Si piensas que tantos lo han conseguido... ¿no es ésta una razón para tener esperanzas? .De hecho, muchos me han dicho que ya no necesitarán boletines este año, porque se han recuperado.

5.- Mis piernas se paralizan.

“¡Siento temor de que mis piernas se traben, al punto de paralizarme, cuando tenga que hacer algo importante!” .Las piernas “paralizadas” por los nervios sólo están rígidas por la tensión (el miedo) y en realidad, nunca se paralizarán, aunque lo parezca. Si un ratón se cruzara por delante de sus pies en uno de esos momentos, súbitamente entrarían en acción. En verdad, ninguna tensión puede paralizar los miembros. Sólo estará engañándola, confundiendo sus pensamientos.

Sin embargo, para esta mujer, no es suficiente la presencia de un ratón. Necesita saber cómo reaccionar si sus piernas “estuviesen a punto de paralizarse” (Nunca dijo que estuviesen efectivamente paralizadas).

Le pido que traiga a su mente la palabra “flotar”. Quizás recuerden a la paciente descrita en mi primer libro, “Auto-ayuda para sus nervios”; cuando le pedí que

fuera a comprar pescado, contestó “No podría ir a una tienda. ¡No he estado dentro de una por años! ¡mis piernas se paralizarían antes que pudiera entrar!” Yo le expliqué que, si al ingresar sus piernas se ponían rígidas, debería tomar aire profundamente, dejarlo salir despacio (el mismo proceso conocido), estirar un poco sus brazos, e imaginar que está flotando. Ella regresó con el pescado, diciendo “¡envíeme por alguna otra cosa, rápido, mientras todavía esté flotando!”

Supongan que la paciente que me escribió acerca de su miedo a que sus piernas se trabaran, respondiera ante mis instrucciones “¡pero no puedo flotar! ¿qué haría si mis piernas realmente se paralizaran?” Entonces yo le explicaría que no se quedarían así por mucho tiempo. El exceso de tensión pronto fatiga los músculos contraídos, y sus piernas se relajarían, pese a ella y a su miedo. ¡Qué fantasma es el que ha permitido que la asuste!

6.- Pensamientos fortalecidos.

Un paciente se quejaba que cuando trataba de hablar consigo mismo, a propósito de un retroceso, sus pensamientos siempre parecían demasiado débiles. Preguntaba “¿cómo puedo fortalecer mis pensamientos?”. Al respecto les explico que nuestra respuesta emocional ante ellos se aquieta, de tal manera que los pensamientos, ya no confundidos por las emociones, surgen más claramente, y así parecen más fuertes, guiándonos con más sabiduría.

Cuando aparece un retroceso, lo primero que van a decir es “¡no voy a dejar que esto me tumbe! ¡no me voy a sentir deprimido!” Sin embargo, si están *sensibilizados* y, por lo tanto, sus emociones surgen fácil e intensamente, pueden transformarse en desesperación aguda, y desilusión, pese a sus mejores esfuerzos. Y mientras que la desesperación brote con tanta facilidad, el hablarse (darse órdenes) a sí mismo, es una estrategia formidable.

Sin embargo, pueda ser que tengan éxito a las tres, pero fracasan a las tres y cinco. Esta es la razón por la cual deberían ***impresionarse menos con sus emociones del momento***, y no perseverar tenazmente con el discurso ante sí mismos, mientras parezca tan poco efectivo. ¿Recuerdan a esa mujer que cuando la abordaba una recaída pasaba todo el día repitiéndose palabras y más palabras, tratándose de animar, sin conseguirlo? Cuánto más fácil habría sido para ella evitarse el esfuerzo, y aceptar sus reacciones de ese momento concentrándose en dejar que el tiempo pase, mientras el retroceso lo demande. Cuando sus emociones se hayan calmado, los pensamientos optimistas parecerán más fuertes, guiándola y dándole soporte con mejores resultados.

Aquí debo hacerles una advertencia. Algunas personas cometen el error de suponer que las emociones se calmarán y los pensamientos se harán más fuertes, apenas han comenzado a practicar el no dejarse impresionar por sus sensaciones del momento. Observan mientras esperan un milagro. Las emociones no se calman tan de prisa, pueden pasar semanas, a veces más, aún con una gran aceptación, antes que tengan una fuerte sensación de estar calmadas. Si recién están comenzando la práctica de impedir la sugestión ante sus reacciones emocionales del momento, no pierdan la esperanza al no conseguir resultados inmediatos. Si aceptan de buena voluntad la incapacidad para pensar por sí mismos en medio de un retroceso, la recuperación puede estar acercándose. Cuando hablo de aceptación voluntaria, quiero decir ***voluntaria***, y esto significa dejar pasar todo el tiempo que su *desensibilización* requiera.

7.- Si pudiese manejar cien kilómetros y no sólo veinte.

A pocas personas les gusta conducir cien kilómetros sin compañía. Tal vez alguien lo haría por necesidad, o algún agorafóbico con cierto éxito a su haber, impulsado por su soberbia. Si yo tuviera que manejar cien kilómetros, buscaría a algún amigo que tuviera que ir en esa dirección. Y eso no es Agorafobia.

Si esta paciente necesitase con urgencia trasladarse cien kilómetros, ella haría el viaje. Es asombroso lo que un agorafóbico en recuperación puede lograr, cuando algo se requiere imperiosamente, y tiene poco tiempo para la reflexión y la aprehensión. Gran parte de su éxito radica en la práctica repetitiva, y pocos tienen la oportunidad de manejar cien kilómetros, varias veces, especialmente solos. Si tal viaje fuese necesario para esta paciente, le sugiero que divida los cien kilómetros en paquetes de veinte, y que conduzca cada segmento por separado. Le aseguro que si tiene el coraje para aceptar el desafío, encontrará que el viaje mismo es diferente del que se imaginó. Hay diversión durante el camino, la sensación de estar lográndolo, incluso un entusiasmo ocasional que la ayude, y el dividir el viaje en etapas hará que disminuya la aparente perspectiva de un camino sin final.

8.- Manejando la culpa.

Debes ser tan compasivo contigo mismo como lo eres con los demás. Eso no es fácil. Piensa que lo que hacías a una determinada edad, correspondía al desarrollo que habías alcanzado hasta entonces. Crecer es aprender sobre la base de la experiencia previa (o debería serlo). Una de las ironías de la vida es que crecemos más con nuestros fracasos que con nuestros éxitos, porque el efecto de un error nos llega más profundo. Por lo tanto, vuelvo a enfatizar que nuestros retrocesos nos hacen más sabios que nuestros logros.

Si algunas veces te preguntas cómo pudiste actuar de esa manera, entonces la culpa cumplió su propósito. Has aprendido de la experiencia. Trata de impedir que el cargo de conciencia del pasado perturbe tu presente, especialmente si afecta a otras personas. El **AHORA** puede ser mucho más constructivo gracias a las lecciones aprendidas de errores anteriores.

Consuélate, si te sientes culpable porque piensas que pudiste haber tratado más amablemente a una persona de edad, que ya ha fallecido, (algunos me han escrito

al respecto). Muchos sufren por esta razón. Es fácil olvidar las difíciles tareas que se llevaron a cabo, y recordar tan sólo tus cortas e irritantes respuestas, las secas réplicas. Los nervios se han *sensibilizado*. Es difícil soportar constantes irritaciones, aunque pequeñas, quizás año tras año. Hay personas que no tienen la responsabilidad de enfrentar tales pruebas, especialmente los hombres, porque por lo general es la hija o la hermana, (aún más si es soltera), quien cumple con las obligaciones familiares, tales como el cuidado de padres ancianos. Su paciencia llega al punto de quebrarse, por el grado de *sensibilización* de sus nervios, y es consciente de ello cuando ya es tarde. Es probable que sólo recuerde que falló, que no hizo lo correcto, olvidando el exigente trabajo que tuvo que cumplir. Como dije antes, debería ser más compasiva consigo misma, y recordar que lo positivo fue que se hizo cargo.

Las personas que padecen una enfermedad nerviosa, son especialmente vulnerables ante la culpa. Una mujer dice: “Por muchos años me he sentido culpable a causa de mi enfermedad, como una persona de segunda clase, una pobre diabla, una débil, etc. Aunque ahora estoy mucho mejor, no puedo quitarme de encima esa sensación”.

Los que sufren una perturbación nerviosa están condicionados a pensar de esta manera, porque los que no la padecen la consideran como una debilidad, aún una cobardía. Cuán irónico es esto. La valentía de muchas personas con esta enfermedad es inmensa. Día tras día pueden vivir con sus síntomas nerviosos, tratando de luchar con ellos: pánico eléctrico, músculos tensos, manos sudorosas, corazón palpitante, estómago que se retuerce, cabeza que late y, a veces, especialmente si el pánico está presente, por vergüenza o por no querer perturbar a la familia, llegan incluso a no comentar lo que están sintiendo, evitando así enfrentarse a quienes no simpatizan con su dolor ni con ellos. Luchan solos, confundidos, desesperados, pero aún así, dispuestos a darse por entero, y a tratar de nuevo si es que la vida se los exige, en especial si su familia lo requiere. Cuán

mordaz es que, de todas las personas, sean ellos los que deban sentirse culpables.

Siempre he pensado que sufrir una enfermedad nerviosa es un privilegio. Se lo dije una vez a una joven mujer que estaba atravesando por una fuerte depresión. Ella me miraba como si le estuviera hablando en un idioma extraño. Ahora está recuperada y estudia ciencias sociales. Me escribió recientemente: “¡Cuán contenta estoy de conocer lo que significa sufrir de los nervios! Ahora, cuando hablo con alguien con este padecimiento, puedo conectarme en su propio lenguaje. Aún más, esa persona sabe que yo la comprendo. ¡Mi sufrimiento me ha dado este privilegio!”

Aprendemos a través del contraste. No apreciamos la paz hasta que conocemos la agitación. Después de recuperarse de la tortura de la enfermedad nerviosa, los placeres simples adquieren un nuevo significado. Sentarse a disfrutar con los amigos es ahora más especial que nunca. En vez de sentirse culpables deberían sentirse privilegiados, porque adquieren una comprensión de una experiencia que es absolutamente desconcertante para mucha gente, y cuando llegan a recuperarse a través de sus propios esfuerzos, tal como les enseñé, obtienen una recompensa especial, como un seguro para su futuro. Mientras que, la persona que nunca ha experimentado la enfermedad nerviosa, es más vulnerable de lo que se imagina.

9.- El último obstáculo.

“No puedo superar la última dificultad: ser capaz de salir solo. Ahora puedo ir manejando a mi trabajo, en la ciudad, cuando antes no conseguía llegar a mi destino, cualquiera que éste fuera. Sin embargo, los síntomas de la ansiedad todavía aparecen, con frecuencia e inesperadamente”. Por supuesto que vienen. Y continuarán hasta que supere no sólo el último obstáculo, sino también el primero, pues ambos son lo mismo. Lo harán volver a aprender la forma de manejarse a sí

mismo. Muchos dicen: “Ahora puedo hacer esto y aquello, pero no logro hacer estas otras cosas”. Esto significa que todavía no consiguen controlarse cuando entran en pánico, o cuando tienen otras sensaciones nerviosas. Han aprendido cómo manejar determinadas situaciones, pero no el miedo en sí, y eso es sólo parte del camino hacia la recuperación.

De hecho, el día que ese hombre se aventuró por vez primera a manejar su vehículo solo, y entró en pánico, se enfrentó a su primer y a la vez, a su último obstáculo. Ese primer pánico se convirtió en el desafío más grande que nunca encontrará. En situaciones futuras puede que hayan ligeras variaciones, pero pocas cosas serán más desafiantes que su primer pánico frente a su puerta. Sea que él lo llame el primer o el último obstáculo, todavía el tema es manejarse a sí mismo, ya sea conduciendo su vehículo o fuera de él, o en el centro de la ciudad. Reconocer esto, y no sólo tratar de manejar una situación tras otra, es un gran paso hacia la recuperación, y significa una verdadera comprensión de lo que en realidad es la Agorafobia.

Este hombre ha mejorado apoyándose en ciertos subterfugios, y no estoy descalificando su éxito, pero todavía no ha atravesado ese último porcentaje de aceptación para llegar al cien por ciento y, hasta que no lo consiga, los síntomas de la ansiedad continuarán viniendo “en forma frecuente e inesperada”, aunque no se presenten tan de sorpresa como piensa. Él les ha preparado el camino, al aceptar sólo el 99%. La aceptación del 100% es el primer y el último obstáculo.

10.- Por qué las recaídas impresionan más que el progreso.

El progreso es difícil de estimar; por lo general no sientes que has avanzado. A veces te cuesta convencerte de que lo has hecho. Sin embargo, hay momentos en que el agorafóbico puede sentirse hasta entusiasmado por lograrlo, pero esta sensación es efímera, mientras que la aprehensión que sobreviene ante un retroceso, tiende a prolongarse, no pasa desapercibida. Es pura sensación:

esperanza pusilánime, desesperación y, usualmente, el retorno a los síntomas nerviosos.

El retroceso trae a la memoria todo el sufrimiento pasado, y este recuerdo puede dejar una profunda huella. He hablado con frecuencia acerca del papel que juega la memoria, porque gran parte de la enfermedad nerviosa permanece viva por su causa. De hecho, la reminiscencia del sufrimiento nervioso regresa más aguda y más pronto, y se prolonga por más tiempo que aquellos de origen orgánico. El padecimiento nervioso desorienta y es despiadado, tornándose en una experiencia difícil de olvidar. Es importante relacionarse con la memoria tan pronto como sea posible, de tal manera que cuando traiga consigo a los fantasmas del dolor anterior, no pienses de inmediato “¡estoy enfermo de nuevo! ¡de vuelta a foja cero!”.

Sin embargo, la memoria no persigue a todos los que se han recuperado. He conocido personas que se han curado instantáneamente, en cuanto se les ha explicado su enfermedad. Un hombre me escribió: “He tomado a cargo la sección en que trabajo, y estoy dirigiéndola efectivamente. Si viene un retroceso, confío en que sabré manejarlo. Me he provisto de la técnica y la comprensión respecto a lo que sucede. Al haberse ido el misterio, la bomba se ha desactivado”.

Un esposo me dijo, bromeando: “Casi quisiera que mi mujer estuviera enferma de nuevo, y no pudiera ir de compras. Este es el tercer sombrero que ha estrenado esta semana. ¡Ahora no puede dejar pasar ni una tienda! En su primera visita ella me dijo que no había estado en una tienda, desde hace dos años. Después de explicarle la *sensibilización* y enseñarle cómo manejar el pánico, le indiqué que debería darles la bienvenida a los retornos, como oportunidades de practicar la forma de manejarlos. Una semana después, me decía: “Ya no entro en pánico! Fui a la cima del edificio más alto y miré alrededor. ¡No entré en pánico, ni siquiera entonces! ¿qué pasaría si no tuviera ocasión para practicar?”. Su recuperación fue instantánea.

11.- Miedo a encontrarse con gente.

“Voy bien con la Agorafobia, pero tengo miedo de contactar y hablar con la gente, especialmente con extraños”. Este miedo es otra complicación de la reacción emocional, que se presenta muy rápido e intenso. Debido a esto la persona es demasiado consciente de sí misma, y vulnerable a lo que los demás puedan pensar de ella. Tampoco soporta bien que le demanden su atención, ya que piensa que debe concentrarse en sí misma, mientras trata de parecer normal. No le teme tanto a la gente en sí, como supone, sino a su propia reacción ante los demás.

Esta persona no debe perder la esperanza suponiendo que el encuentro con la gente siempre será tan difícil. Mientras más practique, por supuesto, mejor. Sin embargo, en esta etapa, no debe exigirse demasiado. Cuando esté con otros debería sentirse satisfecha de funcionar lo mejor que pueda. No tiene que matarse con el esfuerzo, el “post-mortem” no sirve mucho. El modo en que se conduzca ahora, no tiene muchas consecuencias respecto a cómo se comportará cuando se sienta mejor. Mientras se va recuperando, la cortina entre él y el mundo externo se irá levantando, de tal manera que se sentirá liberado de sí mismo, y ya no será necesario mantenerse en guardia.

Puede aliviarse pensando que mucha gente es tímida y se siente disminuida en situaciones similares. El alternar y hablar con soltura toma práctica, como cualquier otra habilidad. Sin embargo, la enfermedad nerviosa lleva a la reclusión, de modo que estas personas tienen poca oportunidad de practicar. Son como los cangrejos que se han quitado su vieja caparazón, y están esperando que la nueva, aún suave, se endurezca, ya que es muy vulnerable a cualquier desastre externo. Así, cuando sienta aprehensión al encontrarse con gente, o ansiedad mientras habla, puede tranquilizarse pensando: A mi caparazón todavía le tomará cierto tiempo para endurecerse. ¡No debo pretender demasiado en esta etapa!.

12.- ¿De qué sirve el esfuerzo?

En ocasiones, los agorafóbicos luchan por movilizarse por su cuenta, sintiéndose abrumados por el fracaso y agotados por el esfuerzo, y piensan: “¿De qué sirve todo esto?. No estoy llegando a ninguna parte. ¿Para qué luchar más?”

A veces es tentador pensar “¿de qué sirve?”, pero esto nunca los conducirá a la recuperación. Si éste es tu caso, y eres honesto contigo mismo, encontrarás que con frecuencia añades el segundo miedo, mientras aceptas escasamente. Sospecho también que te sientes en exceso cansado, por tu valiente pero mal dirigido esfuerzo. El luchador vehemente pronto se agota. El cobarde, que se regresa rápido a casa, es menos probable que se sienta exhausto, comparado con aquel que lucha con obstinación.

De manera que primero, reconoce tus errores, trata de tener muy claro lo que debes hacer, y decídette a aplicarlo la próxima vez que salgas. Pero no lo arruines todo esforzándote, si te sientes excesivamente cansado. Lo que parece imposible un día, cuando se está agotado, puede ser accesible al día siguiente, cuando te sientas renovado. Nótese que digo *agotado*, no simplemente *cansado*. Tal vez haya sólo unos pocos días en los que te sientas con energía. No dejes entonces de hacer el esfuerzo. Estar esperando el “momento propicio” es una tentación demasiado grande para quedarte sentado en casa. Pocos agorafóbicos se sienten preparados alguna vez, para salir de casa solos. Durante largo tiempo puede ganar la inercia, el miedo, las excusas.

Así es que convierte el “¿*de qué sirve?*” en “¡*haz el esfuerzo!*”, cada vez que presientas que no estás genuinamente muy cansado. Pero haz ese esfuerzo de la manera correcta. Cualquier otra forma será inútil. Y no esperes que tu familia te apoye. Una mujer se quejaba “Mi marido ni siquiera lee el libro, ni los boletines de

ayuda, aunque lo necesito tanto. En mi desesperación, el otro día pensé “Deja a todo el mundo, lo haré por mí misma, sola”. “De hecho, estoy sola”.

13.- La Dra. Weekes depende de nosotros: espera que tengamos suficiente voluntad como para hacer lo que nos dice.

Para que comiences a aplicar lo que enseño, sí dependo de tu fuerza de voluntad. Pero yo sé que la tienes. A un agorafóbico le demanda mucho esfuerzo enfrentar un viaje solo y, aunque al comienzo miles dudaron del poder de su determinación, ahora están enfrentando largos viajes sin compañía. Les he dado las herramientas, y ustedes también tienen la fuerza de voluntad para usarlas, si realmente quieren hacerlo. ***Querer es la clave para conseguir.***

Ten valor. Una mujer de Memphis, en Estados Unidos, me decía por teléfono: “Uno de los peores momentos es cuando debo levantarme y salir fuera. Una vez en la calle, es sorprendente cuán fácil se vuelve todo, si lo hago de la manera correcta, y cuán difícil si lo hago en forma equivocada. A veces parece tan simple (aunque no siempre fácil). No puedo dejar de maravillarme al pensar que hace años no lo hice de la manera correcta, quedándome prisionera en mi propia casa, durante tanto tiempo.”

Para comenzar, primero debes desear tenazmente tener esa fuerza de voluntad. Luego aparecerá ese poder. La determinación y la falta de voluntad son extrañas. En tanto vayas trabajando de la manera correcta, necesitarás menos esfuerzo, mientras que obtendrás más recompensa por tu triunfo. Buena suerte.

14.- No hacer nada.

Un hombre escribió pidiéndome una lista de cosas para hacer y de cosas para no hacer. Sólo una es la que lo curará: ***Hacer nada.*** Simplemente eso. En un momento de crisis de pánico, cuando piensa que no puede recordar lo que le enseño, todo irá bien si no hace nada. Hacer nada es otra manera de aceptar.

Esto no significa que debería quedarse en cama mirando el espacio, literalmente ***haciendo nada***. Debe salir y aceptar los desafíos. Es el segundo miedo, el fantasma que lo está manteniendo enfermo. Si durante una crisis, no hace nada, no se estará añadiendo el segundo miedo ¿no es cierto? Así que, en momentos de super pánico, simplemente el hacer nada lo *desensibilizará* y, por lo tanto, se estará recuperando.

15.- “Si el miedo no es tan intenso, el método funciona bien.”

El método funciona, no importa cuán intenso sea el miedo. Quien escribió esa carta cometía el viejo error de pretender alivio inmediato del pánico tan pronto como comenzara a practicar la aceptación y el soltar. Una persona puede estar tan *sensibilizada*, y tan bien preparado el camino que conduce al pánico, (luz verde todo el trayecto), que no importa cuánto se suelte en determinado momento. Especialmente en ese lapso, un severo ataque de pánico no podrá ser suavizado. Sin embargo, debido a la voluntad de tratar de soltar y aceptarlo, y lo mismo con todos los otros síntomas nerviosos, la corriente interna de relajación que esto trae, aunque sea ligera, comienza a *desensibilizar*, y llegará el momento en que los espasmos de pánico serán cada vez menos severos.

16.- Aceptar todo el tiempo.

Un joven que ha estado enfermo desde hace diez años, escribía. “Aunque estoy convencido de que la enseñanza de la Dra. Weekes es correcta, todavía encuentro difícil aceptar verdaderamente, *todo el tiempo*, y dejar de añadir el segundo miedo. Ahora comprendo mi enfermedad lo suficiente como para tener fuerza. Cuando enfrento una recaída, al comienzo me siento decepcionado y no siempre consigo ignorarlo”.

Muy pocos aceptan todo el tiempo. Es posible aceptar cien por ciento un momento y luego fracasar totalmente. Una mujer decía: “Mientras más espaciados son los

retrocesos, más impacto me causan y no es fácil recordar de pronto lo que debería hacer. ¡Aceptar una vez más, se vuelve una tarea muy difícil!”

Por supuesto, si pudieras aceptar todo el tiempo, ya te habrías recuperado. Sin embargo, no espero que te cures rápidamente, ni que aceptes todo el tiempo. Es por esto que te sigo animando, y nunca soy impaciente. No importa cuánto se prolongue tu camino hacia la recuperación. Comprendo que algunos días puedes aceptar en gran medida, mientras que en otros disminuye tu capacidad. Cuán confundido puedes estar por tu inconsistente progreso. Pero también sé que cuando tomes las riendas de tus retrocesos, sin importar cuánto tiempo transcurra, vislumbrarás la recuperación, como un explorador que al final ve la tierra prometida.

17.- Tranquilizantes.

“¿Qué debería hacerse respecto a tomar ocasionalmente un sedante? El panorama de hoy con tanta gente dependiendo de los medicamentos, es descorazonador”. Este hombre, después de practicar por tres años lo que enseñó, ha comenzado con éxito sus estudios de música, va a clases nocturnas, y está trabajando de nuevo, sin tomar un solo día de licencia por enfermedad, desde hace ya tres años. La recaída, dice, es en principio perturbadora, pero él saca fuerzas de sus “cimientos de elasticidad” con los que ahora cuenta, consiguiendo regresar a su estado inicial.

Cuando un paciente comienza a manejarse a sí mismo, lo animo a hacerlo sin tranquilizantes. Cincuenta por ciento de mis pacientes se recuperaron sin tener nunca que recurrir a ellos. Sin embargo, un tranquilizante ocasional no hace daño, especialmente en la gente mayor. Prefiero que los jóvenes, después que la fase más aguda de su enfermedad ya ha pasado, abandonen el hábito de tomar tabletas. Pero, aún después de la recuperación, una persona en una situación estresante prolongada, (como por ejemplo, un divorcio inminente), puede necesitar

ocasionalmente la ayuda de un tranquilizante. El doctor debe conocer al paciente y sus circunstancias.

Las siguientes cartas ilustran diferentes actitudes frente a este tema. Una dice: “Siento que estoy llegando a un punto de dominio de mí mismo, en este estado de ansiedad tan difícil. Me apresuro lentamente. Es la mejor manera. Tengo la fortuna de tener un doctor comprensivo. Con sus instrucciones, todavía estoy usando tranquilizantes cuando siento que los necesito, lo que sucede ahora con regularidad.

Otra: “He sufrido durante diez años, y he recibido tratamiento de muchos médicos que han sido pacientes y amables conmigo, y me han recetado varios medicamentos, pero eso no funcionó. La enseñanza de la Dra. Weekes me ayudó inmensamente. Es un alivio encontrar a alguien que comprende las aterrorizantes experiencias por las cuales se pasa. Ahora *vivo sin tabletas*. Mi esposo y yo hemos estado de vacaciones, y he disfrutado de ellas, ya varios años. Quiero ir ahora a nuevos lugares. Y pensar que hace muy poco tenía miedo de dejar mi casa”.

Otra carta: “Desde que sigo el consejo de la Dra. Weekes, no he tenido que tomar tabletas en forma regular, sólo en una o dos ocasiones. En este momento, el mundo es un maravilloso lugar. Puedo mantener un empleo, visitar a mi esposo enfermo en el hospital; incluso he sido capaz de guiarlo cuando estuvo en situación de riesgo. He tenido Agorafobia desde que tenía quince años, ahora tengo cuarenta y cuatro y me siento mejor que nunca”.

18.- Admite que te sientes bien.

Una mujer me escribió: “No le contesté su último cuestionario porque las cosas iban tan bien, que pensé que podía tentar al destino si lo contestaba. Todavía

tengo el miedo de admitir que me siento mejor, porque cuando lo hago, invariablemente algo malo pasa”.

Durante las tempranas etapas de la recuperación, cualquier suceso perturbador parece haber sido diseñado por un duende, para contrarrestar los esfuerzos del que está luchando. El destino no suele indicar el camino hacia la recuperación. Sin embargo, los eventos desafortunados que se inmiscuyen en la tarea, no son más que los que ocurren en la vida ordinaria. La persona que trata de recuperarse, piensa que vienen justo en el momento menos apropiado, porque su sensación de esperanza es tan nueva, tan frágil, tan preciosa.

Cuando te sientas mejor y lo reconozcas, no tengas miedo de “desafiar al destino”. Eso animará a los que te rodean, y los convencerá de que no estás aferrándote a tu enfermedad. Aún el más considerado de la familia puede sospechar vagamente lo contrario.

Contar con unas pocas horas de esperanza y ánimo de tu parte, puede ser un alivio para una familia preocupada. Explícales que las “caídas” pueden regresar de todos modos.

Estando prevenidos, esas caídas pueden ser menos devastadoras para ti y tu familia. Ten el coraje de admitir los buenos encantamientos, no sólo los malos.

19.- Agitación ante la idea de socializar.

“He manejado bien la Agorafobia, pero mi esposo a veces recibe de visita a sus clientes, y no puedo evitar sentirme afectada ante la idea. Estoy hecha un trapo a la hora que los huéspedes llegan, y quiero que se acabe lo más rápido posible”. Bueno, no eres la única anfitriona que se siente así. Una mujer de mediana edad, que no estaba enferma, me dijo una vez: “Mi marido y yo estamos de acuerdo en que el mejor momento de una fiesta o cena es cuando cerramos la puerta detrás del último huésped que se va”. Algunos enfermos nerviosos olvidan las tensiones

de la vida ordinaria, especialmente la de recibir visitas. Piensan que cuando se curen todo va a ser paz y rosas. Me pregunto cuántas anfitrionas, que lo preparan todo ellas mismas, disfrutan dando fiestas. Siempre hay alguna tensión: ¿Estará bien la comida, se llevarán bien los huéspedes, se malogrará el equipo de sonido tal como pasó la última vez, será el ruido demasiado fuerte? Nada de esto induce a la tranquilidad, ni ayuda a mantener la compostura que envidiaba la persona que escribía esa carta. Por supuesto, su agitación está basada en más motivos de preocupación que si el equipo de sonido se va a malograr. Ella se angustia ante el miedo de quebrarse.

En la recuperación de la enfermedad nerviosa, la tranquilidad para recibir huéspedes es uno de los últimos logros. La persona que acepta esto actúa sabiamente, y se prepara lo mejor que puede para la recepción, aún si sus manos temblorosas pudieran derramar café en la salsera.

20.- Incapacidad para pensar durante una crisis.

“Puedo creer en la enseñanza de la Dra. Weekes para los asuntos de rutina diaria, pero es en las ocasiones especiales cuando me es imposible pensar. ¡Para no mencionar lo difícil que es recordar lo que aconseja!”.

Aún en estos momentos de aparente incapacidad para pensar, lo que enseño muestra una salida. La verdad es que esta mujer que me escribe sí piensa, pero todos sus pensamientos son equivocados. Eso es lo que piensa, no es que tenga una incapacidad para pensar, y esto hace que la ocasión sea especialmente perturbadora: “¡Ahora realmente voy a colapsar ¡es eso!”.

Sin embargo, la comprendo. Ella quiere decir que en el momento en que se tensa a sí misma con un super pánico, se siente paralizada de miedo, y mis consejos le parecen fuera de su alcance. En tal estado, seguramente lo que desea es *no pensar*. Sus sensaciones se calman gradualmente si ella está preparada para

“paralizarse en sus pensamientos”, y no tratar de “hacer algo al respecto”. Estará segura que nadie puede permanecer en ese estado por mucho tiempo. Gradualmente, el cuerpo se hace cargo, a pesar del miedo. Los ojos comienzan a ver, los oídos a escuchar y las piernas a moverse. Nadie puede sostener ese momento intenso de “nada” indefinidamente. Esta aparente incapacidad de pensar es sólo el super pánico que se desencadena por su propio miedo al pánico.

Comprendo que esta mujer tenga miedo, no sólo de no pensar, sino también de lo que imagina que puede hacer en tal situación de aparente pérdida de control. Se imagina vagamente volverse loca, aunque no comprenda bien qué significa. Volverse loca puede ser simplemente volverse histérica. Sin embargo, volverse histérica es toda una proeza, casi un logro. Toma mucho esfuerzo ir escalando hacia la explosión emocional demandada por la histeria y luego, perseverancia para mantenerla. Este tipo de energía puede ser difícil de conseguir en un momento de “nada”. Ella no necesita tener miedo de volverse loca. Hasta ahora nunca he visto a una agorafóbica volverse histérica. Tal como mencioné en uno de mis libros, si durante una reunión social un agorafóbico decide por fin que no puede permanecer por un minuto más en su asiento y que debe salir, siempre se las arregla para decir “permiso por favor”, mientras se escurre entre la gente que está a su alrededor.

Así que, en un momento de crisis, si crees que no puedes pensar, prepárate para no pensar, para no recordar los consejos. Pensar voluntariamente en “nada” (o voluntariamente creer que estás pensando “nada”, lo que es muy diferente), te acerca a la aceptación, como puede esperarse en una crisis, en este momento particular de tu enfermedad. No pensar en absoluto, si se hace voluntariamente, te ayudará a curarte.

21.- Sentarse tranquilo en público.

“Me gustaría saber un poco más acerca de cómo practicar para conseguir sentarme en público, permaneciendo tranquilo. Todavía no logro entender el significado de la palabra flotar. Si me comportara extraño y con pánico en una reunión social, ¿cómo lo manejaría? No puedo relajarme y ‘hundirme’, mientras trato de mantener las apariencias, ¿no es cierto?”.

Cuando digo que dejen que su cuerpo se hunda durante el pánico, no lo tomen en forma literal, haciendo que se resbalen y se caigan de su asiento. Lo que quiero decir es que tengan la sensación de hundirse *dentro de sí*. Soltar esa apretada tensión y dejar que tu cuerpo se relaje en su asiento.

Siéntate en una silla y practica ahora. Imagina que eres parte de una reunión social, sin un escape fácil. Nota cómo tus músculos abdominales casi inmediatamente se contraen y se ponen duros. Toma una inhalación profunda y déjala salir, despacio. El alivio se siente mejor al final de una profunda respiración. Y mientras lo haces, practica soltando esos músculos apretados de la barriga. Te ayudará si tratas de sentir que el pecho “se hunde” sobre tu estómago, como si todo tu cuerpo estuviera “hundiéndose”, a través de la silla. En cuanto a las apariencias, lo más que podría percibirse desde fuera, sería un ligero descenso de los hombros.

Si practicas el “*hundirse hacia adentro*” mientras entras en pánico, éste no parecerá tan intenso. Las cuerdas sueltas de una guitarra no pueden chasquear tan fuerte como las que están estiradas, así que suelta tus “cuerdas nerviosas”, simplemente dejando que tu cuerpo se relaje.

22.- Aislado del mundo.

“Me gustaría recibir un poco de ayuda acerca de qué debo hacer cuando me siento momentáneamente ‘cortada’ del mundo, como si no estuviera allí. Estoy decidida a superar esto”.

Podrá conseguirlo si sigue los pasos que le enseño ahora. Ella es muy joven, sólo tiene dieciséis años. Ha progresado mucho: puede usar un ascensor sola, viajar en transporte público, ir de compras. Todavía consigue un asiento en la última fila del cine, “sólo por si acaso”; pero ha logrado trabajar con menos soportes o subterfugios.

Sentirme momentáneamente *cortada* del mundo, no estar realmente “*allí*”, es inevitable para mucha gente enferma de los nervios. La causa es que sus pensamientos, con frecuencia, no están “*allí*”. Se han tornado hacia adentro, hacia sí mismos y sus “sensaciones”, concentrados en el esfuerzo que están haciendo en ese momento. Así que la extraña sensación de estar parcialmente en el mundo es natural, dadas las circunstancias. Una vez más, ésta es una de esas “extrañas sensaciones” que pueden venir con la enfermedad nerviosa, en cualquier momento, aún durante la recuperación. Con frecuencia he tratado de grabar en ustedes la idea de no dejarse engañar, evitando tener miedo a esas sensaciones extrañas. Por más horribles o bizarras que parezcan, no tienen ninguna consecuencia para el futuro.

La sensación de no estar allí es aún parte de la rutina de la recuperación. Así que, por favor, traten de comprenderlo y prosigan con el trabajo, hasta que llegue el momento en que la sensación sea tan insignificante, que casi no se note.

23.- “¡Estúpido, idiota!”

En respuesta a la pregunta “¿cuál es su actitud ante la recaída?” una mujer escribió: “Después de leer su libro y escuchar muchas veces sus grabaciones, mi

actitud es más cómoda. No estoy tan tensa. En los días en que me siento aprehensiva, escucho su voz y me digo 'Estúpida, idiota, ¡sé paciente! Relájate y esto pasará como siempre ha pasado'. No es fácil, pero no estoy tan asustada". Supongo que ella no es la única que se ha llamado a sí misma "estúpida, idiota".

Otra respuesta a la "actitud ante el retroceso": "¡Ya no sé cómo voy a soportar otro ataque de estos!". Se sorprenderían al enterarse de cuántos ha tenido mientras escribía esta carta. ¿Qué alternativa le queda?.

Si algunos de ustedes están tan hartos como ella y deciden abandonar la búsqueda de la recuperación y dejar mis consejos, el soltar ese "*estar tratando*", traerá cierto alivio, y por un tiempo pueden sentirse mejor. El darse por vencido es una forma de aceptación. Sin embargo, la voz de la consciencia pronto volverá a hacerles otra jugada. Cuando los fuerce hacia afuera una vez más, vayan tan resignadamente como puedan. **Saquen la lucha afuera de sus ensayos**. Si tan sólo pudiera transmitirles este mensaje, su batalla terminaría.

Un hombre me dijo: "¡Me deprimó ante el retroceso, y frenéticamente trato de frenar su escalada!" Este "*frenéticamente*" es su error. ¿Cómo puede esperar detener sus síntomas nerviosos mientras está frenético? El frenesí y la enfermedad nerviosa comparten los mismos síntomas. Con la aceptación, el retroceso no aumentará. Tratando frenéticamente de luchar contra él, ciertamente escalará. La lucha y el frenesí traen tensión. La tensión trae más *sensibilización*, más síntomas (de allí el escalamiento). La aceptación resignada conduce a una cierta calma, la cual, aunque ligera, le quita el filo a la mordedura de la recaída.

24.- Recuperación permanente.

Una mujer agorafóbica, periodista, hace poco describía en un artículo de una revista, la forma en que, usando un tranquilizante particular, durante los últimos seis meses, había sido capaz de llevar una vida normal. Ella alababa la medicina

(una de uso común) y añadía: “Sólo me queda un puente por cruzar. Mi doctor me dice que pronto debo dejar de tomar las pastillas. Admito que me causa aprehensión, pero espero que todo vaya bien”.

No quisiera que ninguno de mis pacientes enfrente el futuro meramente esperando que todo vaya bien. La recuperación de esta mujer descansa en la posibilidad de que, cuando deje de tomar la droga, no entre en pánico otra vez. Pero ya está aprehensiva, y sólo hay una ligera diferencia entre las angustias de la aprehensión y los espasmos del pánico. Desde ahora se está *sensibilizando* a sí misma.

Aprender la forma de manejar el pánico es esencial para una cura permanente. Una vez que una persona ha sufrido de enfermedad nerviosa, en un momento en que no esté en guardia, la memoria puede traer un retorno del pánico, en muchas maneras y lugares. *Y no hay droga para detener la memoria.* Así, si la memoria la enfrenta a esta situación, podrá sucumbir muy fácilmente a la dependencia de los tranquilizantes, y luego enfrentarse de nuevo a la batalla de tener que vivir sin ellos. La repetición de este ciclo es una pobre receta para promover la confianza.

Ciertamente, ya es obvio que para una cura permanente, se debe aprender a manejar el pánico y las otras sensaciones nerviosas, así que llevarás la recuperación contigo, dondequiera que vayas.

Referencias bibliográficas:

- ⁱ Marks, I.M. *Fears and Phobias*. London, Heinemann 1969
- ⁱⁱ Weekes, C. *Self Help for Your Nerves*, London, Angus & Robertson, 1962. Publicado en Estados Unidos como '*Hope and Help for Your Nerves*' Bantam Books Inc., New York 1977. Existe la traducción al español, '*Autoayuda para sus nervios*'.
- ⁱⁱⁱ *Peace from Nervous Suffering*, London, Angus & Robertson 1972; New York, Bantam Books Inc. 1977.
- ^{iv} *Hope and Help for your Nerves*. Un album de dos cassettes en ingles que se puede adquirir en Relaxation for Living, 29 Burwood Park Rd, Waltham-on-Thames. KT12 5LH, United Kingdom; Worth Productions, PO Box 30, Neutral Bay Junction 2089, Australia.
- ^v *Moving to Freedom, Going on Holiday*. Cassette. Disponible en los mismos lugares.
- ^{vi} *Good Night, Good Morning*. Cassette. Disponible en los mismos lugares.
- ^{vii} *A Practical treatment of Agoraphobia*. British Medical Journal, 1973, 2, pp.469-71.