

GIORGIO NARDONE

# Sin aliento

El pánico por la falta de aire y su curación

Traducción: Ramón Alfonso Díez Aragón

Herder

*Título original:* Senza fiato

*Traducción:* Ramón Alfonso Díez Aragón

*Diseño de la cubierta:* Melina Belén Agostini

© 2023, *Adriano Salani Editore s.u.r.l. - Milán*

© 2026, *Herder Editorial, S.L., Barcelona*

ISBN: 978-84-254-5261-1

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com)).

*Imprenta:* XXXXX

*Depósito legal:* B-XXX-2026

*Printed in Spain — Impreso en España*

**Herder**

**herdereditorial.com**

# Índice

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PRÓLOGO. La más natural, pero también la más<br>aterradora de todas las muertes .....        | 11 |
| 1. LA MECÁNICA DEL PÁNICO POR ASFIXIA<br>AUTOINDUCIDA .....                                  | 15 |
| 1.1. Errores comunes en el diagnóstico<br>y en el tratamiento .....                          | 19 |
| 2. LA TERAPIA DEL PÁNICO POR DISNEA AUTOINDUCIDA ...                                         | 23 |
| 2.1. La redefinición diagnóstica .....                                                       | 23 |
| 2.2. La prescripción sugestiva .....                                                         | 26 |
| 2.3. Análisis de la técnica: estratagemas, lenguaje<br>hipnótico y ejercicio reiterado ..... | 29 |
| 2.4. La comunicación terapéutica .....                                                       | 31 |
| 2.5. El ejercicio reiterado .....                                                            | 36 |
| 3. CUATRO CASOS CLÍNICOS .....                                                               | 39 |
| Primer CASO — Rebecca: disnea compulsiva<br>con desmayo .....                                | 39 |
| <i>Primera sesión</i> .....                                                                  | 39 |
| Comentario sobre el caso .....                                                               | 42 |
| <i>Segunda sesión</i> .....                                                                  | 43 |

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| <i>Desde la tercera sesión en adelante</i> .....          | 44  |
| Segundo CASO — Massimo: el atleta sin aliento .....       | 45  |
| <i>Primera sesión</i> .....                               | 45  |
| <i>Segunda sesión</i> .....                               | 47  |
| <i>Tercera sesión</i> .....                               | 49  |
| <i>Desde la cuarta sesión en adelante</i> .....           | 50  |
| Comentario sobre el caso .....                            | 51  |
| Tercer CASO — Augusto: el abuelo sin aliento .....        | 51  |
| Comentario sobre el caso .....                            | 55  |
| Cuarto CASO — La violinista bloqueada .....               | 55  |
| <i>Primera sesión</i> .....                               | 56  |
| <i>Segunda sesión</i> .....                               | 68  |
| <i>Tercera sesión</i> .....                               | 72  |
| <i>Cuarta sesión</i> .....                                | 75  |
| <br>4. HIPERVENTILACIÓN Y DISNEA: DIAGNÓSTICO             |     |
| E INDICACIONES MÉDICAS Y FISIOTERAPÉUTICAS .....          | 79  |
| <i>Simona Milanese y Sabino de Bari</i>                   |     |
| 4.1. El diagnóstico médico de la disnea                   |     |
| (Simona Milanese) .....                                   | 79  |
| 4.1.1. <i>Respirar demasiado es perjudicial</i> .....     | 83  |
| 4.1.2. <i>Diagnóstico</i> .....                           | 87  |
| 4.1.3. <i>Una circularidad compleja</i> .....             | 90  |
| 4.2. Respirar bien para vivir bien                        |     |
| (Sabino de Bari) .....                                    | 95  |
| 4.2.1. <i>La respiración</i> .....                        | 96  |
| 4.2.2. <i>La importancia del dióxido de carbono</i> ..... | 90  |
| 4.2.3. <i>La hiperventilación</i> .....                   | 102 |

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| 5. CUANDO LA SOLUCIÓN SE CONVIERTE<br>EN EL PROBLEMA .....          | 111 |
| 6. DISNEA AUTOINDUCIDA: CUANDO ES EFECTO<br>Y LUEGO CONCAUSA .....  | 117 |
| EPÍLOGO. Si existe un problema, también existe<br>su solución ..... | 123 |
| BIBLIOGRAFÍA .....                                                  | 127 |

Prólogo.  
La más natural, pero  
también la más aterradora  
de todas las muertes

«¡El miedo! Esa herencia de la vida salvaje  
de la que ningún animal puede escapar».

JACK LONDON, *Colmillo Blanco*

Ciertamente, no nos sorprende descubrir que, entre las diversas formas de ataques de pánico relacionados con el miedo a morir, la más recurrente es la que se expresa en la sensación de quedarse sin aliento hasta la asfixia casi total. En efecto, la falta de aire representa para el organismo la alarma más evidente de muerte o desmayo y, por lo tanto, de una aterradora pérdida de conciencia inminente.

En relación con la falta de aire, los anatomopatólogos destacan que el cadáver de quien muere por asfixia, estrangulado o ahogado, manifiesta en el *rigor mortis* la expresión del terrible pánico que precede a la pérdida de conciencia. No por casualidad, entre las peores torturas ideadas por la humanidad para extraer información y secre-

tos se encuentra la de verter agua sobre la cara y dentro de la nariz del torturado, mientras este es inmovilizado con la cabeza hacia atrás.

Basta evocar la sensación de que nos oprimen con fuerza la garganta para experimentar una reacción emocional de miedo y la necesidad vital e imperiosa de salir cuanto antes de tal situación. Al fin y al cabo, nuestra respiración es el primer aliento de vida y el último y, por lo tanto, es normal que su falta represente un acontecimiento tan aterrador que desencadene el pánico en su forma más extrema. Además, la asfixia, a diferencia de un evento fulminante como un infarto, se manifiesta con inspiraciones cada vez más aceleradas, por lo que el sujeto permanece consciente de lo que está sucediendo hasta el último momento y, en consecuencia, el miedo crece hasta convertirse en un pánico irrefrenable.

A pesar de que el miedo a no poder respirar probablemente sea la fuente más impetuosa de la reacción de pánico, es necesario, sin embargo, señalar que esa reacción es en sí misma causa de la falta de aire. Es decir, es el ataque de pánico, a menudo debido a otras causas, el que desencadena una reacción de respiración agitada y «hambre de aire» o disnea. De hecho, durante una crisis de pánico la reacción fisiológica de la ansiedad aumenta vertiginosamente, superando el umbral de su funcionalidad como activador del organismo, hasta convertirse en una respuesta disfuncional que altera nuestros parámetros fisiológicos y provoca espantosas sensaciones de pérdida de control de las funciones vitales e, *in primis*, de la respiración.

En las fuentes bibliográficas médicas tanto sobre la disnea como sobre la hiperventilación se hace referencia

a la ansiedad exageradamente elevada y al pánico como factores psicógenos que influyen fuertemente en su expresión en el nivel clínico. En las clasificaciones diagnósticas existe, de hecho, la definición de «disnea ansiosa», y en cuanto a la hiperventilación caracterizada por la sensación de falta de aire se hace referencia a la ansiedad generalizada en los casos crónicos, así como a los ataques de pánico en los casos agudos.

Los datos clínicos prueban, por lo tanto, la interdependencia entre la fisiología respiratoria y las reacciones psicológicas relacionadas con la percepción del miedo y sus mecanismos de activación de respuestas defensivas. Pero, a diferencia de la respuesta emocional y funcional hacia una amenaza real, la ansiedad inmotivada genera respuestas disfuncionales, ya que es precisamente el intento de inspirar la mayor cantidad de aire posible de un modo defensivo lo que, paradójicamente, produce el fenómeno de la disnea. De hecho, si se inspira más de lo debido y a ritmos acelerados, se altera el funcionamiento de la dinámica respiratoria llenando los pulmones con un exceso de aire entrante que no permite la salida del ya almacenado. La alteración produce un bloqueo y un contraste entre el aire que debe ser exhalado de modo natural y el que se inspira de manera forzada: una especie de «cortocircuito respiratorio». De ahí la sensación de ahogo, los mareos y los dolores posturales, síntomas que aumentan ese miedo que obliga al sujeto, ya en pánico, a inspirar cada vez más hasta llegar, a menudo, al desmayo. Y es la pérdida del sentido, de nuevo paradójicamente, lo que permite al organismo, que ya no está bajo el control de una conciencia aterrorizada, restablecer su propia dinámica respiratoria.



En el momento en que el sujeto se recupera, se siente roto a nivel físico y, lo que es peor, asustado a nivel psicológico, esto es, sumido en el abismo del síndrome de disnea psicógena y del pánico que esta desencadena, porque, como ya afirmó Ovidio, «quien ha naufragado teme también las aguas tranquilas».

## 1. La mecánica del pánico por asfixia autoinducida

«El miedo a un mal nos lleva a un mal peor».  
EPICURO

Tal y como se describe en el prólogo, resulta claro que los dos mecanismos, el de la respiración y el del miedo, se influyen mutuamente en una dinámica de causalidad circular que estructura una *escalation* psicofisiológica destinada a desembocar en el pánico y en una disnea concreta.

Esto significa que, a diferencia de otras formas de fobia —por ejemplo, el miedo a perder el control y cometer actos impulsivos como saltar por una ventana o matar a un hijo—, que explotan en el ataque de pánico sin ningún correlato orgánico real, en este caso ocurre una especie de complicidad en el crimen entre la fisiología orgánica y la alarma psicológica. Es decir, tanto el miedo imaginario como la dificultad respiratoria concreta pueden desencadenar la *escalation* de esas reacciones psicofisiológicas que alteran el funcionamiento espontáneo de la respiración, causando la sensación de falta de aire que induce a aumentar las inspiraciones hasta el cortocircuito de la disnea por hiperventilación.

La mecánica disfuncional y subrepticia que se crea, sin embargo, no es la consecuencia directa del tropiezo respiratorio ni del miedo, sino de la reacción a ambas sensaciones indeseadas. En resumen, es precisamente el intento de remediar el problema respirando más intensamente y a un ritmo más acelerado lo que produce el efecto paradójico de la disnea y de la sensación de asfixia. En términos estratégicos, es la solución intentada al problema surgido la que provoca su empeoramiento, hasta las consecuencias extremas.

Aldous Huxley afirma: «La realidad no es lo que nos sucede, sino lo que hacemos con lo que nos sucede». Y es precisamente el miedo desencadenado por la sensación de falta de aire lo que hace reaccionar «de manera razonable» inspirando más, al igual que es una sensación de malestar respiratorio la que puede desencadenar el miedo al ahogo, induciendo a respirar profundamente con el fin «en apariencia lógico» de tomar más aire y resolver así el problema.

Esta solución, que de hecho produce el efecto paradójico de complicar el problema en lugar de resolverlo, puede parecerles a los defensores del sentido común y del razonamiento racional algo «estúpido», ya que está claro que si introduzco aire en los pulmones de manera exagerada, sin permitir que salga el aire que ya está dentro, produzco una disnea que, a su vez, crea la sensación de ahogo y una asfixia real. Pero los defensores del sentido común olvidan que, frente a un miedo profundamente ancestral, la reacción del organismo no pasa por el razonamiento, sino que se activa de manera inmediata como respuesta de emergencia mucho antes de que la mente consciente pueda darse cuenta.

Cuando la conciencia se enciende, la mecánica paradójica ya está activada y se encuentra lidiando con el pánico y la asfixia por disnea ya en curso. Por lo tanto, la conciencia no tiene el poder de prevenir ni de desactivar la dinámica disfuncional activada mucho antes de que las luces de la mente cognitiva se den cuenta de ello.

Las neurociencias modernas han reconstruido exactamente lo que sucede cuando el individuo es asaltado por el pánico: en 2003, un grupo de investigadores del National Institute of Health de Estados Unidos mostró, gracias a las mediciones mediante tomografía computarizada, lo que sucede cuando el miedo se transforma en pánico (Nardone, 2003). El fenómeno contradictorio que se crea es el de una respuesta inmediata, en milésimas de segundo, a la alarma que se activa por un estímulo amenazante por parte de las zonas más antiguas de nuestro cerebro encargadas de combatir el peligro.

Mientras tanto, una activación paralela pero mucho más lenta estimula las zonas más recientes del cerebro, poniendo en marcha esos procesos cognitivos que perciben el fenómeno cuando este ya ha sido desencadenado por las defensas activadas, sin saberlo, por los centros del paleoencéfalo. Por lo tanto, la conciencia se encuentra no tanto con el estímulo amenazador inicial, sino con la lucha en curso entre el instinto de supervivencia y la agresión sufrida, percibida por los mecanismos más primitivos del miedo.

Hoy sabemos que la mente cognitiva tiene muy poco poder para controlar lo que está sucediendo dentro de ella. Como ha demostrado el neurocientífico estadounidense J. LeDoux (2002), la corteza cerebral tiene poco poder sobre el paleoencéfalo, es decir, la mente más anti-

gua, mientras que esta última tiene mucha influencia sobre la corteza. En otras palabras, son las percepciones/emociones las que determinan nuestras reacciones inmediatas, sobre las cuales la conciencia no tiene ningún control, también porque las descubre solo cuando ya están en curso (Nardone, 2003). Está claro que esto hace colapsar sobre sí mismas las teorías cognitivas que querían entender la conciencia y la intencionalidad como los fundamentos de nuestro actuar.

Ahora bien, por lo que a nosotros respecta, todo esto explica por qué el ser humano, frente a una alarma dirigida a la funcionalidad de su respiración natural, activa una respuesta que parece una reacción espontánea de supervivencia, como tomar aire si siente que le falta, pero que, llevada al extremo, termina creando el efecto paradójico de la asfixia autoinducida y del pánico.

Conocer la dinámica patógena que conduce al ataque de pánico, relacionado con el miedo a no respirar y morir de asfixia, nos hace comprender una serie de factores importantes útiles tanto para una terapia eficaz y eficiente, como para comprender el origen de patologías respiratorias como la hiperventilación crónica y otras problemáticas generalmente relacionadas con esta disfunción que afecta a todo el organismo.

A estos problemas les dedicaremos el próximo capítulo, mientras que en este consideramos más relevante arrojar luz sobre lo que puede funcionar o no en la terapia basándonos en las dinámicas del fenómeno evidenciadas. Más adelante, en el tercer capítulo, se expondrán las técnicas terapéuticas desarrolladas y experimentadas con éxito para esta forma de psicopatología invalidante.

## 1.1. Errores comunes en el diagnóstico y en el tratamiento

La primera deducción obtenida de la observación de nuestro problema se refiere al hecho de que su solución debe, obligatoriamente, prever la recuperación de una respiración espontánea y sana, sin más disnea ni hiperventilación y, por lo tanto, sin sensación de asfixia. Puede parecer obvio y banal, pero cuando se tratan fenómenos psicógenos, a menudo nos concentramos demasiado en la psique «olvidando» o «subestimando» la fisiología sana del organismo.

Aun cuando hoy en día la comunidad médica y psicológica está plenamente de acuerdo en el hecho de que no existe nada fisiológico que no sea también psicológico y viceversa, el ámbito de las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales tiende a no estar tan atento a lo orgánico, privilegiando lo psíquico. Sin embargo, también ocurre lo contrario: cuando el pánico por asfixia autoinducida se atribuye exclusivamente a algo fisiológico y orgánico, y se orienta la terapia exclusivamente hacia varios tratamientos de las vías respiratorias o hacia terapias farmacológicas centradas en la disfunción orgánica y no en la complicada dinámica sistémica evidenciada.

Como ya se ha aclarado, el mecanismo instintivo de la percepción/emoción/miedo puede tanto originar la falta de aire que provoca la disnea, como ser un producto que de manera retroactiva incrementa su intensidad de manera desproporcionada. De forma diferente, una terapia psiquiátrica a base de ansiolíticos y antidepresivos, aunque puede reducir la activación de la ansiedad, no es eficaz para eliminar la reacción de terror por falta de aire. Pero, sobre

todo, no es capaz de incidir mínimamente en la «mecánica de la inspiración», formada como respuesta disfuncional de supervivencia del organismo frente a la percepción de una amenaza de asfixia.

Como veremos en detalle más adelante, este paso requiere una verdadera reeducación de la respiración a través de ejercicios particulares combinados con una buena dosis de sugestión que permita su observancia.

Entre los errores terapéuticos más comunes, incluso después de un diagnóstico correcto, se encuentra el enfoque terapéutico explicativo seguido de indicaciones directas relacionadas con el tratamiento. Es decir, una terapia psicológica basada en los aspectos cognitivos, que prevea explicar al paciente las características del problema invitándolo a cambiar voluntariamente sus reacciones psicofisiológicas disfuncionales. Lo que equivale a pretender, contrariamente a lo demostrado, que el sujeto pueda controlar de manera consciente sus reacciones más paleoencefálicas.

No es casualidad que el mito psicológico de la conciencia y de los procesos cognitivos, como Olimpo supremo del control de nuestras acciones y de nuestros pensamientos, sobreviva a las innumerables pruebas científicas del hecho de que más del 80 % de nuestras actividades vitales y psicológicas ocurre por debajo del nivel de la conciencia (LeDoux, 2002; Koch, 2012). Ni siquiera las pruebas empíricas derivadas de la práctica clínica y que muestran la ineficacia de los esfuerzos de voluntad consciente frente a todas las psicopatologías con una sintomatología compulsiva —es decir, las psicopatologías en las que el sujeto tiene reacciones no mediadas por el control consciente, como en el caso ejemplar del pánico y de las obsesiones

compulsivas— logran socavar esta convicción teórica que está en la base de la mayoría de las formas de psicoterapia (Nardone y Salvini, 2013).

La idea, puramente filosófica, de que conocer algo significa también tener dominio sobre ello está tan arraigada en la cultura occidental que representa una especie de indiscutible postulado matemático; los efectos perjudiciales de esta convicción, constantemente desmentida por los hechos (Nardone, 2017), se pueden encontrar en cualquier ámbito de la acción humana, pero se vuelven particularmente peligrosos cuando están dentro de disciplinas, como la psicología y la medicina, que se aplican a la solución de problemas y a garantizar la salud de los seres humanos.

La ilusión de un control consciente sobre todas las funciones de nuestro organismo ha fascinado siempre al ser humano, llevándolo a elaborar estrategias y técnicas de control mental sobre sus reacciones. Si esta elaboración ha dado frutos importantes en el rendimiento de los *performers* en ámbitos como el deporte, el arte, la gestión, las ciencias, etcétera, cuando se aplica a la patología, en particular la psicológica, los resultados van en la dirección opuesta.

Y también en el ámbito de la ciencia de la *performance*, lo que eleva el rendimiento es lo que se ha definido como «inconsciencia educada» (Nardone y Bartoli, 2019), es decir, aprender a potenciar las propias capacidades de actuar en estado de «trance performativo»: un estado mental en el que el sujeto, mediante un entrenamiento prolongado, logra liberar todos sus recursos gracias al bloqueo de los procesos de control consciente (Nardone y Bartoli, 2019).

Pero volvamos al fenómeno de la sensación de asfixia autoinducida por la sensación de falta de aire y su desen-