

**TRASTORNOS DE ANSIEDAD
GUIA PRACTICA PARA
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

Dr. J. Américo Reyes-Ticas

“La ansiedad no es necesariamente mala, porque también puede llevar a la persona al conocimiento de su propio ser”

Filósofos del siglo XX

Vaas

Dedicatoria:
A mi esposa Maria de los Ángeles,
a mis nietos Liliana Maria, Ana Lilia y Mario David,
y muy especialmente a mis hijos Maria de los Ángeles y Jesús Américo
por su valiosa colaboración.

INDICE

PROLOGO	5
I. INTRODUCCION	8
II. CONCEPTO DE ANSIEDAD	10
III. NEUROBIOLOGIA DE LA ANSIEDAD	16
IV. ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	29
V. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	33
VI. RECONOCIMIENTO Y EVALUACION DEL PACIENTE CON ANSIEDAD	35
VII. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	46
VIII. TRASTORNO POR PANICO	58
IX. TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO	68
X. TRASTORNOS FOBICOS	73
XI. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	87
XII. TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO	98
XIII. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO	108
XIV. TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO	119
XV. SINDROME DE ANSIEDAD Y ENFERMEDAD MEDICA	126
XVI. SINDROME DE ANSIEDAD Y DISFUNCION SEXUAL	131
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	132

PROLOGO

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es sinónimo de congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región de la geografía corporal. Implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto.

Se afirma a menudo que el tipo de vida de la sociedad actual tecnológica, urbanizada y competitiva genera mucha ansiedad. Sin embargo ansiedad ha habido siempre en toda época. Es impensable la vida sin ella. Cierta grado de ansiedad está presente en nuestras vidas cotidianas. Existe una ansiedad normal, ligada a las situaciones que vivimos, que cumple una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas. Sin embargo, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los límites aceptables. En tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo.

En términos generales, la ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal. Por el contrario, la ansiedad patológica, elemento nuclear de los trastornos de ansiedad, es desproporcionada con las situaciones o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. Es más corporal. Compromete el funcionamiento del individuo provocando un déficit funcional y un malestar que impulsa frecuentemente al sujeto a pedir ayuda médica.

Durante las tres últimas décadas , hemos sido testigos del considerable progreso que ha tenido lugar en el tratamiento y comprensión de los trastornos de ansiedad, que son los más comunes de todas las enfermedades psiquiátricas. Claramente nuestros horizontes se amplían rápidamente , la neuroquímica abre puertas esperanzadoras, la genética y la imaginería cerebral están descifrando los complejos entresijos de la fisiopatología de la ansiedad y la psicofarmacología nos brinda nuevas moléculas con

mecanismos innovadores y fácil manejo. Estos avances han posibilitado también las intervenciones eficaces no solo por parte del especialista sino también del médico de atención primaria y en general del médico no psiquiatra que constituye realmente el principal interlocutor del paciente con alteraciones emocionales y que debe estar capacitado no solo para comprender y identificar los trastornos emocionales de su clientela sino además para comprometerse en una auténtica actividad terapéutica.

Sin embargo, los estudios epidemiológicos demuestran una cruel paradoja. Al mismo tiempo que avanzan nuestros conocimientos y mejora la eficacia de los medios de tratamiento, se constata que un alto porcentaje de las personas que padecen trastornos emocionales no son identificados y, por consiguiente, no reciben tratamiento adecuado ni se benefician de los avances de la investigación en este campo. En el estudio realizado por la O.M.S. sobre los problemas psicológicos de los médicos de atención primaria, realizado en centros de 14 países, se constató una prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada del 12 % de las primeras consultas. No obstante, a pesar de esta tremenda morbilidad, los trastornos de ansiedad son infradiagnosticados y no tratados adecuadamente. Cerca de la mitad de los pacientes del estudio internacional, afectos de un trastorno de ansiedad, no fueron identificados por los médicos de familia.

Evidentemente se requieren más esfuerzos educativos para reducir esta brecha. En este ámbito se sitúa este libro cuyo propósito es ayudar al médico de atención primaria a alcanzar un mejor conocimiento diagnóstico y terapéutico de la ansiedad patológica, asociada o no a patología no psiquiátrica. La calidad de esta obra está garantizada por la amplia experiencia clínica y docente que cuenta su autor y por su decidida apuesta por una psiquiatría sólidamente basada en el rigor de los datos clínicos.

El libro, que responde acertadamente a su título “Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad”, se apoya en una presentación cómoda, agradable y eficaz. El contenido escrito de forma sencilla y accesible, cubre ampliamente todo el campo de información, desde la etiopatogenia al tratamiento, que el médico debe conocer para enfrentarse con éxito con su paciente ansioso. Creo que es un acierto, la

inclusión de fichas clínicas en la presentación de cada uno de los diversos trastornos de ansiedad y la frecuente utilización de algoritmos para presentar el material didáctico. Exponer secuencialmente el conjunto de operaciones y procedimientos que deben seguirse para resolver el problema tanto diagnóstico como terapéutico que plantea el paciente ansioso, facilitará sin duda la comprensión del caso y el aprendizaje inductivo reduciendo la frecuencia de error en la valoración clínica.

Las manifestaciones clínicas y el diagnóstico diferencial con otros trastornos relacionados y comórbidos descritos con claridad en los capítulos XIV y XV adquieren toda su importancia si se tiene en cuenta que es con esta realidad con la que se va a encontrar el clínico para plantearse con posterioridad una intervención terapéutica adecuada.

En síntesis, se trata de un libro que será de gran utilidad para ayudar al médico de atención primaria, al internista y a cualquier especialista médico que se enfrenta cotidianamente con una de las principales fuentes de discapacidad y sufrimiento humano.

José Luis Ayuso Gutiérrez

Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense,
Vice-Presidente de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son tan frecuentes en atención primaria que se calcula que uno de cada diez pacientes que se atienden diariamente lo presentan. De hecho son más comunes que la diabetes.

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad presenta algunas dificultades puesto que el cuadro clínico muestra en primer plano una sintomatología somática, mientras las quejas psíquicas solo logran aflorar cuando el médico las pesquisa. Otras veces el trastorno esta subyacente en una enfermedad orgánica o psiquiátrica.

Por otro lado, las personas que padecen sintomatología ansiosa, aún cuando les provoca sufrimiento y discapacidad están temerosas de hablarlo con el profesional de salud por que suele considerarle como producto de una debilidad de carácter. Sin embargo, todo médico puede diagnosticar y tratar estos trastornos sin recurrir a técnicas sofisticadas; solo se requiere de una buena relación medico-paciente, escuchar con atención, preguntar diligentemente e indicar medidas educativas, farmacológicas y psicosociales sencillas.

La ansiedad representa un papel importante en la clínica ya que puede influir en el resultado final de practicamente todas las enfermedades médicas. Por ello es importante que todos los profesionales de la salud se familiaricen con el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad.

El reconocer la ansiedad en los pacientes que asisten al consultorio aumenta la capacidad del médico para dar una atención total a su paciente. El conocimiento de los mecanismos subyacentes ofrece una base científica el tratamiento.

El objetivo de ésta monografía va acorde con la estrategia de que para enfrentar los trastornos de ansiedad como problema de salud pública se requiere que el profesional de

salud tenga en sus manos una herramienta de diagnóstico y tratamiento de fácil aplicación.

El texto cuenta con una primera parte en la que se discuten los elementos conceptuales, las bases neurobiológicas y psicosociales involucrados en la ansiedad. Se revisa además, la epidemiología de los trastornos de ansiedad y se dan las técnicas generales para reconocerlos y tratarlos. La segunda parte es completamente clínica y tiene cuatro componentes:

1. Un resumen sobre el trastorno de ansiedad, en la que el lector puede conocer rápidamente los elementos básicos para el diagnóstico y tratamiento.
2. Descripción de un caso clínico sobre el trastorno de ansiedad.
3. Pautas para el diagnóstico de cada uno de los trastornos de ansiedad.
4. Pautas para el tratamiento.

Al final del texto se describe brevemente la relación del síndrome ansioso con enfermedades médicas generales y con disfunción sexual.

II. CONCEPTO DE ANSIEDAD

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

En el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.

Ansiedad y angustia. Ansiedad es "angstgefühl" en alemán, "anxiété" en francés, "anghien" en griego, "anxietas" en latín, "ansieta" en italiano, "ansiedade" en portugués, "anghien" en griego, "anxiety" o "anguish" en inglés.

Ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo (Diccionario de la Real Academia)".

CUADRO 1

EXPRESIONES FOLKLORICAS DE LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD

ANSIEDAD COMO SINTOMA

- "Nervios"
- "Ansias"
- "Silicio"

ATAQUES DE PANICO

- "Ataque de nervios"
- "Requintamiento de nervios"
- "Desatino"
- "Se me hiela la sangre"

SINTOMAS SOMATICOS DE ANSIEDAD

- "Pasionsita" (opresión precordial u occipital)
- "Dolama" (dolor muscular difuso con características tensionales)
- "Dolor de cerebro" (nucalgia)

Angustia viene de "anxius" y de "angor" y se relaciona con "opresión, ahogo, estrechez que se siente preferentemente en la región precordial o abdominal" (Vallejo Najera). Actualmente y específicamente con la edición de las clasificaciones del CIE-10 y DSM-IV, ansiedad y angustia se consideran sinónimos.

No obstante estas consideraciones, algunos autores opinan que debe mantenerse la diferencia, dejando ansiedad vinculada a conflictos actuales (reacción de ansiedad) o

pasados (neurosis de ansiedad) y angustia cuando es de origen endógeno, biológico o "vital".

Estrés y ansiedad. En relación a estrés, debemos saber que "stress" es una palabra inglesa que significa carga y "strain" tensión o esfuerzo. Selye, por no tener un buen conocimiento del inglés tomó equivocadamente la palabra "stress" en lugar de "strain" para designar la reacción fisiológica de un organismo ante cualquier demanda. Cuando quiso rectificar ya el vocablo "stress" se había impuesto y tuvo que acuñar el neologismo "stressor" para designar en el léxico médico el factor demanda o amenaza.

Selye definió el estrés como la respuesta del organismo a contrarrestar o prevenir las amenazas, es decir, a conseguir la homeostasis; mientras Lazarus, la consideró como factor de riesgo al conceptualizarla como "las exigencias impuestas a un individuo que agotan o rebasan la capacidad de adaptación".

En el estrés es indispensable un estresor (demanda, amenaza) y en la ansiedad no. La ansiedad puede formar parte del estrés integrando la respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona cuando no puede superar una demanda. El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo a la expectativa de ganar o perder la competencia.

Ansiedad y miedo. En psiquiatría ansiedad se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona. En el miedo existe similar respuesta fisiológica que la ansiedad, pero se diferencia en que hay una causa, un peligro real, conciente, externo, que está presente o que amenaza con materializarse (Kaplan).

Significados clínicos de ansiedad. En la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

CUADRO 2

DIFERENTES SIGNIFICADOS DE ANSIEDAD

ANSIEDAD Y ANGUSTIA: Vocablos sinónimos.

ESTRES Y ANSIEDAD: El estrés es siempre la respuesta a un estresor, en tanto que ansiedad puede ser parte del estrés o ser un trastorno independiente.

ANSIEDAD Y MIEDO: Ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real.

ANSIEDAD COMO SENTIMIENTO: Experiencia subjetiva normal.

ANSIEDAD COMO SINTOMA: La ansiedad es un síntoma psicológico que aparece en diferentes enfermedades psiquiátricas.

ANSIEDAD COMO SINDROME: Conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales asociado a distintas etiologías.

ANSIEDAD COMO ENFERMEDAD: Es un trastorno primario, con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.

1. Ansiedad como sentimiento es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
2. Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no se que", etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión.

3. Ansiedad como síndrome (Cuadro 3) es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.
4. La ansiedad como enfermedad es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, etc.).

CUADRO 3

SINDROME GENERAL DE ANSIEDAD

SINTOMAS MOTORES

- Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- Tensión o dolorimiento de los músculos.
- Inquietud.
- Fatigabilidad fácil.

SINTOMAS DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Micción frecuente.
- Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta".

SINTOMAS DE HIPERVIGILANCIA

- Sensación de que va a suceder algo.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Dificultad para concentrarse o "mente en blanco".
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Irritabilidad.

III. NEUROBIOLOGIA DE LA ANSIEDAD

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus.

Para una mejor comprensión sobre las bases neurobiológicas de la ansiedad describiremos las estructuras anatómicas y mecanismos químicos involucrados en la ansiedad.

ESTRUCTURAS NEUROANATOMICAS DE LA ANSIEDAD

1. LA AMIGDALA

Es una estructura idealmente localizada en el lóbulo temporal para coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad. Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens (implicado en el condicionamiento de recompensa), núcleos de la estría terminalis (vía importante del factor liberador de corticotropina asociado al condicionamiento), hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (importante para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa). Como se puede deducir, las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculoesqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. La amígdala sería también un centro regulador, evaluando los informes exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de

alarma (Goddard A., Charney D.). Su función estaría mediada por receptores noradrérgicos, benzodicepínicos y 5HT-1A.

2. LOCUS CERULEUS

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodicepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador. Recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo. La información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigantocelularis y el núcleo prepositus hipogloso. La información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica (proyecciones glutamatérgicas). El locus ceruleus envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad (Goddard A., Charney D.). Por todo esto se convierte en un centro importantísimo de respuesta ante cambios del medio interno y externo. Se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estomago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos.

3. TALAMO

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico.

4. HIPOTALAMO

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado

en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés.

5. SUBSTANCIA GRIS PERIACUEDUCTAL

Parece estar ligada a la respuesta al miedo. Un peligro inminente (el ataque de un animal) es transmitida desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la sustancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor (el animal rondando) provoca un comportamiento de "congelamiento" por la vía de la sustancia gris periacueductal ventrolateral (Goddard y Charney).

6. HIPOCAMPO

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla.

7. CORTEZA ORBITOFRONTAL

Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas. La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional.

CUADRO 4

ESTRUCTURAS NEUROANATOMICAS QUE PARTICIPAN EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. AMIGDALA
2. LOCUS CERULEUS
3. TALAMO
4. HIPOTALAMO
5. SUBSTANCIA GRIS PERIACUEDUCTAL
6. HIPOCAMPO
7. CORTEZA ORBITO-FRONTAL

MODELO NEUROANATOMICO DE LA ANSIEDAD

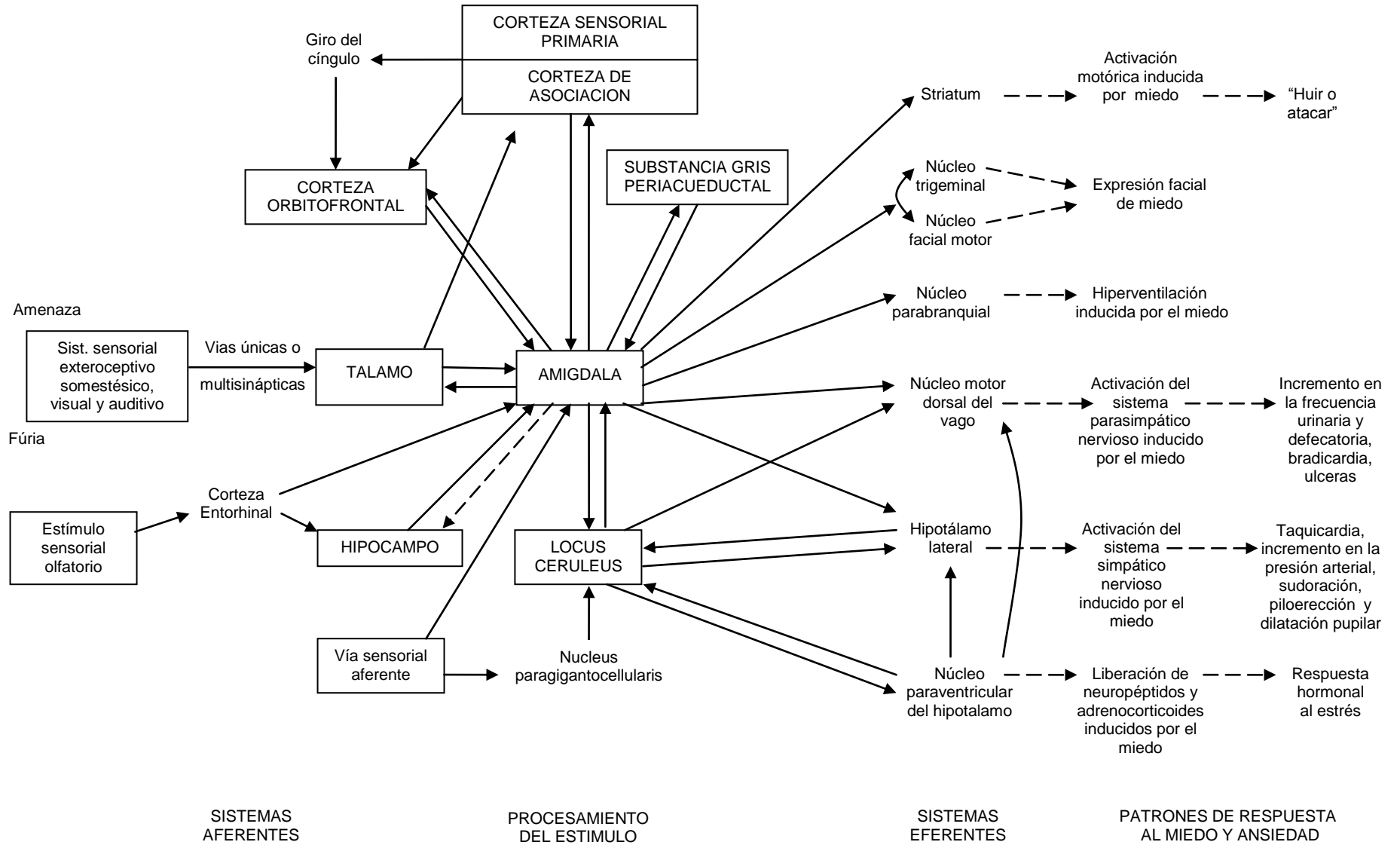
En la ansiedad participan estructuras corticosubcorticales (Cuadro 5) de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras da lugar a las siguientes reacciones:

1. Con el striatum hay a una activación motoresquelética para "huir o atacar".
2. Con el núcleo parabrancial se aumenta la frecuencia respiratoria.
3. Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
4. Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.

5. Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
6. Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
7. Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad (Goddard y Charney).

CUADRO 5

MODELO NEUROANATOMICO DE LA ANSIEDAD (Y MIEDO)



MECANISMOS NEUROBIOLOGICOS INVOLUCRADOS EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

A. HIPERACTIVIDAD ADRENERGICA

Numerosos estudios avalan el protagonismo del sistema noradrenérgico en la neurobiología de la ansiedad:

1. La estimulación eléctrica del locus ceruleus en el mono provoca reacción de miedo similar a la que tiene lugar durante la exposición a la amenaza real en el hábitat natural.
2. Niveles altos de noradrenalina, adrenalina y sus metabolitos se han encontrados en sujetos sanos luego de un estrés emocional. Los síndromes de abstinencia de opiáceos y alcohol, así como la abrupta suspensión de antidepresivos se asocian a sintomatología ansiosa intensa y aumento del metohidroxifenilglicol (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y en la orina.
3. La yohimbina es una droga que bloquea los alfa-2 adrenerreceptores presinápticos lo que produce un aumento en la liberación de noradrenalina. Si la yohimbina se administra a pacientes con trastornos por pánico les causa ataques de pánico, a la vez que les produce elevación de la presión arterial, taquicardia y aumento de los niveles de MHPG y cortisol. Por otro lado la clonidina un agonista alfa-2 adrenérgico, reduce la actividad del locus ceruleus y es capaz de bloquear los ataques de pánico en pacientes con trastorno por pánico. Ambos hechos evidencian una anomalía adrenérgica en la etiología del trastorno por pánico.
4. En la fobia social se encuentra una hipersensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos. Los síntomas de ansiedad que se presentan en este trastorno incluyen sudoración, enrojecimiento de la cara y temblor, que están mediados por la activación de de receptores beta-adrenérgicos periféricos. El uso de beta-bloqueadores ayudan al control de estos síntomas (Shiloh, Nutt, Weizman).
5. El isoproterenol, un selectivo agonista beta-adrenérgico cerebral, provoca ataques de pánico en pacientes que adolecen de trastorno por pánico. Fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina tienen efecto panicolítico demostrado y

su mecanismo sería a través de provocar una "down regulation" de los receptores beta-adrenérgicos (Shiloh, Nutt, Weizman).

6. Animales expuestos a estrés severo en lo que se ha llamado "modelo de estrés inescapable" (perros sometidos a shock eléctricos manteniéndose sujetos sin oportunidad de escapar, al dejarlos libres, recibiendo nuevas cargas eléctricas, los animales no intentan escaparse) provoca masiva liberación de noradrenalina en el locus ceruleus y amígdala, que puede ser prevenida con el uso de clonidina, etanol, opiáceos y benzodiacepinas. Este modelo ha dado muchas luces en el estudio de pacientes con trastorno de estrés postraumático, quienes presentan sintomatología ansiosa severa, aprendizaje de comportamientos maladaptativo y la preferencia de estos pacientes a abusar precisamente de las sustancias antes mencionadas.
7. Hipersensibilidad de quimiorreceptores. El hecho que el lactato provoque en el trastorno por pánico una exagerada respuesta de ansiedad y no así en la fobia social y que el CO₂ induzca ataques de pánico en los dos trastornos, pero con menor intensidad y frecuencia en la fobia social, plantea la posibilidad de una hipersensibilización diferente de los quimiorreceptores para ambas enfermedades, que provocaría una hiperactivación de locus ceruleus (Shiloh, Nutt, Weizman).

B. HIPOSENSIBILIDAD DE LOS RECEPTORES GABA-BENZODICEPINICOS

Hay dos tipos de receptores GABA, el A y el B. El GABA-A es un complejo receptor macromolelcular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodiacepínicos. Abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza. Cuando el receptor GABA-A es activado se incrementa el flujo de cloro, disminuyendo la excitabilidad neuronal y finalmente provocando una acción inhibitoria. El receptor GABA-B es presináptico y al ser estimulado inhibe la liberación de GABA y algunos aminoácidos excitatorios.

Las benzodiacepinas y el etanol, con demostrado efecto ansiolítico, se unen al receptor benzodiacepínico, el cual está localizado en la subunidad alfa del receptor GABA-A. El

ácido valproico, es un fármaco GABAérgico que ha demostrado efectividad en el manejo de los trastornos por pánico.

En los pacientes con trastorno por pánico presentan ataques de pánico al administrarle flumazenil, un antagonista de los receptores benzodiazepínicos; a la vez, éstos pacientes son menos sensibles al diazepam, sugiriendo una hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiazepínicos a nivel del locus ceruleus (Shiloh, Nutt, Weizman).

C. DISFUNCION SEROTONINERGICA

Existen muchas investigaciones que comprueban la participación de la serotonina en la génesis de los trastornos de ansiedad, especialmente en los trastornos por pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo y la más clara evidencia es la efectividad terapéutica de los inhibidores de la recaptura de serotonina en estos trastornos.

Aunque la serotonina ciertamente juega un papel importante en la ansiedad, en éste momento es difícil especificar si el problema es un déficit o un exceso de este neurotransmisor o se trata de una alteración en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos (5HT 1A, 2A, 2C, 1D vinculados con la ansiedad), que al estar ubicados en distintas regiones del cerebro daría lugar a una variedad de alteraciones. En seguida damos a conocer las investigaciones que al respecto se han hecho y los posibles mecanismos neuroquímicos involucrados en la producción de los trastornos de ansiedad.

1. HIPERACTIVIDAD SEROTONINERGICA

- a. Hipersensibilidad de los receptores 5HT. Sustancias como la fenfluramina, agonista serotoninérgico y la m-clorophenilpiperazina (m-CPP), un agente liberador de serotonina, provocan ansiedad en pacientes con trastorno por pánico. En este trastorno se piensa que existe una hipersensibilidad de los receptores 5-HT_{1D}, que tienen efecto inhibitorio de las neuronas GABAérgica y consecuentemente estimula la actividad de locus ceruleus. Sin embargo,

investigaciones realizadas en la fobia social, utilizando la fenfluramina y la m-CPP se demuestran más bien una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2 y no de los 5-HT-1. Al administrarse fenfluramina y m-CPP en pacientes con fobia social se provoca ansiedad, pero no se afecta la liberación de prolactina, que está bajo la responsabilidad de los receptores 5HT-1. Estas variantes podrían ser explicadas a la luz de diferencias de los subtipos de los receptores serotoninérgicos (ej. 5HT-1A, 5HT-1B, 5HT-1D, 5HT-2A, 5HT-2C, etc.) (Shiloh, Nutt, Weizman).

Algunas investigaciones sugieren que en el trastorno de ansiedad generalizada existe una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2A y 5HT-2C, ya que antagonistas de los primeros como la amitriptilina y la clomipramina y desensibilizadores de los segundos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la MAO, utilizados a largo plazo, tienen efectos ansiolíticos (Nutt, Argyropoulos).

- b. Hiperactividad serotoninérgica en la corteza prefrontal. En los pacientes con ansiedad se sospecha también una "down regulation" de los receptores presinápticos 5-HT_{1A} de la corteza prefrontal, que provocaría un aumento en la liberación de serotonina que induce un efecto inhibitorio sobre las proyecciones GABAérgicas que va de la corteza al locus ceruleus, provocando un "encendido" de éste. El uso a largo plazo de un ansiolítico como la buspirona, un parcial agonista de los receptores pre y postsinápticos de 5-HT_{1A}, produce una "up regulation" presináptico produciendo una disminución de la liberación de serotonina en el espacio intersináptico y también porque parcialmente inhibe la unión de la serotonina a su receptor post- sináptico. Cuando referimos que la buspirona es un agonista parcial queremos decir que tiene cierta actividad agonista, pero menos eficaz que el ligando estimulante natural, en este caso la serotonina. La buspirona al ocupar el receptor postsináptico desplaza o inhibe la unión de la 5-HT con los receptores, disminuyendo la estimulación. En consecuencia, la buspirona, al disminuir la

actividad serotoninérgica hace que se libere GABA y por lo tanto inhiba al locus ceruleus (Shiloh, Nutt, Weizman).

2. HIPOACTIVIDAD SEROTONINERGICA

Existe una proyección de neuronas serotoninérgicas del rafe al locus ceruleus, que ejercen sobre él un efecto inhibitorio (Antón-Dones y col.). Una anormal disminución de la actividad serotoninérgica daría lugar a una activación del locus ceruleus y por ende a la producción de síntomas de ansiedad. Se ha demostrado también una disminución de los niveles de serotonina en el plasma y en líquido cefalorraquídeo en trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada (Ayuso) y fármacos que aumentan la serotonina como los IRSS son efectivos en la mayoría de trastornos de ansiedad.

3. LA SEROTONINA CON EFECTO ANSIOGENICO Y ANSIOLITICO

Graeff y colaboradores han propuesto que existen al menos dos distintas vías involucradas en la ansiedad, que tienen efectos opuestos. Una, es la vía ascendente que va de los núcleos dorsales del rafe a la amígdala y la corteza prefrontal que provoca el miedo condicionado y la otras que va de los núcleos dorsales del rafe a la sustancia periacueductal que inhibe el miedo no condicionado. En la primera, una hiperactividad serotoninérgica sería responsable de la fobia social y un déficit en la segunda, del trastorno por pánico. En la primera la serotonina es ansiogénica y en la segunda ansiolítica. El efecto final de los inhibidores de la recaptura de serotonina dependería entonces de la relativa importancia de cada vía en la etiología de los trastornos de ansiedad (Shiloh, Nutt, Weizman).

4. DESBALANCE SEROTONINA/DOPAMINA

En condiciones normales la serotonina estimula los heterorreceptores 5-HT_{1D}, 5HT_{2A}, 5HT_{2C} localizado en las fibras nerviosas dopaminérgicas, con la consecuente inhibición de la liberación de dopamina del botón presináptico hacia el espacio intersináptico. Se asume un estado de hiposerotoninergia en el trastorno

obsesivo-compulsivo que provoca un aumento de dopamina en el espacio intersináptico en la conexión de las fibras de los núcleos del rafe a las fibras dopaminérgicas de la sustancia negra (con sus conexiones de ganglios basales) que da lugar a los síntomas compulsivos, y que por su vinculación con la corteza prefrontal, a través del cíngulo, produce los síntomas obsesivos (Shiloh, Nutt, Weizman).

D. DISFUNCION DOPAMINERGICA

Existen evidencias indirectas de que en la fobia social hay una disminuida actividad de dopamina:

1. Efectividad de fármacos dopaminérgicos como el bupropión en su tratamiento.
2. Desarrollo de síntomas de ansiedad social después de tratamiento con agentes bloqueadores de dopamina.
3. Mayor frecuencia de trastornos de fobia social en la enfermedad de Parkinson.
4. Baja actividad dopaminérgica en ratones "tímidos" (Shiloh, Nutt, Weizman).

E. DISFUNCION DEL FACTOR LIBERADOR DE CORTICOTROPINA

El factor liberador de corticotropina (CRF) se encuentra distribuido en amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, cíngulo, locus ceruleus, tálamo, sustancia periacueductal y cerebelo, todas ellas implicadas en el estrés. La inyección intravenosa de CRF provoca ansiedad y aumenta la actividad del locus ceruleus. La inyección de CRF en la amígdala produce miedo intenso. La administración de CRF aumenta la actividad noradrenérgica y viceversa. Estos hallazgos son indicativos de la participación del CRF en los trastornos de ansiedad.

F. HIPERSENSIBILIDAD DE LOS RECEPTORES DE LA COLECISTOQUININA

Este neurotransmisor interactúa extensamente con los sistemas GABAérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos y se piensa que juega un rol de modulación en la

ansiedad. Inyecciones de pentagastrina, un agonista del receptor de colecistoquinina de tipo B, en pacientes sufriendo de ansiedad generalizada induce ataques de pánico, mayor que los controles sanos, pero menor que en pacientes con trastorno por pánico (Nutt, Argyropoulos, Forshall).

CUADRO 6

MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNO DE ANSIEDAD

1. HIPERACTIVIDAD ADRENERGICA

- a. Aumento de la liberación de noradrenalina por el locus cerúleus.
- b. Hipersensibilidad de los receptores B-adrenérgicos.
- c. Hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiazepínicos.
- d. Hipersensibilidad de quimiorreceptores del lactato y del CO₂.

2. DISFUNCION SEROTONINERGICA

- a. Hipersensibilidad de los receptores 5HT del locus ceruleus.
- b. "Down regulation" de los receptores 5HT₁ presinápticos de la corteza prefrontal.
- c. Hiperactividad serotoninérgica de la vía rafe- amígdala-corteza prefrontal.
- d. Hipoactividad serotoninérgica: vía rafé -substancia gris periacueductal.
- e. Disminución de los niveles de serotonina en LCR.

3. DISFUNCION DOPAMINERGICA

- a. Hiperactividad dopaminérgica a través de una hiposerotoninergia en la vía rafé-substancia gris en los trastornos obsesivos compulsivos.
- b. Hipoactividad dopaminérgica (evidencias indirectas) en la fobia social.

4. HIPERACTIVIDAD DEL FCR

5. HIPERSENSIBILIDAD DE LOS RECEPTORES DE COLECISTOQUININA

IV. ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

FACTORES BIOLÓGICOS

PREDISPOSICION GENETICA

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (DSM; IV).

FACTORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

FACTORES TRAUMATICOS

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

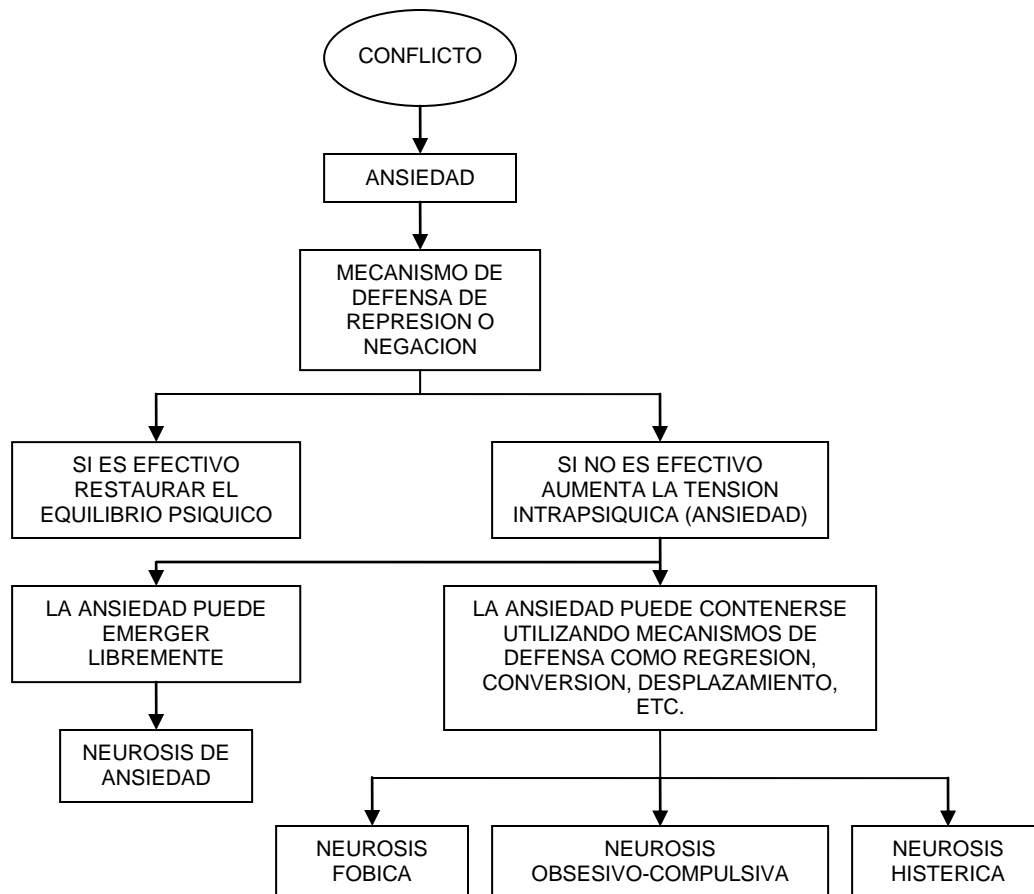
FACTORES PSICODINAMICOS

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivocompulsivos (Kaplan).

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez-Barquero).

CUADRO 7

ESQUEMA PSICODINAMICO DE LAS NEUROSIS DE ANSIEDAD



FACTORES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso

de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores (Vásquez-Barquero).

CUADRO 8

FACTORES NO BIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. ESTRESORES PSICOSOCIALES
2. ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS EXTRAORDINARIOS
3. CONFLICTOS INTRAPSIQUICOS
4. PATRONES COGNITIVOS NEGATIVOS
5. CONDICIONAMIENTO

V. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo mas frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1 (Kessler). Del 5 al 12% de los pacientes atendidos en atención primaria (Kessler) y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados (Costa Silva) tienen algún tipo de trastorno de ansiedad.

CUADRO 9

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA POBLACION GENERAL (DSM-IV)

	GLOBAL (%)	ANUAL (%)
TRASTORNO DE PANICO	1.5-3.5	1-2
TRASTORNO DE AGORFOBIA *	0.6	
TRASTORNO FOBICO ESPECIFICO	10-11.3	9
TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL	3-13	
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	2.5	1.5-2.1
TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO	1-14	
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	5	3

* Fuente: Vasquez-Barquero(1998)

En relación al trastorno de estrés postraumático, en poblaciones de riesgo se encuentra una prevalencia entre un 3 a un 58% (DSM-IV). En el caso de trastorno de estrés agudo no se tienen estadísticas y lo referente al trastorno de adaptación de tipo ansioso se sabe que corresponde al 13.5% del total de trastornos psiquiátricos atendidos en atención primaria (Vázquez-Barquero).

En Honduras la prevalencia de trastornos de ansiedad en 33 comunidades es la siguiente: Agorafobia 6.7%, fobia social 6%, ansiedad generalizada 4.1%, trastorno de estrés postraumático 2.7%, trastorno obsesivo compulsivo 2.2 % y trastorno por pánico 1.1% (Reyes-Ticas y col. 2001)

VI. RECONOCIMIENTO Y EVALUACION DEL PACIENTE CON ANSIEDAD

¿CUAL ES LA CLAVE PARA RECONOCER LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD?

Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es menester que el profesional de salud considere los siguientes aspectos:

1. Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad.
2. Que la queja mas frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico.
3. Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromiálgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen mas probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo.

¿CUALES SON LAS FORMAS CLINICAS MAS FRECUENTE COMO SE PRESENTAN AL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA LOS PACIENTES CON ANSIEDAD?

Las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas:

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia.
- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, nauseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Mareos.
- Sudoración.

También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas:

- Preocupación excesiva.

- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos.
- Irritabilidad.
- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control).
- Nerviosismo, sobresaltos.

CUADRO 10

**MOLESTIAS SOMATICAS FRECUENTES DE LOS TRASTORNOS
DE ANSIEDAD EN ATENCION PRIMARIA**

1. CEFALEA
2. DOLOR Y TENSION MUSCULAR DIFUSA
3. MOLESTIAS TORACICAS
4. MOLESTIAS DIGESTIVAS
5. DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO
6. MAREOS
7. SUDORACION

CUADRO 11

QUEJAS PSIQUICAS FRECUENTES DE LOS TRATORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCION PRIMARIA

1. PREOCUPACIÓN EXCESIVA
2. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE
3. OLVIDOS
4. SENSACIÓN DE QUE ALGO GRAVE PUEDA SUCEDERLE
5. NERVIOSISMO
6. IRRITABILIDAD
7. SOBRESALTOS

¿CUALES SON LOS PASOS A SEGUIR PARA HACER EL DIAGNOSTICO?

PASO 1 - Escuchar

Conceder al paciente el tiempo necesario para que describa los síntomas, las circunstancias en que aparecen, los factores que la agravan, la evolución y lo que el cree que le está pasando. Se sabe que el médico de atención primaria solo concede al paciente un promedio de 18 segundos antes de interrumpirle la entrevista, pero también se conoce que si se le deja hablar libremente al paciente su intervención no dura más de 5 minutos.

PASO 2 - Preguntar

En la primera parte ya ha podido detectar síntomas somáticos que se describe en forma difusa pero con mucha aprensión. Una vez que ha escuchado al paciente y generado sus primeras hipótesis, obtenga información adicional. "Cuénteme un poco mas sobre las

molestias del pecho y del estomago". "¿En que circunstancias se le agravan o disminuyen?", "¿Esta afrontando problemas, familiares, académicos, laborales o económicos?", "¿Ha sido visto por otros médicos por lo mismo?", "¿Que medicamentos toma?", "¿Estos síntomas son continuos o vienen en forma de crisis sin causa aparente?", "¿Tiene algún familiar cercano padezca de lo mismo o parecido a lo que usted tiene?". Recordar que el paciente deja temas importantes cuando ha logrado tener confianza con el médico, así que no deberá olvidar hacer las siguientes preguntas: "¿Hay alguna cosa mas que me quiera comentar?", "¿Que cree usted que le está pasando?". Los pacientes que no padecen de trastornos de ansiedad comunican en forma típica pocos síntomas.

CUADRO 12

PASOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNO DE ANSIEDAD

1. ESCUCHAR

Escuchar la descripción que hace el paciente de sus síntomas

2. PREGUNTAR

Preguntar sobre la evolución, estresores y patrón de síntomas

3. EVALUAR

Realizar el examen mental

4. EXPLORAR

Hacer un examen físico

5. INFORMAR

Si existen síntomas de ansiedad, informar de la posibilidad de un trastorno de ansiedad. Evite decir "no tiene nada"

6. CONCLUIR

Revisar todos los hallazgos y establecer el diagnóstico específico

PASO 3 - Evaluar

Realizar el examen mental y hacer hincapié en buscar un estado de intranquilidad, nerviosismo, movimientos estereotipados, discurso apresurado, habla entrecortada, labilidad afectiva, ansiedad y tristeza. Investigar que pensamientos negativos preceden a las crisis. Explorar la presencia de ideas fóbricas, hipocondríacas, obsesiones, compulsiones y temores.

PASO 4 - Explorar

Realizar un examen físico buscando enfermedades coexistentes y el efecto de la ansiedad en los órganos y sistemas. La exploración física tranquiliza al paciente al comprobar que sus preocupaciones se toman en serio. Es oportuno ordenar las pruebas de laboratorio indicadas para el patrón de quejas y preocupaciones del paciente y para los hallazgos físicos.

PASO 5 - Informar

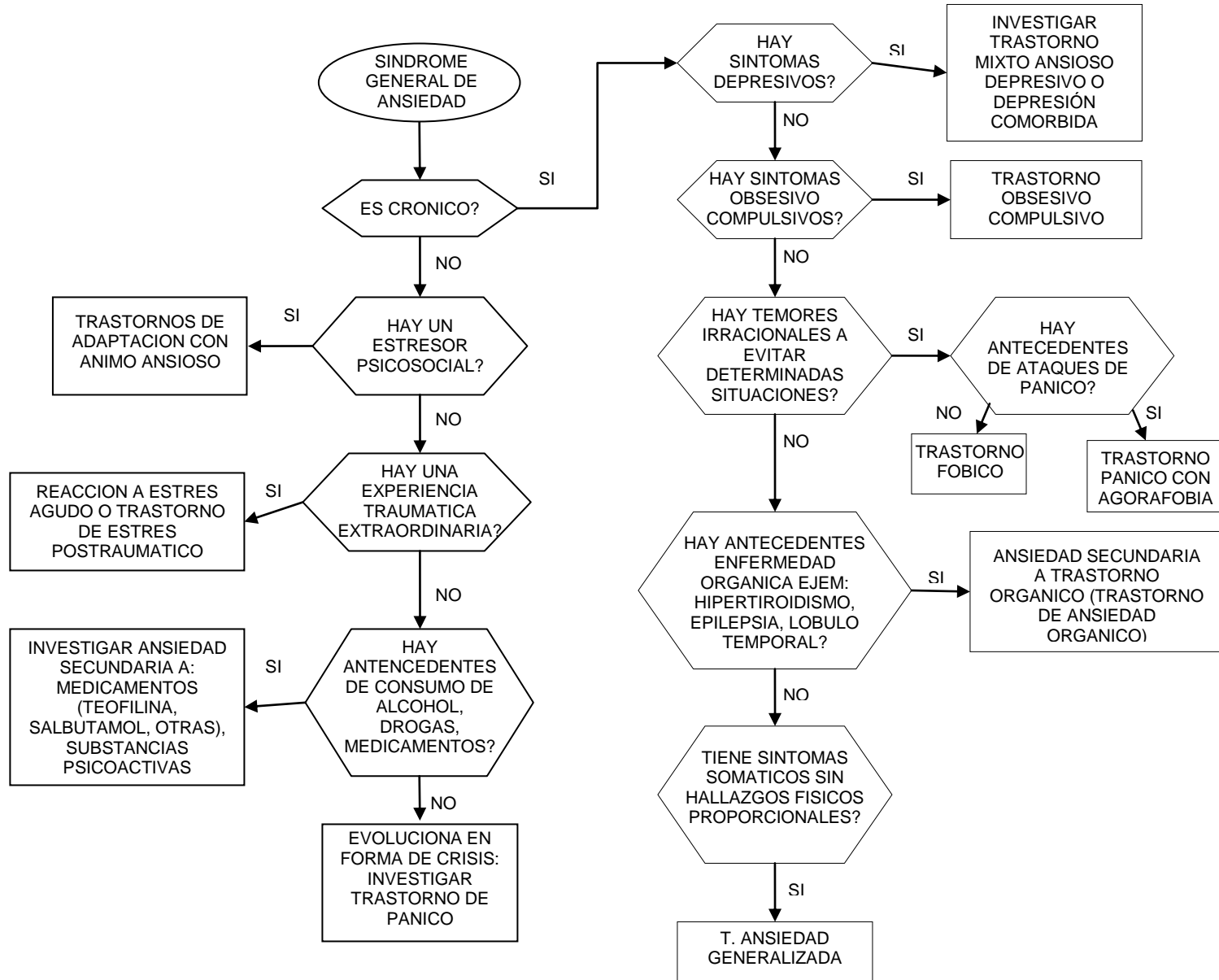
Una vez terminada la entrevista y la exploración física informar al paciente de los hallazgos psíquicos y somáticos. En caso de que existan síntomas y signos de ansiedad informarle que en primera instancia se le encuentra un síndrome general de ansiedad que espera clarificar después de tener los resultados de los exámenes de laboratorio. Explore y aclare las creencias y opiniones que tenga el paciente acerca de la posibilidad de tener un trastorno de ansiedad. Evite frases como "no tiene nada", "todo está en su cabeza", "esta normal". En todo caso, si la exploración y los exámenes de laboratorio salieron bien, comuníquesele, pero dándole a comprender que en los trastorno por ansiedad hay síntomas cardiorrespiratorios, musculoesqueléticos, gastrointestinales y del sistema nervioso muy molestos, pero que no necesariamente entrañan algún tipo de lesión.

PASO 6 - Concluir

Una vez detectados los síntomas y signos que conforman el síndrome general de ansiedad se procede a establecer el diagnóstico específico de trastorno de ansiedad (Cuadro 13).

CUADRO 13

FLUJOGRAMA PARA EL DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD



¿CUALES SON LOS PASOS QUE DEBEN DARSE PARA UN TRATAMIENTO EFECTIVO?

PASO 1 - Establecer una buena relación médico-paciente

- a. Una forma eficaz de iniciar una excelente relación medico-paciente es el saludo y la presentación.: “Buenos días, soy la Dra. Alicia Paz”. “¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?” En seguida le pregunta: “¿En que puedo servirle?”.
- b. Escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de de trámites administrativos y de largas horas de espera.
- c. Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia.

PASO 2 - Establecer una alianza terapéutica

La alianza terapéutica se basa en la confianza y comprensión. Para ello pueden utilizarse las siguientes estrategias de valoración:

- Antecedentes: ¿Que está pasando en su vida?
- Afecto: ¿Como se siente acerca de esto?, ¿Como está su estado de ánimo?
- Problemas: ¿Que es lo que más le aflige de ésta situación?
- Afrontamiento: ¿Como está afrontando su situación?
- Comprensión: Esto debe ser muy difícil para usted.

PASO 3 - Proporcionar psicoeducación

Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento (incluso los posibles efectos secundarios). Evite siempre decirle “No tiene nada”.

PASO 4 - Técnicas de relajación

Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5.

PASO 5 - Realizar psicoterapia

Todo médico se convierte en psicoterapeuta al establecer una buena relación médico-paciente y una buena alianza terapéutica. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia.

El médico puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos. Otra técnica al alcance del médico es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de los siguientes pasos:

- a. Identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva.
- b. Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos.
- c. Reforzar las cosas que está haciendo con éxito.
- d. Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes.

Existen otras técnicas como intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, debriefing, técnica conductual de desensibilización que el médico puede emplearlas en casos especiales.

PASO 6 - Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe considerarse como parte de un plan terapéutico. Una vez realizado el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolépticos.

PASO 7 - Remisión al especialista en psiquiatría

En el caso que el paciente presente comorbilidad psiquiátrica, haya refractariedad al tratamiento, intolerancia a los psicofármacos, riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o requiera atención por conflictos psicológicos especiales, el médico general tiene la oportunidad de solicitar una interconsulta con un especialista en psiquiatría.

CUADRO 14

PASOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Paso 1. Relación medico-paciente

- Establecer una comunicación afectuosa y de respeto.

Paso 2. Alianza terapéutica

- Establecer una alianza terapéutica basada en la confianza y comprensión.

Paso 3. Psicoeducación

- Dar explicaciones sencillas del trastorno, de los factores que intervienen en la situación y del tratamiento.

Paso 4. Técnicas de relajación

- Enseñar la técnica de relajación respiratoria.

Paso 5. Psicoterapia

- Proporcionar psicoterapia de apoyo.

Paso 6. Tratamiento farmacológico

- Uso racional de medicamentos de acuerdo al trastorno.

Paso 7. Remisión al psiquiatra

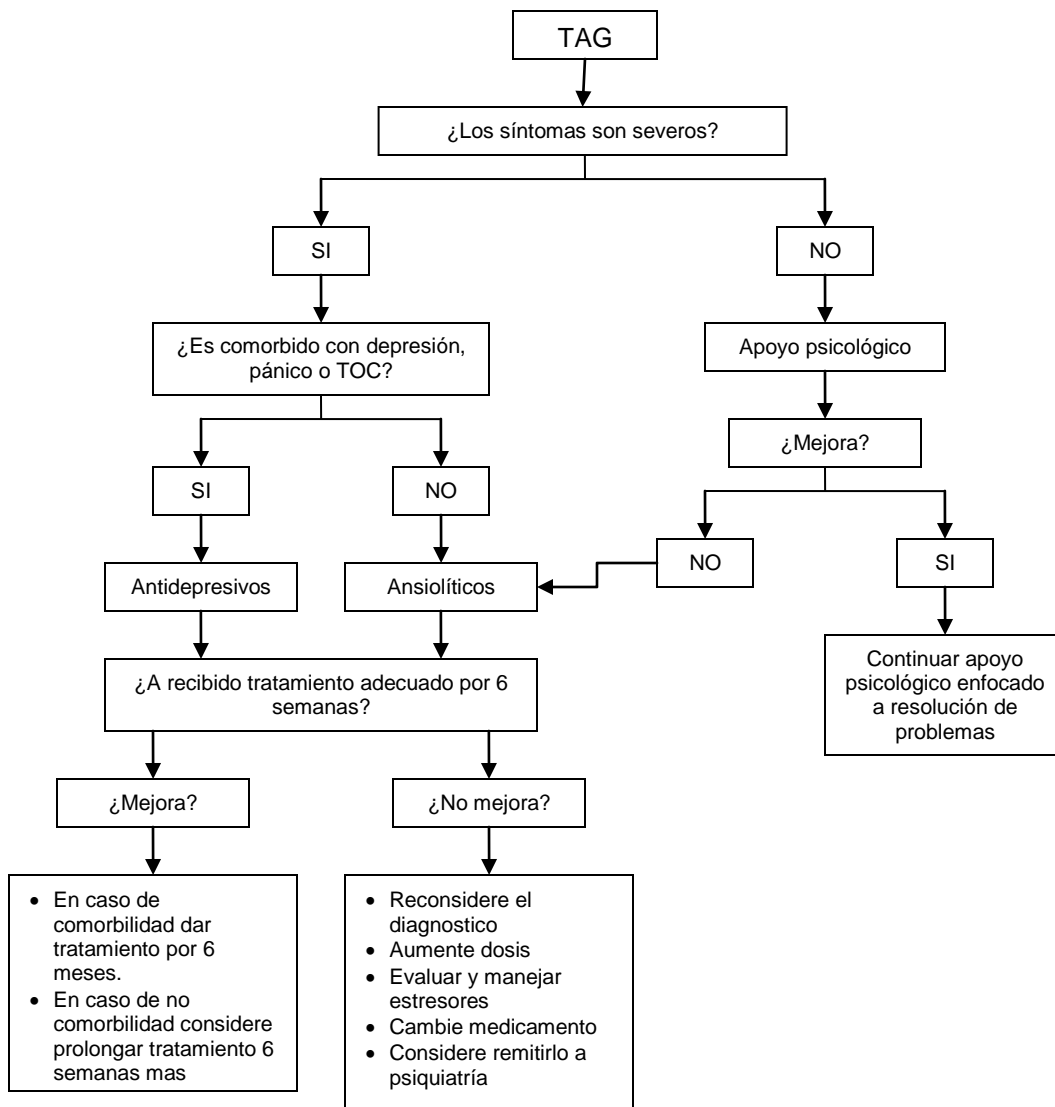
- Considerar la remisión al psiquiatra en los casos problemas.

VII. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

CUADRO CLINICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

El TAG se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas físicos de ansiedad. El TAG es de comienzo insidioso, de evolución crónica, recurrente y con sintomatología continua más que episódica. La característica principal es el humor preocupado persistente asociado a síntomas de tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia. Antes de establecer el diagnóstico de TAG deben descartarse trastorno por pánico, depresión v trastorno de adaptación.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL TAG



FICHA CLINICA

Ana, ama de casa de 39 años, quien consulta por "dolor de cerebro". Está muy preocupada de que le dé un "derrame cerebral" al igual que a su vecina que le comenzó de la misma manera. Cuando él médico le solicitó que informara que otras molestias sentía, refirió padecer de "opresión y piquetazos en el pecho", dificultad para dormirse, mala digestión, sentir la cabeza "embotada" y estar "muy nerviosa". Se le preguntó del tiempo de evolución y contestó que desde hace varios años tiene los síntomas, pero que en los últimos 8 meses se han vuelto continuas y muy molestas, coincidiendo con el inicio de crisis convulsivas de su hijo de 13 años y aunque tiene 3 meses de estar asintomático con tratamiento pasa preocupada de la posibilidad de que recaiga. Al reinterrogarla sobre su cefalea, agrega que siente pesadez en la nuca que mejora con el reposo.

Hace remembranzas de que ella tenía "buen carácter y los nervios buenos" pero se le arruinaron cuando se casó con un hombre con problemas de alcoholismo.

La paciente describió una niñez azarosa ya que sus padres discutían mucho y terminaron separándose cuando ella tenía 10 años. Niega haber tenido episodios depresivos, ni tomar alcohol. Frecuentemente se automedica analgésicos.

Al examen mental se encuentra a una persona aprensiva, con lenguaje coherente. Niega pensamientos fóbicos y obsesivos.

La exploración física solo reporto una frecuencia cardíaca de 90 por minuto una TA de 120/80 Mm. Hg., moderado dolor a la palpación de la nuca. El resto fue normal. Los exámenes de laboratorio y una Rx. de columna cervical se reportaron normales.

El médico diagnosticó un trastorno de ansiedad generalizada. Tranquilizó de inmediato a la paciente explicándole el origen de los síntomas, le dio indicaciones como enfocar y resolver la preocupación de su hijo con epilepsia y algunos ejercicios de relajación. Le planteó la posibilidad de utilizar medicamentos en caso muy necesario, citándola periódicamente para su seguimiento.

RECONOCIMIENTO Y EVALUACION DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

QUEJAS PRESENTES

Por lo general los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada revelan en la entrevista ansiedad predominante y suelen consultar por molestias somáticas relacionadas con tensiones tales como:

- Cefaleas
- Taquicardia
- Molestias gastrointestinales o torácicas
- Insomnio

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

Se debe recordar que el paciente con trastorno de ansiedad generalizada centrará su consulta y preocupación en síntomas físicos, por lo que se hace necesario preguntar sobre los demás:

- Tensión mental: Preocupaciones, sensación de tensión o nerviosismo, dificultades de concentración.
- Tensión muscular: Inquietud, cefalea de tensión, temblores, incapacidad para relajarse.
- Síntomas físicos de alarma (hiperactividad vegetativa): Mareos, sudoración, taquicardia, sequedad de boca, molestias epigástricas.

Los síntomas de ansiedad deben de estar presente la mayor parte de los días, durante al menos varias semanas seguidas. Con frecuencia están desencadenados por sucesos estresantes en aquellos pacientes con tendencia crónica a preocuparse.

En los niños el trastorno de ansiedad generalizada se acompaña de quejas somáticas recurrentes y su necesidad constante de seguridad.

La presencia transitoria (de pocos días) de otros síntomas, en particular la depresión, no descarta el diagnóstico.

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo al DSM-IV se detallan en el Cuadro 15.

CUADRO 15

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1. Ansiedad y preocupaciones excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
2. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
3. La ansiedad o preocupación se asocian a tres (o mas) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido mas de 6 meses). Nota: En los niños solo se requiere uno de éstos síntomas:
 - a. Inquietud o impaciencia.
 - b. Fatigabilidad fácil.
 - c. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - d. Irritabilidad.
 - e. Tensión muscular.
 - f. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

continúa...

CUADRO 15

...viene

4. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a la posibilidad de presentar una crisis de pánico (como en el trastorno por pánico), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad de separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener síntomas físicos múltiples (como en trastorno de somatización) o padecer de una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
5. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
6. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Si Predomina un bajo estado de ánimo o tristeza, dar prioridad al trastorno depresivo.
- Si se presentan ataques repentinos de ansiedad no provocada, se trata de un trastorno por pánico.
- Si presenta un estresor psicosocial importante considerar el diagnóstico de trastorno de adaptación.

- Si existen temores y/o evitación de determinadas situaciones, se trata de un trastorno fóbico.
- Si existe un fuerte consumo de alcohol u otras sustancias (caféina, nicotina u otras drogas ilícitas) sospechar un trastorno asociado con estas sustancias.

La presencia de ciertas enfermedades (ej. tirotoxicosis) o empleo de ciertos medicamentos (ej. broncodilatadores, anticolinérgicos, salicilatos, esteroides, antihipertensivos, teofilina, metil-xantinas, beta-agonistas) dan lugar al trastorno de ansiedad asociada a enfermedad física o a los medicamentos (CIE 10, CIE 10 Para atención primaria).

CUADRO 16

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1. Trastorno depresivo
2. Trastorno por pánico
3. Trastorno de adaptación
4. Trastorno fóbico
5. Abuso o abstinencia de sustancias
6. Enfermedad física (ej. hipertiroidismo)
7. Efectos secundarios de medicamentos ansiogénicos

TRATAMIENTO

CONSIDERACIONES GENERALES

El trastorno por ansiedad generalizada puede ser un trastorno de larga duración. El objetivo del tratamiento consiste en reducir los síntomas hasta un nivel manejable, ya que quizás no sea posible eliminarlos por completo. Cuando el paciente presenta sus síntomas en relación a estresores psicosociales, el tratamiento no farmacológico puede

ser satisfactorio y debe ensayarse primero. Si existen síntomas persistentes o severos considerar la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas.

El tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada debe comenzar con una exploración física, que a la vez que descarta una enfermedad física tranquiliza y ayuda a establecer la comunicación entre el médico y paciente. El paso siguiente es establecer un diagnóstico específico: "Sus síntomas se deben a un trastorno de ansiedad generalizada, en la cual existe alteraciones fisiológicas frecuentemente asociados a problemas de la vida diaria pero susceptibles de ser controlados". La referencia de que se trata de "nervios" es insatisfactoria ya que trasmite poca información útil y sugiere al paciente que él mismo es responsable de su estado. Los síntomas deben explicarse en forma clara y debe ofrecerse un pronóstico favorable. Siempre requieren consultas cortas y periódicas.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Los pacientes se sienten con frecuencia desbordados y desmoralizados. El consejo de apoyo o la psicoterapia controla esta tendencia.
2. Ofrecer psicoeducación. Los pacientes se benefician de una explicación de sus síntomas y de los factores que la modifican. Decirle que "no tiene nada" puede agravar la enfermedad y perder la confianza del médico. La explicación de que los síntomas son parte de la respuesta exagerada del estrés o como resultado de la secreción de adrenalina por las preocupaciones es mejor aceptada. Ellos deben conocer que la tensión conduce al dolor muscular y que la activación neurovegetativa da lugar a los síntomas cardiovasculares y digestivos. Que los síntomas empeoran con el consumo de cafeína, nicotina, alcohol, fatiga y por estresores.
3. El médico puede ofrecer la oportunidad de expresar sus preocupaciones sobre problemas laborales, académicos o familiares y explorar después las posibles conexiones entre estos problemas y los síntomas ansiosos.
4. Una vez identificado los factores desencadenantes de la preocupación excesiva, enseñarle a enfrentar las situaciones. Tomaremos el caso de la paciente Ana para ilustrar el abordaje psicoterapéutico: Esclarecerle que los síntomas que ella

presenta no tienen nada que ver con un "derrame cerebral" y ayudarlo a resolver el problema de su hijo con epilepsia a través de del método de "entrenamiento en la resolución de problemas", que explicamos a continuación:

- a. Hay que hablar con la paciente para saber que está haciendo para resolver el problema de la epilepsia de su hijo.
 - b. Identificar y reforzar las cosas positivas que hace para solucionarlo.
 - c. Planificar acciones específicas que puede llevar a cabo la paciente en los próximos días tales como:
 - i. Reunirse con el médico tratante de su hijo para que él explique lo referente a la epilepsia.
 - ii. Leer sobre la enfermedad.
 - iii. Hablar sobre el tema con padres de otros niños con epilepsia.
 - iv. Escribir un plan para la prevención de las crisis epilépticas.
5. Identificar y superar preocupaciones exageradas:
- a. Identificar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas (ej. en el caso de la señora Ana que está preocupada de tener un posible "derrame cerebral" o que su hijo puede morir por una crisis de epilepsia).
 - b. Buscar soluciones para tratar de afrontar estos pensamientos negativos cuando se presenten (cuando la paciente empiece a preocuparse por su hijo que está en el colegio, ha de decirse a sí mismo: "me estoy empezando a ahogar de nuevo en mis preocupaciones. Los profesores tienen información de la enfermedad y él tiene 3 meses sin convulsiones. No tengo que estar hablando al colegio preguntando por el estado de mi hijo").
6. Animar al paciente a practicar diariamente métodos de relajación con el fin de reducir los síntomas físicos.
7. Animar al paciente a realizar actividades relajantes y a retomar las actividades que han sido beneficiosas para ella en el pasado.
8. Practicar regularmente ejercicios (caminatas y gimnasia).

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El tratamiento farmacológico está indicado para pacientes que tienen síntomas ansiosos persistentes o severos. Deben instituirse ensayos fármaco-terapéuticos de corto plazo

(semanas) y mediano plazo (3 a 6 meses) en combinación con las intervenciones no farmacológicas, con intentos periódicos de disminuir y suspender la medicación. Esta estrategia es consistente con el curso natural fluctuante del trastorno de ansiedad generalizada.

1. Empleo de benzodiazepinas. Son los medicamentos más ampliamente prescritos por su comprobada eficacia y seguridad. Todas las benzodiazepinas tienen similar acción farmacológica y la diferencia va estar primordialmente en la duración de la acción terapéutica.
 - a. ¿Que benzodiazepina seleccionar? El médico debe familiarizarse con una benzodiazepina de acción corta y una de acción larga para ser utilizada con mayor seguridad. La que se seleccione debe darse en la dosis, horario y tiempo adecuado (Cuadro 17). En ancianos es preferible las de acción corta y a dosis bajas. Recuérdese no cambiar de marca porque varía su efectividad aunque tenga la misma sustancia y dosis.
 - b. ¿Cuanto tiempo debe durar el tratamiento? Inicialmente dar un tratamiento de 6 semanas y algunos casos se puede prolongar hasta por 3 a 6 meses, teniendo el cuidado que al suspenderlo hacerlo gradualmente (bajar 25% semanalmente) para evitar los síntomas de ansiedad por supresión.
 - c. ¿Cual es el riesgo de habituación con la benzodiazepinas? Si se emplean en períodos cortos (6 semanas) y en pacientes sin antecedente de abuso de sustancias el riesgo es prácticamente nulo. Las benzodiazepinas de acción prolongada son las que tienen menos riesgo.
 - d. ¿Cuales son los efectos indeseables de mayor cuidado? La somnolencia por el riesgo de accidentes y la disminución de la memoria reciente que suelen evitarse si se emplean dosis mínimas terapéuticas.

CUADRO 17

DOSIS DE LAS BENZODIACEPINAS

	DOSIS INICIAL (mgs)		DOSIS MEDIA (mgs)		DOSIS EQUIVALENTE (mgs)
ACCION CORTA					
Alprazolam	0.25	TID	0.5	TID	0.5
Lorazepam	0.5	TID	1.0	TID	1.0
Bromazepam	1.5	TID	3.0	TID	3.0
ACCION PROLONGADA					
Diazepam	2.5 BID ó 5.0 HS		5.0 BID ó 10.0 HS		5.0
Clobazam	5.0	BID	10.0	BID	10.0
Clonazepam	0.25	HS	0.25 c/12 Hrs ó 0.5 HS		0.25

2. Empleo de ansiolíticos no benzodiazepínicos: Ante un síndrome ansioso por lo general se piensa en las benzodiazepinas, sin embargo, se tienen otro tipo de medicamentos ansiolíticos sin riesgo de dependencia que pueden ser utilizados de primera línea y especialmente cuando tenemos frente a nosotros pacientes con ansiedad crónica que requerirán tratamientos muy prolongados o pacientes con historia de abuso de sustancias.

- a. Buspirona: Es un ansiolítico que no causa sedación y parece no tener potencial de abuso, aunque tarda varios días en manifestar su efecto. Dosis: de 5 a 10mgs TID.
- b. Betabloqueadores a dosis bajas (propranolol 20 mgs. TID, atenolol 50 mgs. diarios), pueden ser útiles para controlar los síntomas físicos de la ansiedad.
- c. La hidroxizina, un antihistamínico bloqueador H1 actúa rápido como ansiolítico a dosis de 25 mgs. BID y sin causar mucha somnolencia diurna.
- d. Amitriptilina, imipramina, clomipramina, maprotilina: Iniciar con 12.5 mgs. en la noche y aumentar la dosis paulatinamente hasta un máximo de 75 mgs.

- e. Sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopran. Dosis: Sertralina 50 mgs., fluvoxamina 100 mgs. y el resto 20 mgs. diarios.
 - f. Venlafaxina. Dosis: 75 mgs. diarios.
 - g. Tianeptina. Dosis: 12.5 mgs. TID.
 - h. Moclobemida. Dosis: 150 mgs. BID.
3. Los antidepresivos inicialmente pueden producir ansiedad y acatisia, por lo que se recomienda iniciar con la mitad de las dosis arriba indicadas por una semana.

CUADRO 18

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Como el curso es crónico y recurrente, el objetivo del tratamiento es reducir los síntomas, iniciando primero apoyo psicológico y si es necesario el uso de ansiolíticos deben de ser dado por períodos cortos.

II. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Psicoeducación.
2. Consejo de apoyo.
3. Entrenamiento en la resolución de problemas.
4. Metodo de relajación.
5. Practicar ejercicios.

III. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

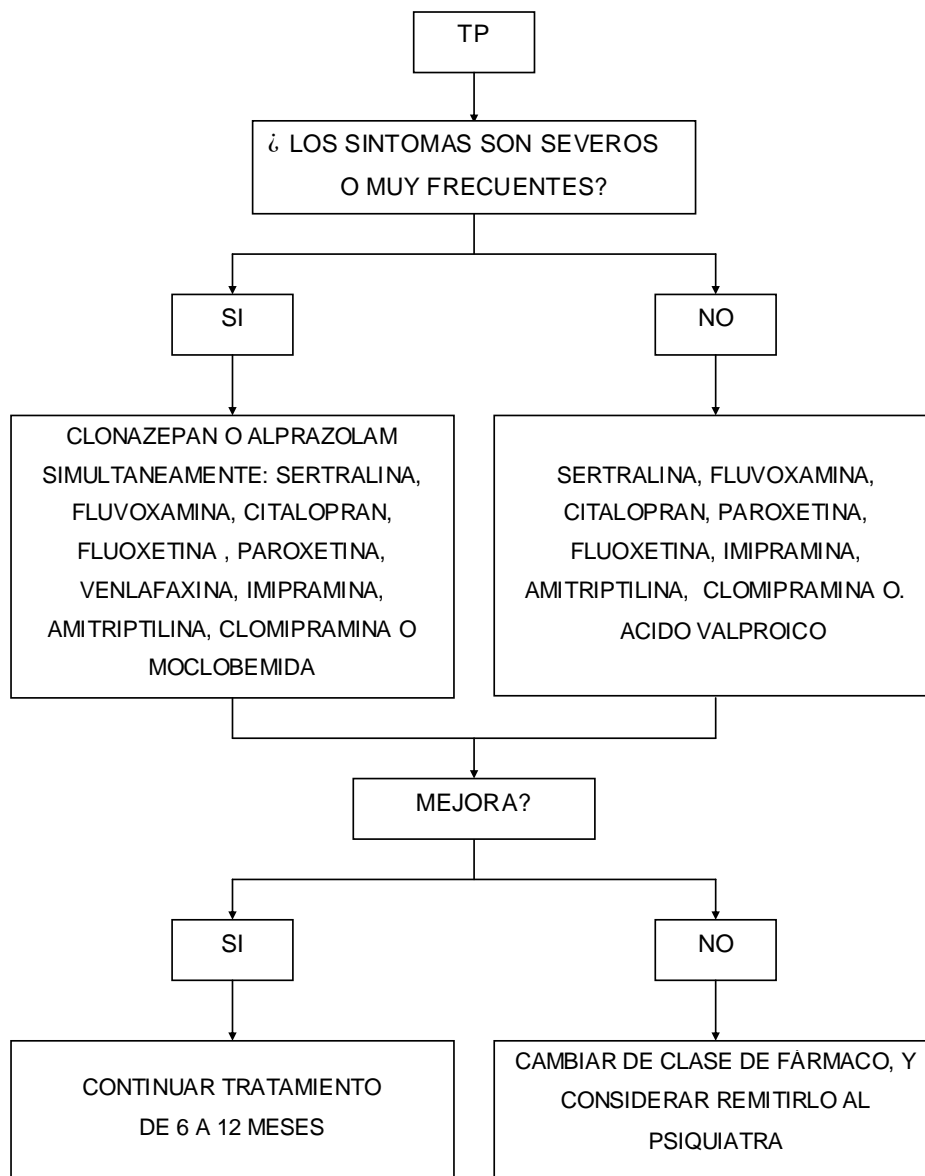
1. Benzodiacepinas.
2. Propanolol, atenolol.
3. Buspirona.
4. Hidroxizina.
5. Amitriptilina, clomipramina, maprotilina.
6. Moclobemida.
7. Sertralina, fluvoxamina, citalopran, paroxetina.
8. Venlafaxina.
9. Tianeptina.

VIII. TRASTORNO POR PANICO

CUADRO CLINICO DEL TRASTORNO POR PANICO (TP)

El TP se caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos de ansiedad severa. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente.

TRATAMIENTO DEL TP



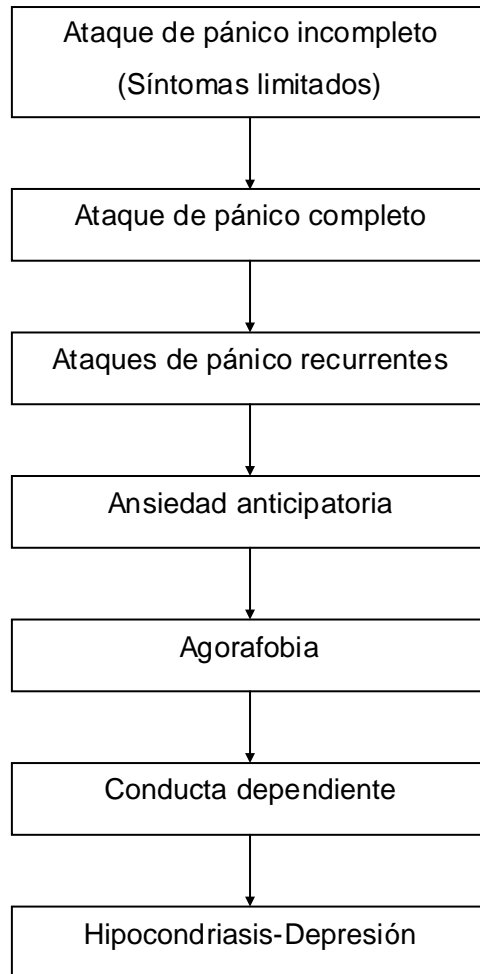
FICHA CLINICA

Mario, es un paciente de 30 años de edad con historia que hace 3 meses mientras atendía rutinariamente a un cliente presenta en forma súbita falta de aire, opresión en el pecho, palpitaciones precordiales, mareo, sudoración, acompañándose de un miedo intenso a morir de un ataque al corazón. Fue a la emergencia del un hospital privado, donde exigió oxígeno. El examen físico y el EKG fué normal y con una diacepan I.V., se calmó. Dos semanas después, mientras viajaba a su trabajo presenta la misma crisis pero pasajera, sin embargo a partir de entonces ha estado temeroso que se le repita. Como las crisis se repitieran tres veces por semana visitó al cardiólogo quien le ratificó que su corazón estaba normal, le prescribió vacaciones, diacepan por 2 semanas y exámenes de laboratorio. Estuvo bien 5 días y de nuevo vuelve a presentarlas y ahora acompañadas de miedo a quedarse solo, teniendo su esposa que acompañarlo al salir fuera de casa. Regresó con el cardiólogo quien no encontró alteraciones en los exámenes de laboratorio. El paciente dio el antecedente de que en la infancia había padecido de "miedo a ir a la escuela", pero que después se le quitó, teniendo un desarrollo normal. Proporcionó la información de que su madre en la juventud había padecido de lo mismo y que una hermana estaba siendo tratada por depresión.

El cardiólogo habló telefónicamente con un psiquiatra amigo, quien consideró el diagnóstico de trastorno por pánico con agorafobia y se le dio tratamiento de alprazolam 0.5 mgs. TID por 3 semanas y sertralina 50 mgs. diarios por seis meses, aparte de darle psicoeducación. El paciente de inmediato se controló de sus ataques de pánico y su capacidad de salir solo sin temor se observo hacia la cuarta semana.

CUADRO 19

HISTORIAL NATURAL DEL TP



RECONOCIMIENTO Y EVALUACION

QUEJAS PRESENTES

El enfermo puede presentarse al médico como un caso de emergencia por la presencia de:

- Dolores y palpitaciones precordiales.
- Ahogo.
- Hiperventilación.

- Mareos.
- Desmayos.
- Sensación de estar perdiendo el control.
- Sensación de estar enloqueciéndose o de estar a punto de morir.

CUADRO 20

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ATAQUE DE PANICO O CRISIS DE ANGUSTIA DE ACUERDO AL DSM-IV

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

1. Palpitaciones.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

Lo fundamental para el diagnóstico de trastorno de pánico es que el médico logre identificar los ataques de pánico, que consisten en frecuente aparición repentina de miedo o malestar intensos acompañadas de varios de los siguientes síntomas: palpitaciones, dolor precordial, sensación de ahogo, mareos o vértigos, "estomago revuelto", temblor y sudoración, acompañándose de sentimientos de irrealidad o miedo a padecer o morir de una enfermedad grave o perder el control o enloquecer. Frecuentemente sienten temor a tener nuevos ataques (ansiedad anticipatoria) y evitan lugares donde estos ataques han ocurrido o estar solos (agorafobia).

Los criterios diagnósticos de trastorno por pánico de acuerdo al DSM-IV se describen en el Cuadro 21.

CUADRO 21

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO POR PANICO (TRASTORNO DE ANGUSTIA) ADAPTADO DEL DSM-IV

1. Se cumple (A) y (B)
 - (A) crisis de angustia (ataque de pánico) inesperadas recidivantes.
 - (B) al menos una crisis se ha seguido durante 1 mes (o mas) de uno (o m s) de los siguientes síntomas:
 - a. inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - b. preocupación por las implicaciones de las crisis o consecuencias (ej. perder el control, sufrir un infarto del miocardio, "volverse" loco).
 - c. cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
2. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas o fármacos) o una enfermedad médica (ej. hipertiroidismo).
3. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Muchos procesos patológicos orgánicos pueden llegar a causar síntomas parecidos a los ataques de pánico (arritmia cardíaca, isquemia cerebral, enfermedad coronaria, tirotoxicosis, intoxicación con drogas, síndromes de abstinencia). La historia clínica y el examen físico pueden ser suficientes para excluirlos.

Si los ataques de pánico se producen únicamente en situaciones específicas, entonces se trata de un trastorno fóbico. Frecuentemente coexiste con un estado depresivo.

CUADRO 22

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO POR PANICO

1. Trastorno fóbico.
2. Enfermedades físicas (arritmias, epilepsia, hipertiroidismos, etc.).
3. Abuso o abstinencia de sustancias.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Como primera medida evitar decirle al paciente que "no tiene nada".
2. Psicoeducación. La explicación del trastorno y de que se dispone de un tratamiento efectivo, son los primeros pasos a dar. El paciente necesita saber que sus síntomas tienen una base bioquímica, en las que hay una hipersensibilidad del sistema noradrenergico cerebral provocada por una avería funcional del sistema de alarma. Los pacientes y los familiares deben saber que los ataques de pánico están autolimitados en el tiempo, es decir duran pocos minutos y que el trastorno por pánico es una enfermedad real y que la medicación proporciona un medio para corregirla.

El médico tiene que dedicar tiempo considerable a contrarrestar el daño causado por diagnósticos erróneos previos, dejándole claro que su enfermedad no es "imaginaria", por "pitis", "para llamar la atención" o que es "una crisis de nervios por problemas".

3. Consejos para el paciente y familiares:

Aconsejar que sigan la pauta que a continuación se describe cuando se presenta un ataque de pánico:

- a. Esperar que el ataque de pánico pase, no luchar ni huir, simplemente aceptarlo, que nada terrible pasará.
- b. Recordar que los síntomas son desagradables pero no peligrosos.

- c. Concentrarse y describir lo que está sucediendo, observando lo que ES, no lo que teme PUEDE SER.
 - d. Observar como se desvanece la crisis cuando se deja de añadir pensamientos atemorizantes. Pregúntese que es lo que se está diciendo así mismo que le asusta.
 - e. La ansiedad puede ir muy alto pero luego baja. Observar que viene en olas. Antes usted corría al primer signo de temor y no se daba la oportunidad de verlo bajar.
 - f. Respirar por la nariz lenta y relajadamente (cuente mentalmente y en forma lenta: 1, 2, 3, 4 para la inspiración y expiración). Recordar que respirar rapidamente (hiperventilación) produce algunos síntomas de pánico. La respiración controlada reduce los síntomas físicos de la ansiedad.
 - g. Convencerse asimismo de que lo que está sucediendo es un ataque de pánico y que los pensamientos y las sensaciones de miedo pasaran pronto. Mirar el reloj para comprobar como pasa el tiempo. Se puede tener la sensación de que ha transcurrido mucho tiempo aunque solo haya pasado unos minutos.
4. Detectar y controlar las "trampas cognitivas" en que cae el paciente con ataques de pánico:
- a. Falsas alarmas: Para el paciente, una fasciculación o una palpitación precordial puede ser origen de un ataque de pánico.
 - b. La incapacidad para discriminar las sensaciones propias del estrés y del ataque de pánico.
 - c. El asociar ciertos síntomas físicos (palpitaciones, ahogo, opresión precordial, mareo) del ataque de pánico como una emergencia médica.
 - d. El no advertir y controlar las "trampas cognitivas" establece un círculo vicioso que dar lugar a un ataque de pánico.
5. Planificar medios para afrontar estos temores durante el ataque de pánico (ej. el paciente debe decirse a si mismo: "No estoy teniendo un ataque al corazón. Esto es un ataque de pánico y pasara dentro pocos minutos").

6. Terapia conductual. El paciente va desarrollando fobias a distintos espacios dependiendo en donde tenga las ataques de pánico lo cual puede llegar a incapacitarlo. En este caso y ya cuando el paciente ha estado varias semanas sin síntomas se anima a que se exponga intencionalmente a los estímulos fóbicos. Cuando las fobias son muy crónicas y severas, pueden requerir terapia conductual más formal.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El trastorno por pánico debe considerarse un trastorno de larga evolución: Solo un 31% es agudo y remiten totalmente. Un 24% es episódico y un 45% es persistente (Katschnig). El tratamiento debe durar de 6 a 12 meses, con opción a prolongarse, y al suspenderse debe hacerse paulatinamente:

1. Se recomienda iniciar el tratamiento con alprazolam o clonazepam y mantenerlo por un término de 3 a 6 semanas:
 - a. Clonazepam a dosis de 0.25 a 1 mg. cada doce horas.
 - b. Alprazolam a dosis de 0.5 a 1 mg. cada TID o QID.
2. Simultáneamente iniciar tratamiento con:

Opción A

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina:

- Sertralina: Iniciar con 25 mgs y en una semana pasar a 50 mgs diarios.
- Citalopran, fluoxetina, paroxetina: Iniciar con 10 mgs y en una semana pasar a 20 mgs diarios.
- Fluvoxamina: Iniciar con 50 mgs y en una semana pasar a 100 mgs diarios.

Opción B

- Clomipramina, imipramina o amitriptilina: Iniciar con 25 mgs. antes de acostarse, luego 50 mgs. y en dos semanas pasar a 75 mgs. En caso necesario podrá aumentarse dosis hasta 150 mgs.

Opción C

Inhibidores reversibles de la monoaminooxidasa:

- Moclobemida: Iniciar con 150 mgs. BID y aumentar hasta 450 mgs. de acuerdo a la evolución.

Opción D

- Acido valpróico: Iniciar con 500 mgs. e incrementarlo hasta 1000 mgs. En este caso no es necesario combinarlo con alprazolam o clonazepan ya que el efecto terapéutico es rápido.

CUADRO 23

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR PANICO

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Es un trastorno crónico y recurrente, por lo tanto los tratamientos deben durar como mínimo 6 meses y suspenderse paulatinamente.

II. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Psicoeducación.
2. Consejos psicológicos (ej. recordarle que los síntomas son desagradables pero no peligrosos).
3. Manejo de la respiración (respiración nasal lenta).
4. Ayudarle a controlar las "trampas cognitivas".
5. Terapia conductual.

III. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

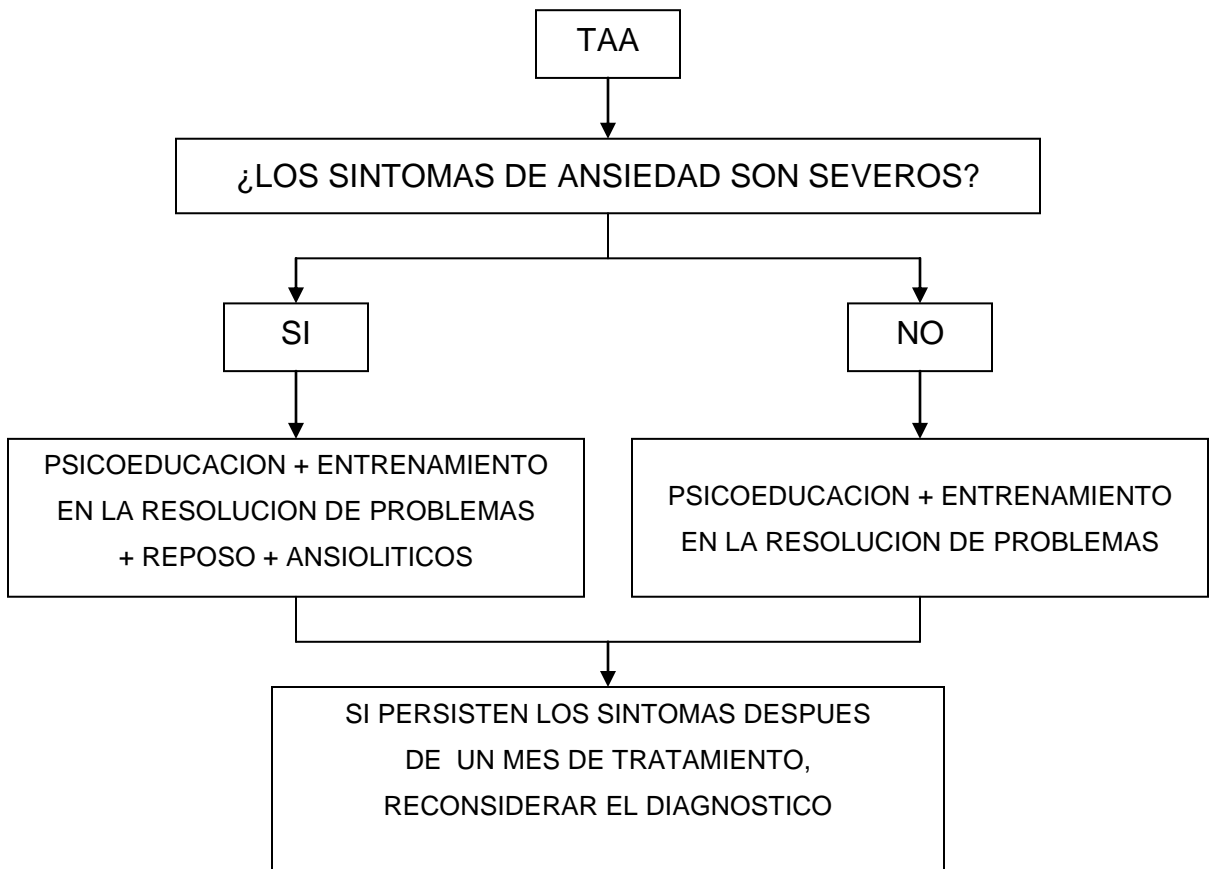
1. Clonazepan o alprazolam por 4 a 6 semanas. Simultáneamente cualquiera de los siguientes esquemas:
 - a. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
 - b. Antidepresivos tricíclicos.
 - c. Inhibidores reversibles de la MAO.
 - d. Acido valpróico (No es necesario combinarlo con clonazepam o alprazolam).

IX. TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO

CUADRO CLINICO DEL TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO (TAA)

El diagnóstico de TAA debe considerarse en pacientes que presentan síntomas de ansiedad, están experimentando un estresor psicosocial importante y no cumplen criterios de un trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas deben comenzar dentro de los tres meses siguientes al estresor y no debe diagnosticarse si los síntomas ansiosos persisten más de 6 meses.

TRATAMIENTO DEL TAA



FICHA CLINICA

Diana es una madre soltera, maestra de 40 años que acudió a su médico por dificultad para conciliar el sueño, cefalea occipital, suspiradera, náuseas matutinas, irritabilidad, ansiedad, falta de concentración y aumento del apetito de dos meses de evolución. Diana le comentó al doctor que los síntomas coinciden con el traslado a trabajar en una escuela muy retirada de su casa, por lo que tiene que dejar sus 2 hijos al cuidado de su madre enferma. Aparte enfrenta problemas porque la comunidad no la acepta. Al examen físico se encontró taquicardia y a la entrevista la paciente jugaba constantemente con las llaves, su blusa mostraba mucha sudoración axilar y trataba de inspirar fuerte "por que no siento que me llegue el aire a los pulmones".

El médico reconoció el trastorno de adaptación con síntomas de ansiedad provocado por el traslado y dificultades con la comunidad. Se le prescribió buspirona 10 mgs TID, reposo en casa por una semana y se programaron visitas periódicas en la que se le proporcionaba consejos prácticos, lográndose controlar su sintomatología ansiosa y una mejor adaptación.

RECONOCIMIENTO Y EVALUACION

QUEJAS PRESENTES

- Los pacientes se sienten sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias.
- Los síntomas son similares a los de ansiedad generalizada y son comunes las dificultades en el sueño, la rumiación aprensiva, la hiperactividad vegetativa, dolores de cabeza y abdominales, etc.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

1. Presencia de estresores psicosociales:
 - a. Estresores de tipo médico: enfermedad aguda o crónica, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, enfermedad de un miembro de la familia, nuevos diagnósticos, recaídas, discapacidad.

- b. Estresores de otro tipo: Jubilación, cambios de medio ambiente, cambios laborales, cambio del estado marital, problemas económicos, problemas académicos, problemas legales, etc.
2. Presencia de síntomas somáticos y psíquicos que recuerdan los síntomas de ansiedad generalizada, en la que se incluye un sentimiento de ser incapaz de superar las situaciones.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Si están presentes síntomas disociativos graves diagnosticar trastorno disociativo.
- Si los síntomas persisten de manera llamativa, o evolucionan negativamente, durante más de un mes, considérese un diagnóstico alternativo.
- Si existen síntomas depresivos llamativos, diagnosticar trastorno depresivo.
- Si existen síntomas persistentes y llamativos de ansiedad, diagnosticar trastorno de ansiedad generalizada.
- Si existen síntomas somáticos llamativos relacionados con el estrés diagnosticar trastorno somatomorfo.

CUADRO 24

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO

1. Trastorno disociativo
2. Trastorno depresivo
3. Trastorno de ansiedad generalizada
4. Trastorno somatomorfo

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Consideraciones generales.

El médico de atención primaria con frecuencia atiende pacientes que están experimentando síntomas de ansiedad relacionados con distintas situaciones que van desde el diagnóstico de una enfermedad, un embarazo no deseado hasta problemas conyugales, económicos, académicos y laborales. La actitud comprensiva del clínico junto con una psicoeducación y consejos sencillos son capaces de resolverlo.

1. Psicoeducación. Explicarle al paciente la relación entre los síntomas físicos y psíquicos con los estresores y que los síntomas normalmente duran pocos días o semanas.
2. Consejos específicos.
 - a. Que el enfermo reconozca las situaciones estresantes.
 - b. Entrenamiento en la resolución de problemas reforzando las posturas positivas que adopte el enfermo para combatir el problema, identificándolas acciones que puede realizar el paciente para modificar las situaciones estresantes (ver técnica en capítulo de tratamiento no farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada).
 - c. Buscar familiares, amigos, autoridades religiosas que puedan ayudar al enfermo.
 - d. Prescribir periodos de descanso.
 - e. Animar al enfermo a retornar a sus actividades habituales transcurridas algunas semanas.
 - f. Indicarle terapia de relajación muscular y actividades recreativas.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La mayoría de las reacciones agudas a los estresores se resuelve sin medicación, si se presentan síntomas importantes de ansiedad utilice fármacos ansiolíticos durante pocos días (ej. propranolol, buspirona, benzodiazepinas).

Si persisten los síntomas por más de un mes, es muy probable que se trate de otro trastorno. No es infrecuente que un estresor desencadene un trastorno de ansiedad generalizada o una depresión. Reevalúelo y considere otras opciones terapéuticas o remítalo al especialista en psiquiatría.

CUADRO 25

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO

I. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Psicoeducación
2. Entrenamiento en la resolución de problemas
3. Apoyo psicológico

II. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

1. Propanolol
2. Buspirona
3. Benzodiazepinas

X. TRASTORNOS FOBICOS

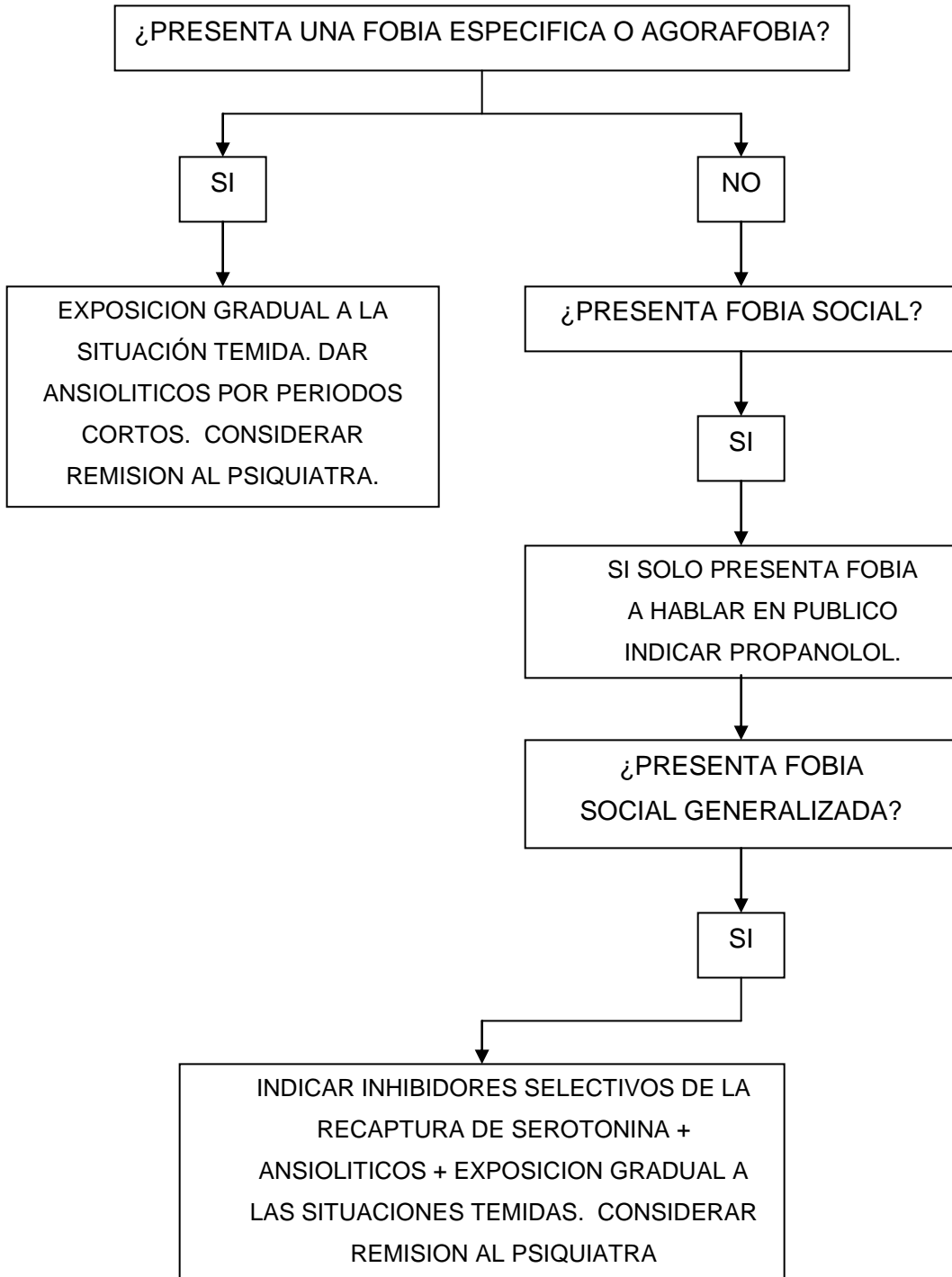
CUADRO CLINICO DE LOS TRASTORNOS FOBICOS

FOBIA ESPECIFICA (FE): Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición de situaciones o estímulos específicos temidos, que da lugar a evitarlos. Los fobias específicas incluyen miedo a los animales, precipicios, ver sangre, ascensores, aviones, etc. El diagnóstico de fobia específica se establece si el comportamiento de evitación interfiere con la rutina normal de la persona.

FOBIA SOCIAL (FS): Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones públicas del individuo (ej. hablar en público, comer o escribir en público, conocer personas, hablar a figuras de autoridad) en las que teme comportarse en una forma humillante, ridícula o embarazosa, por lo que tiene a evitarlas. Son característicos los síntomas de rubor taquicardia, palpitaciones, sudoración, disnea y temblor cuando se expone a la situación temida.

AGORAFOBIA (A): Fobia a lugares o situaciones donde escapar es difícil (o embarazoso) o bien es imposible encontrar ayuda en caso que aparezca síntomas de ansiedad severa. Los temores más frecuentes son alejarse de la casa, multitudes, congestionamiento vehicular, quedarse solo. Si existe el antecedente de ataques de pánico diagnosticar trastorno de pánico con agorafobia.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS FOBICOS



FICHAS CLINICAS

1. CASO DE AGORAFOBIA

Gladys es una joven de 25 años de edad que hace 4 meses al estar recibiendo clases en la universidad empezó a sentir ansiedad al no comprender las explicaciones del profesor de cálculo y de inmediato se sintió incomoda, temerosa, sudorosa, con mareos y ruidos intestinales por lo que tuvo que irse. Al llegar a su hogar y no encontrar a ningún familiar sintió mucho miedo, teniendo que acudir a la casa de un vecino mientras llegaban sus padres. Desde esa fecha la paciente ha desarrollado ansiedad severa cada vez que esta sola o debe salir de su casa. Para poder asistir a clases tiene que ser acompañada por su padre, tener disponible un teléfono celular y recibir clases solamente si puede sentarse cerca de la puerta. No soporta las aglomeraciones, andar en transporte colectivo y no puede asistir a centros comerciales sino va con familiares o amigos. Tiene el antecedente que en la infancia fue una niña temerosa. Un tío paterno y su padre han padecido de "nervios" y alcoholismo.

El médico general con una terapia de "desensibilización sistemática en la imaginación y en vivo" logró que el paciente superara la agorafobia.

2. CASO FOBIA SOCIAL

Mauricio es un paciente de 24 años que hace 2 años a raíz de que su jefe lo llamara a su oficina para darle algunas indicaciones, sintió miedo intenso. Posterior a esa entrevista continuó experimentando temor a tal extremo que temía encontrárselo ya que le parecía que se ruborizaría y que actuaría ridículamente. Los temores mejoraron espontáneamente por varias semanas pero luego volvió a sentirlos, ahora extendido a sus demás compañeros especialmente cuando alguien se acercaba a su escritorio mientras el escribía o al estar acompañado a la hora de la comida. En la última semana el cuadro ha empeorado a raíz de que fue asignado para dar varias charlas a sus compañeros, lo cual ha provocando ansiedad severa, insomnio, teniendo que fingir estar enfermo de la garganta para evitar "hacer el ridículo" en público. Existe la información que su padre fue autoritario y que le llamaba la atención delante de sus amigos. El se

describe como tímido, que siempre a necesita tomarse “unas copas” antes de animarse a bailar y considera “misión imposible” conseguir novia.

El medico diagnosticó fobia social le dio alprazolam por 3 semanas, sertralina 100 mgs diarios y lo motivó a realizar una terapia conductual una vez mejora la ansiedad. El tratamiento farmacológico lo mantendrá por 6 meses y luego probará suspenderla paulatinamente.

3. CASO DE FOBIA ESPECIFICA

Holly es una paciente de 40 años de edad, empresaria, con el antecedente de que desde muy pequeña ha sido nerviosa. Hace 2 años, a raíz de haber asistido a un hospital adoleciendo de bronquitis, quedó atrapada por varios minutos en un ascensor que le provocó desesperación y sensación de asfixia, por lo que fue necesario llevarla a Emergencia en donde le aplicaron oxígeno. A partir de este evento la paciente no logra subirse a los ascensores y ha tenido que trasladar su oficina del quinto piso a la planta baja. Por su trabajo tiene que realizar frecuentes visitas a sus clientes y le resulta muy difícil subir las escaleras por su obesidad. Hace dos semanas, obligada por recaída de su bronquitis tuvo que subirse en un ascensor del hospital acompañada de su esposo, para lo cual se tomo 5 mgs. de diacepán una hora antes y aún así se puso muy angustiada, sudorosa, con taquicardia que tuvo que bajarse en el siguiente piso, temiendo asfixiarse. Por este problema fóbico ha perdido varios negocios por lo que se siente frustrada y triste.

El médico diagnosticó una fobia específica (a los ascensores) y la motivó a iniciarse en un programa sencillo de terapia de “desensibilización sistemática en la imaginación” y luego continuó con una terapia de “desensibilización sistemática en vivo”. En ésta última terapia se le asignaron tareas con la siguiente secuencia, explicándole que no debe saltarse ningún paso y que tenía que mantenerse el tiempo estipulado:

- 1. La primera semana entrar al ascensor del edificio de su oficina acompañada de su secretaria y permanecer un minuto y salirse (7 veces al día). Los días subsiguientes aumentar un minuto.*

2. *La segunda semana subirse al ascensor acompañada de la secretaria y bajarse al siguiente piso (7 veces). Cada dos días subir un piso más.*
3. *La tercera semana que entre al ascensor con personas particulares y se baje en el siguiente piso (7 veces) y cada dos días subir un piso más.*
4. *Cuarta semana que ingrese sola al ascensor y se salga en el siguiente piso y cada dos días subir un piso más (7 veces). Esta experiencia la hará acompañada de su secretaria que la esperará fuera del ascensor.*
5. *Quinta semana hará lo mismo pero ya sola.*
6. *Las siguientes semanas hará lo mismo en el ascensor del hospital pero en compañía de su esposo.*

RECONOCIMIENTO Y EVALUACION

QUEJAS PRESENTES

- Miedo persistente, excesivo e irrazonable ante un objeto, actividad o situación, que conduce a las personas a evitar tal estímulo.
- Se acompaña de síntomas físicos y mentales de la ansiedad y toma frecuentemente la forma de ataques de pánico.
- Con frecuencia la preocupación del paciente se centra en un síntoma aislado de ansiedad y es necesario interrogar sobre sus miedos específicos.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

- Miedo persistente, excesivo e irrazonable ante un objeto, actividad lugar o situación.
- Ansiedad o comportamiento de evitación ante la presencia de estímulos específicos.

De acuerdo a los estímulos fóbicos se clasifican en:

1. AGORAFOBIA:

Fobia a lugares o situaciones donde escapar es difícil (o embarazoso), o bien es imposible encontrar ayuda en el caso que aparezca en ese momento un ataque de

pánico o síntomas de ansiedad severa. En caso de antecedente de ataques de pánico inesperados previos, se diagnostica trastorno por pánico con agorafobia.

CUADRO 26

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE AGORAFOBIA DEL DSM-IV

1. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (ej. mareos, diarrea).
2. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de pánico.
3. El trastorno no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
4. Si la persona presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el criterio A1 es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

2. FOBIA ESPECIFICA:

Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Los subtipos son:

- Fobia específica, tipo animal (animales o insectos).
- Fobia específica, tipo ambiental (tormentas, precipicios, agua).
- Fobia específica, tipo sangre-inyecciones-daño (ver sangre o heridas, recibir inyecciones).
- Fobia específica, tipo situacional (transportes públicos, puentes, ascensores, aviones, trenes, ascensores, aviones, carros, recintos cerrados).
- Fobia específica de otros tipos (atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, a caerse sin no hay medios de sujeción y en los niños a sonidos altos o a las personas disfrazadas).

CUADRO 27

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE FOBIA ESPECIFICA DEL DSM IV

1. Temor acusa y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.
2. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o mas o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
3. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
4. Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
5. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar únicamente significativos.
6. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas deben haber sido de 6 meses como mínimo.
7. la ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar tipo: animal, ambiental, situacional, sangre-inyecciones-daño, otros tipos.

3. FOBIA SOCIAL:

Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamiento de evitación. Si el paciente tiene fobia a enfrentar una o dos situaciones, se habla de fobia social no generalizada (ej. hablar en público) y más de dos, se denomina fobia social generalizada. Los motivos más frecuentes son:

- Hablar en público.
- Hablar con figuras de autoridad.
- Asistir a reuniones sociales.
- Conocer personas.
- Escribir o comer en pública.
- Tocar un instrumento en público.
- Bailar.
- Hacer algún deporte.
- Entrar en un salón.
- Usar un baño público.

CUADRO 28

CRITERIOS DE FOBIA SOCIAL SEGUN DSM IV

1. Temor acusado y persistente por una o mas situaciones sociales o actuaciones en público en la que el sujeto se a expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar ansiedad) que sea humillante o embarazoso- Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no solo en cualquier interrelación con un adulto.
2. La exposición a las situaciones temidas provoca casi invariablemente una repuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o mas o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
3. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede falta este reconocimiento.
4. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
5. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparecen en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien un malestar clínicamente significativo.
6. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como un mínimo de 6 meses.
7. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos de una substancias (ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
8. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio 1 no se relación con estos procesos (ej. el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parinson o la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si es generalizada: Si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Si se encuentra el antecedente de ataques de pánico inesperados previo a las fobias, diagnosticar trastorno por pánico.
- Si antes de la aparición de síntomas fóbicos se satisfacen los criterios de trastorno depresivo, debe hacerse éste último diagnóstico.
- Frecuentemente se presenta comorbilidad, de tal manera que hay que considerar el diagnóstico del trastorno fóbico y el otro.

CUADRO 29

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS FOBICOS

1. Trastorno por pánico
2. Trastorno depresivo

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- A. Psicoeducación. Explicarle que es de los trastornos psiquiátricos más comunes y que lo irrazonable de sus miedos nada tiene que ver con debilidad, cobardía o la locura. Ubicar al paciente de inmediato que se trata de una enfermedad cuyo origen corresponde a un mal aprendizaje en algún momento de la vida que probablemente ha sucedido dentro del ambiente familiar (en el caso de fobias específicas) y en otros casos se encuentran alteraciones neuroquímicas (en el caso de fobia social).
- B. Para cualquier trastorno fóbico se puede entrenar a los pacientes en la clínica a enfrentar las situaciones fóbicas a través terapia de “desensibilización sistemática en la imaginación”, de acuerdo al siguiente programa:

1. Hacer el listado de las fobias colocando primero las leves y dejando de último los severos.
2. Se entrena al paciente con técnicas de relajación:
 - a. Lo primero que se hace es explicarle que se le enseñará una técnica sencilla para resolver las fobias comenzando con la relajación.
 - b. Se acuesta al paciente en la camilla o en su defecto se le sienta en una silla y se le indica que se afloje el cinturón y se quite la corbata.
 - c. Que inspire lentamente por la nariz y expulse el aire lentamente por la boca.
 - d. Con frecuencia se le está diciendo que “va estar muy relajado y tranquilo, si usted está bien relajado no hay tensión”.
 - e. Se le pide que “aprète todo el cuerpo, brazos, piernas, abdomen y cuello y manténgase así”.
 - f. “Ahora empieza a aflojar los dedos de su mano izquierda, concéntrese en eso y sienta como se relaja. Continúe con el antebrazo, brazo y hombro. Sienta como se relajan los músculos. Su brazo esta tan relajado que al levantarse caerá (el terapeuta le levantara le brazo)”. “Ahora que está relajado su brazo seguimos con la pierna izquierda, empezando con el pie, siguiendo con la pierna y terminando con el muslo (seguir el procedimiento con las mismas frases anteriores)”.
 - g. Sucesivamente se sigue con la pierna derecha, luego el brazo derecho.
 - h. Luego se le pide que “afloje la barriga, sienta como se relaja”. “Ahora relaje su pecho. Sigamos con el cuello. Afloje todos los músculos. Afloje los músculos de la cara, de los ojos de la boca. Para saber si está bien relajado su boca debe queda entreabierta”.
 - i. Se le dice: “Sienta como está todo su cuerpo relajado, sin tensión, como si flotara. Sentirá una especie de sueño, pero no se duerma. Ahora que está relajado físicamente, vamos a relajarlo mentalmente. Imagínese que está bajo un árbol viendo nadar una manada de patos. Que tranquilidad. Que paz. Los patitos siguen de cerca a la pata y puede verse las pequeñas olas que hacen. Todo es tranquilidad. Puede sentir su cuerpo y mente bien relajados”.

- j. “Esta técnica por una semana la practicará en la mañana al levantarse y antes de acostarse en lugar privado donde nadie lo interrumpa. Para relajarse mejor puede escuchar música instrumental de su agrado”.
- k. A la semana siguiente se le vuelve a realizar la relajación en la clínica y una vez lograda la relajación física y mental y se procede a la desensibilización de sus fobias de acuerdo a la jerarquización que hizo en el listado. Tomaremos el ejemplo de Gladys quien presenta los siguientes temores:
- Quedarse en casa con la trabajadora.
 - Estar en el aula de clases.
 - Salir en carro con un hermano y enfrentar un “embotellamiento”.
 - Asistir a un centro comercial con su hermano.
 - Asistir a un centro comercial con un amigo.
 - Viajar sola en un transporte público.
 - Quedarse sola en casa.
 - Salir sola a caminar.
- l. Se le dice “ahora que está física y mentalmente relajado imagínese que está en su casa con la trabajadora. Como está relajada y tranquila no siente ningún miedo. Puede verse en la sala, en su cuarto sin ansiedad. Es imposible sentir ansiedad si se está bien relajada”.
- m. La paciente continuará enfrentando imaginativamente las fobias en su casa, pasando a la siguiente hasta que logre estar sin temor en la situación imaginaria.
- n. Se le da cita en una semana para ver los progresos y una vez comprobado los resultados se procede a la siguiente etapa de “desensibilización en vivo”, en la que la paciente afronta cada una de las fobias en la realidad de acuerdo al listado, haciendo las tareas paso a paso y afirmándole que está preparada para ello. Se le explica que si al entrar en contacto con la situación temida siente ansiedad, hacer el esfuerzo en mantenerse en el lugar, respirando relajadamente y diciéndose que el miedo pasará en pocos minutos. Se le debe recomendar no tomar alcohol y si está tomando ansiolíticos no deberá tomarlos en 4 horas antes de hacer las prácticas.

- o. A veces es necesario pedir la colaboración de un amigo o un miembro de la familia.
- p. Para facilitar la supervisión la paciente debe llevar un diario en donde escriba la situación, la ansiedad experimentada y la fecha de la prueba.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

1. Utilizando la metodología antes descrita muchos pacientes con fobias no necesitan medicación.
2. En caso de utilizar ansiolíticos, hacerlo por períodos cortos.
3. En la fobia social no generalizada (miedo a hablar en público) se indica tratamiento con betabloqueadores (propranolol de 20 a 40 mgs. 45 minutos antes de hablar en público) y en la generalizada, se indican los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o inhibidores de la MAO (Moclobemida) y benzodiazepinas (clonazepam o alprazolam).
4. En el caso de miedo a volar un método alternativo consiste en administrar una benzodiazepina como el alprazolam 0.5 mgs. la noche antes de viajar, al momento de salir de la casa al aeropuerto y al momento de tomar el avión. Podrá repetirse una dosis más durante el vuelo si es necesario. Se le advierte que no deben tomar bebidas alcohólicas.

CUADRO 30

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS FOBICOS

I. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Psicoeducación.
2. Terapia de desensibilización sistemática en la imaginación y en Vivo.

II. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Betabloqueadores (en fobia social no generalizada).
2. Benzodiacepinas.
3. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
4. Inhibidores reversibles de la MAO.

XI. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

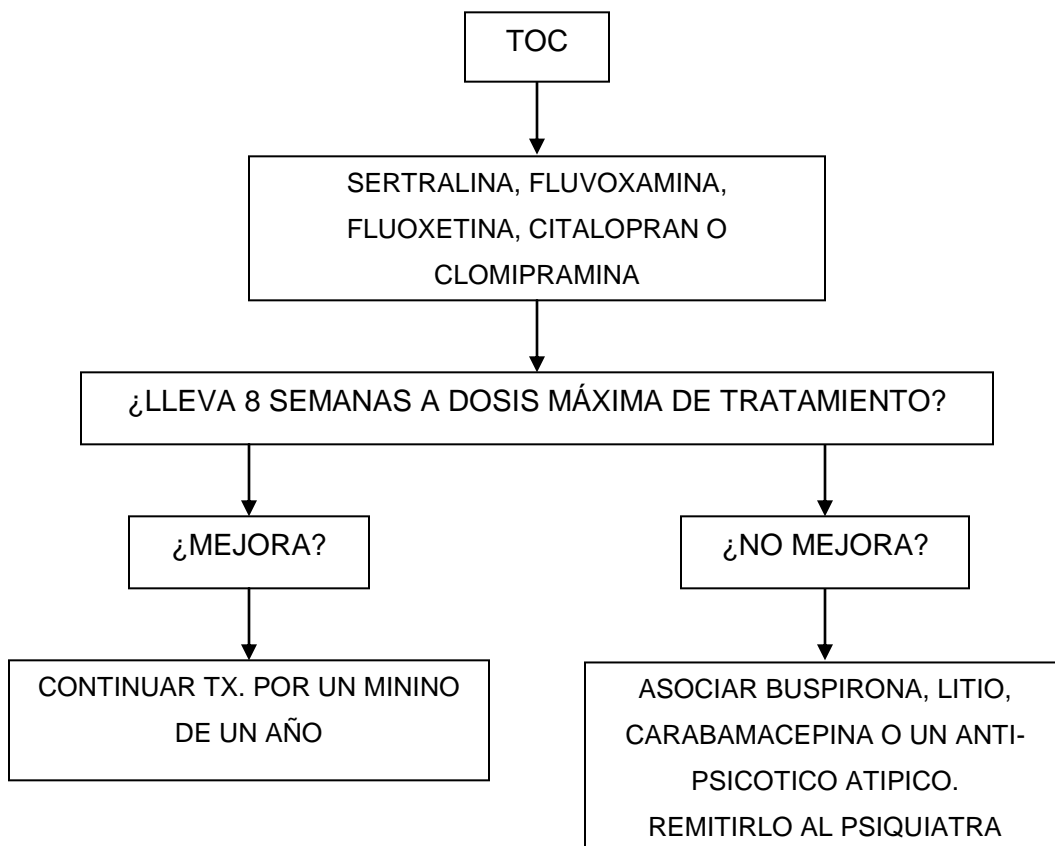
CUADRO CLINICO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes, suficientemente severas para causar sufrimiento marcado e interferir en la rutina normal, en el funcionamiento o en las relaciones interpersonales. No son motivo de consulta frecuente en atención primaria.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, involuntarios e indeseados (p. ej. pensamientos sexuales, de contaminación, de duda, de violencia)

Las compulsiones son comportamientos que se realizan de una forma ritual (p. ej. lavado de manos, comprobaciones, recuento).

TRATAMIENTO DEL TOC



FICHA CLINICA

Juan Carlos de 39 años de edad, casado, con 3 hijos, gerente de una compañía, sin antecedentes psiquiátricos de importancia, quien inicia hace cinco meses, posterior a haberse embriagado con sus amigos temor a que durante la fiesta haya tenido comportamiento homosexual. No recordaba lo que había hecho en la última parte de la noche y se le metió la idea de que pasado de copas le haya tocado las piernas a cualquiera de sus amigos, lo que le provocaba ansiedad severa. Llama a sus dos amigos para preguntar que había pasado durante la noche. Uno de ellos le comentó que recordaba muy poco por esta muy ebrio y el otro le manifestó que habían estado departiendo con mujeres. Al preguntarles si él había presentado algún comportamiento extraño, ellos le contestaron riéndose que se dejara de tonterías. Esto fue suficiente para que quedara permanentemente la duda de que haya tenido conducta homosexual, por lo que ya no volvió a salir con los amigos. Su estado de ansiedad aumentaba cada vez que se entrevistaba con varones por temor a que algún ademán pareciera afeminado, lo que hacía desconcentrarse en la plática. Las dudas homosexuales lo atormentaba y para demostrarse que no era intentaba tener relaciones sexuales con su esposa sin poder conseguir erección, lo que hacía revivir sus dudas homosexuales. Para poder controlar las ideas obsesivas y disminuir su ansiedad se observaba a cada momento en el espejo buscando algún detalle afeminado, practicaba como colocar las manos, pararse, mirar y caminar antes de salir al trabajo. Al estar platicando con personas particulares estaba más pendiente de cómo realizaba los ademanes que en el contenido de la conversación. No lograba concentrarse en su trabajo y su rendimiento empezó a bajar. Fue evaluado por un especialista en psiquiatría quien diagnosticó trastorno obsesivo compulsivo y le inició tratamiento con clomipramina pero se tuvo que cambiar a sertralina 40 mgs. por exagerados efectos secundarios. Se le programaron sesiones semanales en la que se incluyeron los siguientes aspectos: Psicoeducación, técnicas sencillas cognitivo-conductuales y apoyo psicológico. La mejoría se empezó a observar a las 7 semanas, manteniéndose asintomático durante los últimos 10 meses, por lo que se planificó la suspensión gradual de la sertralina en un periodo de 8 semanas.

RECONOCIMIENTO Y EVALUACION

QUEJAS PRESENTES

- Los pacientes pueden presentar dificultad para concentrarse por "pensamientos tontos" que lo distraen, temor a perder la razón y síntomas de ansiedad. Durante la primera consulta el paciente difícilmente querrá hablar del contenido de sus pensamientos.
- Pueden observarse tics o rituales durante la entrevista.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

La característica esencial del trastorno obsesivo compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes, suficientemente severas para acusar sufrimiento e interferir en su funcionamiento.

Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos recurrentes, intrusivos e indeseados; son descritos como sin sentido, absurdos, indeseables y repugnantes, que se acompañan de mucha ansiedad.

Los temas más comunes de las obsesiones se centran en:

1. Agresión: Hacerse daño a si mismo o a otros, tener imágenes violentas, temor a expresar obscenidades, temor a robar, etc.
2. Contaminación: por gérmenes, suciedad o contaminantes que conducen a temores irracionales sobre enfermedades.
3. Sexo: Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos, dudas homosexuales.
4. Religión: Pensamientos blasfemos, preocupación excesiva por lo moral.
5. Simetría y exactitud: Preocupación de que pueda suceder algo grave, a menos que las cosas se encuentren simétricos o exactos.
6. Somático: Preocupación excesiva por una parte del cuerpo, por una enfermedad o padecimiento.

7. Otros: Necesidad de saber o recordar, a decir o no decir las cosas, sonidos, palabras o música intrusiva y sin sentido, sentirse perturbado por sonidos o ruidos, números de buena o mala suerte, colores con significación especial, miedos supersticiosos.

Las compulsiones son actos sin objetivo, que se repiten de modo estereotipado (rituales) para reducir o neutralizar la ansiedad asociada con las obsesiones. El 90% de los pacientes presentan obsesiones y rituales compulsivos, mientras que el 10% exhiben solamente rumiaciones obsesivas.

Las compulsiones comunes incluyen:

1. Compulsión de limpieza y lavado: Lavado de manos excesivo o ritualizado o rutinas para hacer sus necesidades, limpieza de utensilios u otros objetos, medidas para eliminar contacto con contaminantes.
2. Compulsiones a revisar: Revisar cerraduras, estufas, aparatos, etc., a que hizo o no hizo daño a otros, que nada horrible ocurrió u ocurrirá , que no se hayan cometido errores.
3. Rituales de repetición: Releer o reescribir, repetir actividades rutinarias (entrar/salir por una puerta, sentarse/pararse en la silla).
4. Compulsión a contar.
5. Compulsión a ordenar o arreglar.
6. Compulsión a guardar o coleccionar (no confundir con pasatiempos).
7. Otros: Rituales mentales, elaborar listas en exceso, necesidad de decir, preguntar o confesar, necesidad de tocar, acariciar o frotar, rituales de parpadeo y fijar la mirada, rituales para comer, conducta de autodaño o automutilación, comportamientos supersticiosos, medidas para prevenir daño a si mismo o a otros, rezar.

CUADRO 31

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGUN EL DSM IV

1. Se cumplen las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (a), (b), (c), (d):

- (a) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- (b) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (c) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- (d) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (a), (b):

- (a) comportamientos (ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- (b) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos y operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

CONTINUA...

CUADRO 31

...VIENE

2. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: este punto no es aplicable a los niños.
3. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo representan una pérdida de tiempo (suponen mas de una hora al día) o interfiera marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
4. Si hay otro trastorno del Ejemplo I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a, (ej. preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
5. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si tiene poca conciencia de enfermedad, si durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Con frecuencia los síntomas depresivos y obsesivo-compulsivos coexisten, en este caso dar prioridad a los primeros y diagnosticar trastorno depresivo.
2. Si las ideas perturbadoras de carácter recurrente se relacionan exclusivamente con el miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad importante y este miedo deriva de la incorrecta interpretación de síntomas físicos, en vez de un trastorno obsesivo compulsivo debe diagnosticarse una hipocondría.

3. Se excluyen del diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo la "compulsividad" en el comer (ej. trastornos alimentarios), en el comportamiento sexual (ej. parafilias), el juego (ej. juego patológico) o consumo de sustancias (ej. dependencias o abuso de alcohol).
4. Si los pensamientos, impulsos, imágenes o compulsiones se relacionan exclusivamente con la propia apariencia diagnosticar trastornos dismorfobólicos corporal o con un objeto o situación temidos, corresponde a una fobia específica o social.
5. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad comparten semejanzas nominales, pero en este caso la persona desde el principio de la vida adulta, está permanentemente preocupado por el orden, el perfeccionismo y el control, pero no tiene los síntomas agudos obsesivos o compulsivos que lo hagan sufrir ni interferir en su funcionamiento.

CUADRO 32

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. Trastorno depresivo | 5. Parafilias |
| 2. Hipocondriasis | 6. Juego patológico |
| 3. Trastornos fóbicos | 7. Abuso de sustancias |
| 4. Bulimia | 8. Dismorfofobia |

CUADRO 33

OBSESIONES Y COMPULSIONES CORRESPONDIENTES

OBSESIONES

COMPULSIONES

Enfermedad	→	Comprobación de cuidado
Contaminación	→	Lavado/limpieza
Duda	→	Comprobación/repetición
Orden y simetría	→	Comprobación
Impulsos agresivos	→	Comprobación/repetición
Perder cosas	→	Atesoramiento
Preocupación sexual	→	Comprobación
Pensamientos blasfemos	→	Lectura de biblia/confesión

COMORBILIDAD

- El 80% de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo presentan depresión.
- El 70% de los pacientes con síndrome de la Tourette cumplen criterio para trastorno obsesivo compulsivo.
- Los tics motores crónicos en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo es dos veces mayor que en la población general.
- El trastorno obsesivo compulsivo se detecta hasta en un 10% en anorexia nerviosa y un 11% de los pacientes con esquizofrenia.

TRATAMIENTO

El objetivo último del tratamiento es la reducción de los síntomas. La combinación de técnicas conductuales y farmacológicas resulta más eficaz con frecuencia que cualquier estrategia aislada.

Es recomendable que el médico comparta el cuidado de estos pacientes con un psiquiatra.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Psicoeducación: Se le explica al paciente y al familiar que los pensamientos, imágenes y temores que él no puede controlar son solo síntomas del trastorno obsesivo compulsivo, enfermedad que es susceptible de un abordaje terapéutico y que nada tiene que ver con la locura. En el caso de Juan Carlos se le tiene que aclarar que la falla en el coito es producto de sus altos niveles de ansiedad.
2. Utilizar una terapia conductual sencilla, en la que el médico programe sesiones semanales de 15 minutos de duración durante 17 semanas. Este método de "prevención de las respuestas", consiste en:
 - a. Que el paciente prepare un listado de las situaciones que le generan sus temores obsesivos, ordenándolas en una forma que aparezcan primero las mas fáciles de afrontar y de último las mas difíciles.
 - b. Pedir al paciente que se exponga a las cosas o situaciones que teme de acuerdo al listado. En el caso de Juan Carlos la exposición se iniciará con familiares, luego con amigos, compañeros de trabajo y por último con sus clientes.
 - c. Animarlo a que permanezca en contacto con esos objetos, personas, situaciones y se abstenga de hacer (o al menos lo retrase por dos horas) sus rituales compulsivos. En el caso de Juan Carlos que no se vea en el espejo para hacer sus rituales de comprobación. En las siguientes citas se planifica las nuevas exposiciones: a su familia, amigos, etc., motivándole a que permanezca en la situación sin estar "chequeándose" sus ademanes y posturas.

- d. Que el paciente haga estas tareas y anote en un diario los resultados de la prevención de las respuestas en las sesiones de exposiciones, el retraso de los rituales y el sufrimiento experimentado.
- e. Los resultados se revisan rápidamente en cada consulta y se le da una nueva prescripción de exposiciones.

Los pacientes aprenden que la evitación y los rituales consumen más tiempo y son menos eficaces para reducir el sufrimiento y la disfunción, que la exposición.

Muchos pacientes han olvidado como se hacen las cosas normalmente después de muchos años de comportamiento ritualista, por lo que es importante enseñarles los comportamientos normales de las actividades como ducharse, lavarse las manos, cepillarse los dientes, preparar los alimentos, limpiar la casa, hacer compras, etc. Es importante que un miembro de la familia o un amigo participen como "co-terapeuta", proporcionando ánimo y ayuda en la técnica de "prevención de la respuesta". En el caso de Juan Carlos la intervención de la esposa resultó de mucha ayuda.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los más utilizados son los fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina y la clomipramina. También son utilizados los inhibidores de la MAO. Para obtener buenos resultados se requieren dosis altas y esperar respuesta entre 6 y 8 semanas como mínimo y debe mantenerse al menos por 12 meses y cuando se programe finalizarlo debe disminuirse la dosis paulatinamente. En caso de no obtener buenos resultados se puede potenciar el efecto con litio, clonidina, carbamacepina, buspirona, ziprazidona, risperidona, olanzapina.

- Clomipramina: 150 a 300 mgs/d
- Fluvoxamina: 200 a 300 mgs/d
- Fluoxetina: 40 a 80 mgs/d
- Sertralina: 100 a 250 mgs/d
- Paroxetina: 40 a 80 mgs/d

El uso de ansiolíticos (buspirona, benzodiacepínicos) debe restringirse a períodos cortos cuando la ansiedad es intensa.

CUADRO 34

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

I. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Psicoeducación.
2. Terapia conductual.

II. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

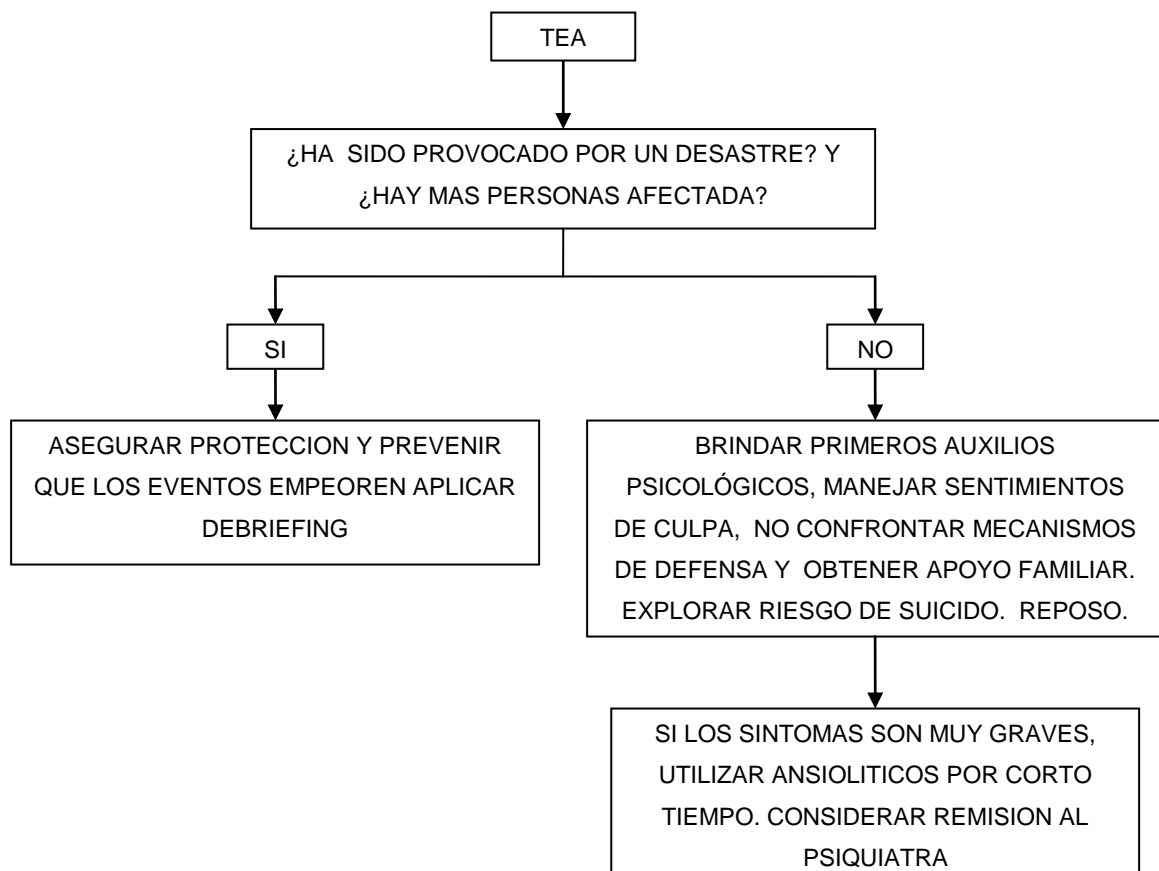
1. Clomipramina.
2. Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina.
3. Ansiolíticos.
4. En caso de refractariedad se utilizan aumentativos: buspirona, litio o antipsicóticos atípicos, clonidina, carbamacepina.

XII. TRASTORNO DE ESTRES AGUDO

CUADRO CLINICO DEL TRASTORNO DE ESTRES AGUDO (TEA)

El TEA se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad severos, de síntomas disociativos (trance, sensación de irrealidad), ira, agitación, aislamiento, insomnio y "embotamiento" asociados a una experiencia traumática (p. ej. agresiones físicas, agresiones sexuales, atraco, accidentes, guerras, secuestro, tortura, desastres, recibir información de padecer una enfermedad mortal). Los síntomas son cambiantes y duran de 2 días a 4 semanas.

TRATAMIENTO DEL TEA



FICHA CLINICA

Alexa es una adolescente que fue víctima de violación por un amigo, situación que ocultó a sus padres. Ella ha estado sumamente ansiosa, muy inquieta, sin apetito, llorando constantemente y no logra conciliar el sueño. Al cuarto día los padres la observan extraña como "ida", la invitan a comer y se queda mirando la comida y no responde a las preguntas. Momentos después irrumpe en llanto, sale corriendo para su habitación. Momentos después la encuentran inmóvil en la cama sin responder a los llamados de sus padres. En estas condiciones es llevada al servicio de emergencia del hospital. El médico le practica el examen físico y neurológico que es normal, llamándole la atención que aunque no responde a los estímulos verbales ni dolorosos, su mirada se mantiene fija y en sus ojos aparecen frecuentemente lágrimas. Al preguntarle a los padres si la paciente ha tenido algún problema, ellos refieren que ninguno. El médico les pide a los padres que lo dejen solo para hablar con ella y a los diez minutos de estar intentándolo, comienza a llorar y minutos después le comenta que fue víctima de un abuso sexual y teme la reacción que sus padres tomarán. La paciente acepta que el médico informe a sus padres de lo sucedido y luego de conversar con ellos y explicarles la importancia de su apoyo, ellos la abrazan y le verbalizan su total apoyo. El médico le prescribe alprazolam 2.5 mgs por 3 días y lo remiten a una psicóloga amiga de la familia.

RECONOCIMIENTO Y EVALUACION

QUEJAS PRESENTES

El paciente presenta comportamientos cambiantes que incluyen ansiedad, ataques de pánico, llanto, sensación de irrealidad, "embotamiento" y "estados de trance".

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

La característica esencial del trastorno de estrés agudo es:

1. La aparición de síntomas de ansiedad, de síntomas disociativos y de otro tipo, asociado a la exposición de un acontecimiento traumático de carácter extremo.
2. La experiencia traumática constituye una seria amenaza a la seguridad o integridad física de una persona o de personas queridas (agresiones físicas,

agresiones sexuales, atraco, accidentes, incendio de la vivienda, huracanes, inundaciones, guerras, ataques terroristas, secuestro, tortura, ser tomado como rehén, diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales, etc.).

3. Los síntomas son cambiantes e incluyen "embotamiento", "estados de trance", sensación de irrealidad, insomnio, depresión, ansiedad, ira, ataques de pánico, aislamiento.
4. Los síntomas duran de 2 días hasta 4 semanas (CIE 10, DSM-IV).

CUADRO 35

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRES AGUDO DE ACUERDO AL DSM IV

1. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (A) y (B):
 - (A) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o mas) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (B) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
2. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o mas) de los siguientes síntomas disociativos:
 - (a) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
 - (b) Reducción del conocimiento de su entorno (ej. estar aturdido).
 - (c) Desrealización.
 - (d) Despersonalización.
 - (e) Amnesia disociativa (ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

continua...

CUADRO 35

...viene

3. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flash back recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
4. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
5. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (ej. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
6. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de la familia.
7. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y máximo de 4 semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
8. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno persistente de los ejes I y II.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Algunos síntomas que aparecen después de un acontecimiento traumático son comprensibles y razonables, por lo que debe de considerarse que se trata de una respuesta normal de estrés. Solo debe considerarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo si el malestar clínico es significativo, dure al menos 48 horas, que interfiera con la actividad del individuo o que afecta la realización de tareas indispensables como obtener asistencia necesaria o movilizar recursos humanos.

Un acontecimiento traumático puede provocar daños cerebrales por la vía de traumatismos o intoxicaciones y dar síntomas similares al trastorno de estrés agudo o ser secundarios al abuso de alcohol o de otras sustancias que consumían al momento de la situación.

La diferencia entre un trastorno de estrés agudo y de un trastorno de estrés post-traumático se basa en el tiempo de duración. Si pasa de 4 semanas debe ser diagnosticado trastorno de estrés postraumático (DSM IV, CIE 10).

CUADRO 36

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ESTRES AGUDO

1. Respuesta normal de estrés.
2. Daños cerebrales por traumatismos o intoxicaciones.
3. Trastorno de estrés postraumático.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

El tratamiento mas importante es el apoyo psicológico con el objeto de detener el proceso agudo, ordenar sus pensamientos, estabilizar sus emociones, manejar los síntomas agudos de estrés, restablecer su funcionalidad y prevenir complicaciones psiquiátricas (ej. trastorno de estrés postraumático). El manejo incluye:

1. Primeros auxilios psicológicos:
 - a. Permitirle la oportunidad de verbalizar los acontecimientos traumáticos sin bloquear sus respuestas afectivas.
 - b. Hacer énfasis en que las reacciones que tiene son normales y universales en relación al estrés.
 - c. Asegurar la protección de la persona ante la amenaza y prevenir que los eventos empeoren.
 - d. Establecer una buena relación afectiva.
 - e. Manejar el entorno familiar y/o social para calmar el ambiente, proporcionando la información objetiva de la situación del paciente y de la forma de abordar el problema en ese momento y posteriormente.
2. Apoyo psicológico:
 - a. Resaltar y reafirmar las acciones que ella tuvo de defensa.
 - b. Manejar los sentimientos de culpa.
 - c. Evitar poner a las personas a la defensiva.
 - d. No confrontar los mecanismos de defensa que está empleando.
 - e. Explorar la presencia de ideas de muerte y de suicidio.
 - f. Obtener el apoyo de la familia.
3. En caso de desastres pueden realizarse la técnica grupal del debriefing con el objeto de reducir el estrés emocional y físico y restaurar de manera rápida la cohesión y efectividad individual y grupal, bajo la perspectiva de que los afectados son personas normales, con reacciones normales provocados por un evento anormal y que no se trata de una terapia o consejería. El grupo puede ser de 3 a

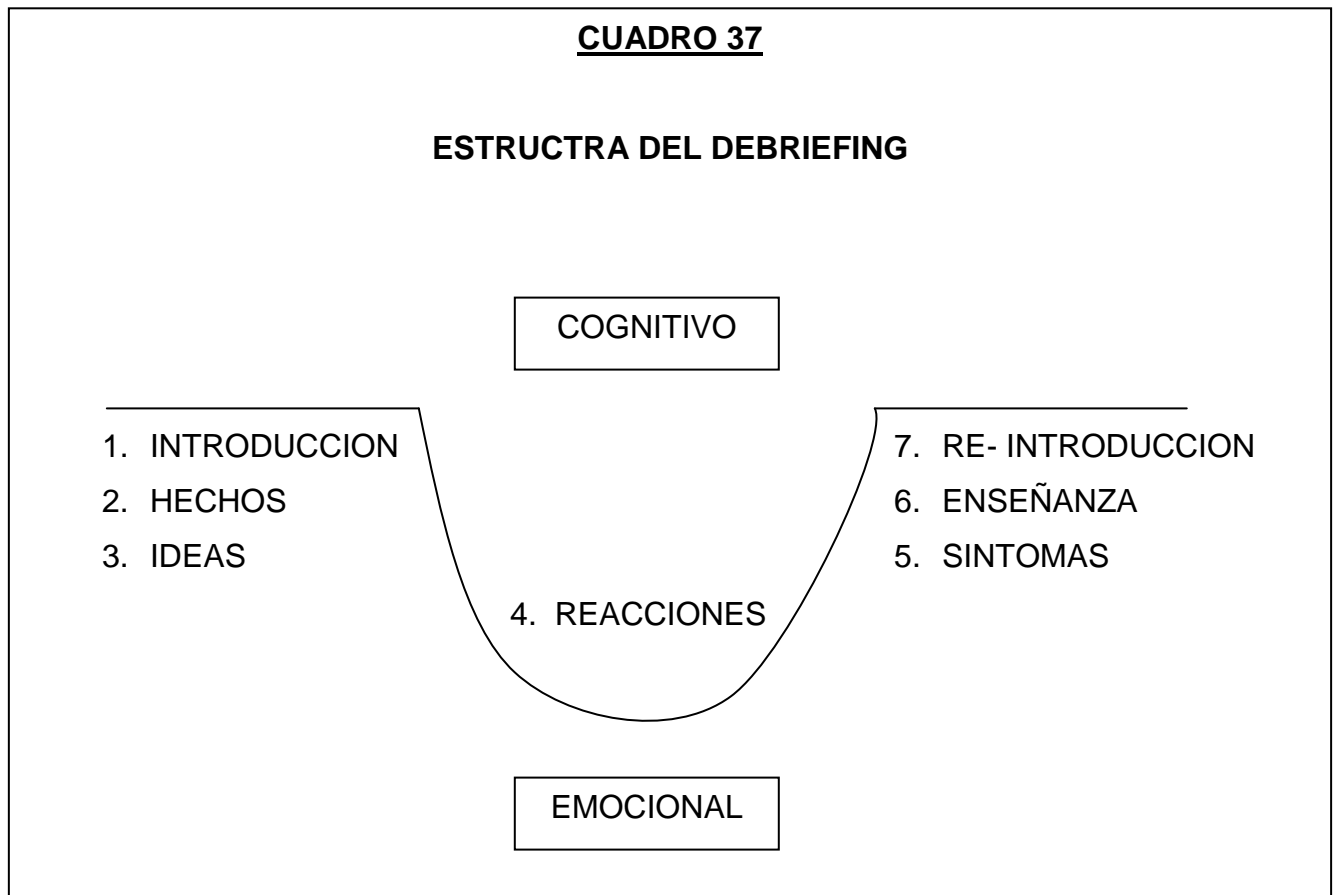
20 y la sesión debe durar dos horas. De preferencia hacer el debriefing 24 a 72 horas después del evento. Consiste en siete fases:

- A. Introducción: El líder presenta a los colaboradores (el asistente en la discusión y el que cuida la puerta para mantener la privacidad). La sesión debe durar dos horas máximo. Explicar las reglas:
- a. No se permite tomar notas o grabaciones.
 - b. No se programan descansos.
 - c. A nadie se obliga a hablar, pero a todos se les recomienda hacerlo.
 - d. Cada orador habla por si mismo y no por los demás.
 - e. Todas las personas son iguales durante el debriefing (las posiciones y rangos se dejan un lado).
 - f. No es una crítica operacional.
 - g. Se buscan hechos y no los defectos.
 - h. Los sentimientos expresados durante el debriefing no debe usarse contra el orador o contra otros.
 - i. Los miembros del equipo permanecen disponibles después del debriefing.
 - j. Estricta confidencialidad.
- B. Hechos. El propósito es reconstruir los hechos en forma cronológica y el líder comienza anticipándose al evento crítico.
- a. Haga la discusión en un círculo.
 - b. Pida a cada uno que diga su nombre y describa lo sucedido.
 - c. Los otros participantes aportan sus observaciones a su debido tiempo.
 - d. El líder pregunta a los que no hablan voluntariamente que hicieron, vieron o escucharon, durante el desastre.
 - e. Si surgen desacuerdos, pida el criterio de los demás.
 - f. Evite discusiones y tomar partida.
 - g. Eventualmente complete la reconstrucción de los eventos.
- C. Pensamientos. El propósito es personalizar el evento.
- a. Se guía a los participantes a pasar de los hechos a los pensamientos.
 - b. Se pide que compartan sus pensamientos durante y después del evento.

- D. Reacciones. En esta fase el líder pregunta como reaccionaron emocionalmente en el evento, haciéndoles hincapié que en tales circunstancias es normal reaccionar con miedo, angustia, vergüenza, enojo, dolor, culpa, etc.
 - a. Identifique y ventile los sentimientos y emociones.
 - b. Hacer énfasis en que se debe expresar, respetar y escuchar los sentimientos.
 - c. Motivar a compartir las reacciones, lo que fue peor del evento, las escenas difíciles, etc.
 - d. Los errores deben ser admitidos, perdonados y justificados.
- E. Síntomas. Se discute las respuestas personales del estrés físico.
 - a. Motivar a que expresen con que síntomas reaccionó el cuerpo ante el evento.
 - b. Legitimar las reacciones físicas y conductuales.
 - c. Que expresen si experimentaron problemas gastrointestinales, frecuencia urinaria, pérdida del control de esfínteres, palpitaciones, dificultad para respirar, dolores, temblor, sobresalto, insomnio, pesadillas, ideas repetitivas, problemas para concentrarse, problemas de memoria.
- F. Enseñanza
 - a. Educar que las reacciones expresadas son normales ante estresores anormales.
 - b. Resumir.
 - c. Enfatizar la normalidad.
 - d. Reducir el sentimiento de que se es una víctima única.
 - e. Enseñar el proceso normal del estrés.
 - f. Enseñar que los síntomas duran poco tiempo.
 - g. Enseñar el manejo del estrés y entrenar en estrategias de enfrentamiento.
 - h. Hablar acerca del duelo.
 - i. Enseñar el autocuidado, incluyendo el que coma y duerma bien y se incorpore rápidamente a trabajar.
 - j. No anticipar o predicar discapacidad a largo plazo.
 - k. Que trabaje aprendiendo a convivir con sus reacciones emocionales.

G. Re-entrada

- a. Complete y cierre la participación.
- b. Miembros del grupo deben estar disponibles para hablar con las personas.
- c. De la mano a cada uno de los participantes.
- d. Hágale un comentario breve a cada uno.
- e. Asigne a un miembro para dar ayuda individualizada al más afectado.
- f. Refrigerio.



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Utilización de benzodiazepinas por tiempo corto para manejo de insomnio y ansiedad.

También puede ser útil los betabloqueadores.

CUADRO 38

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRES AGUDO

I. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Primeros auxilios psicológicos
2. Apoyo psicológico
3. Debriefing

II. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

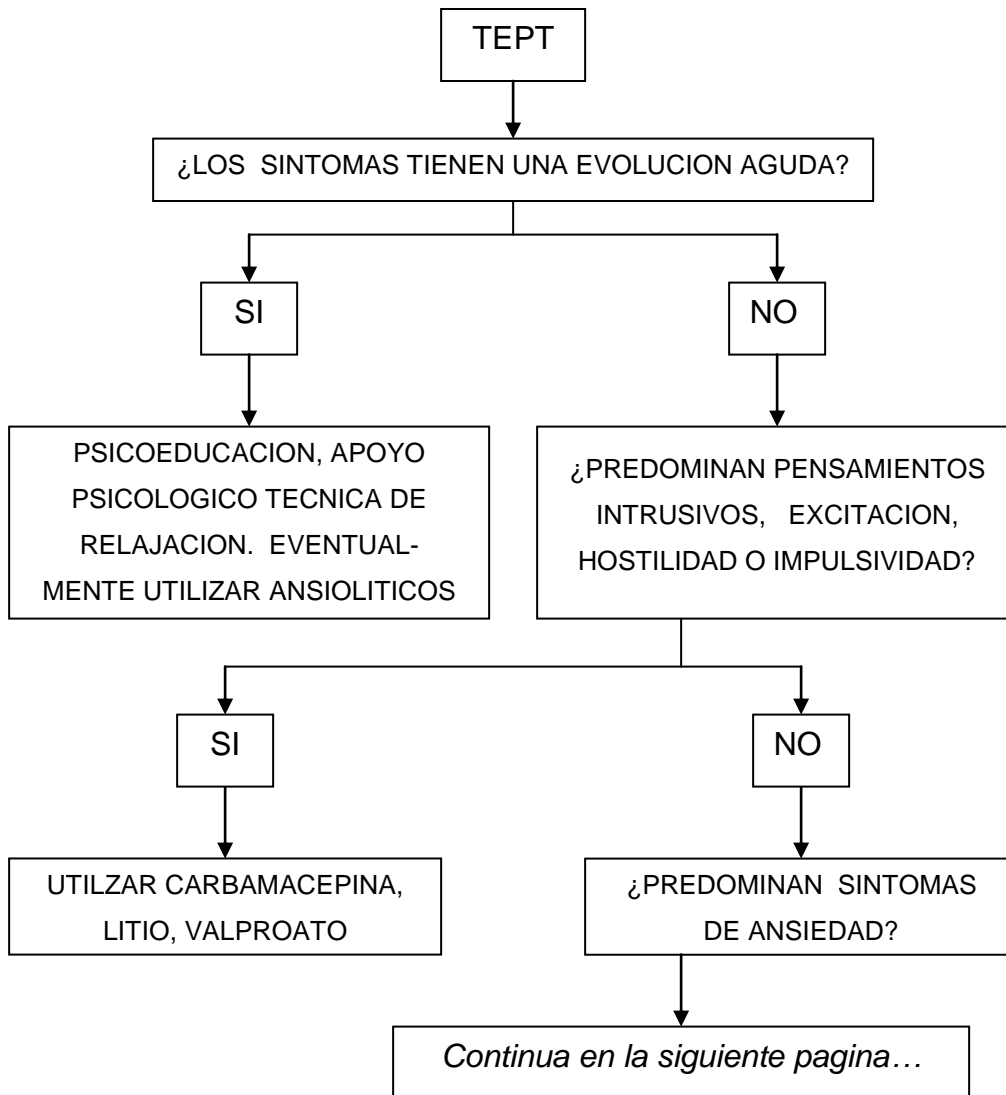
1. Betabloqueadores
2. Benzodiacepinas

XIII. TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

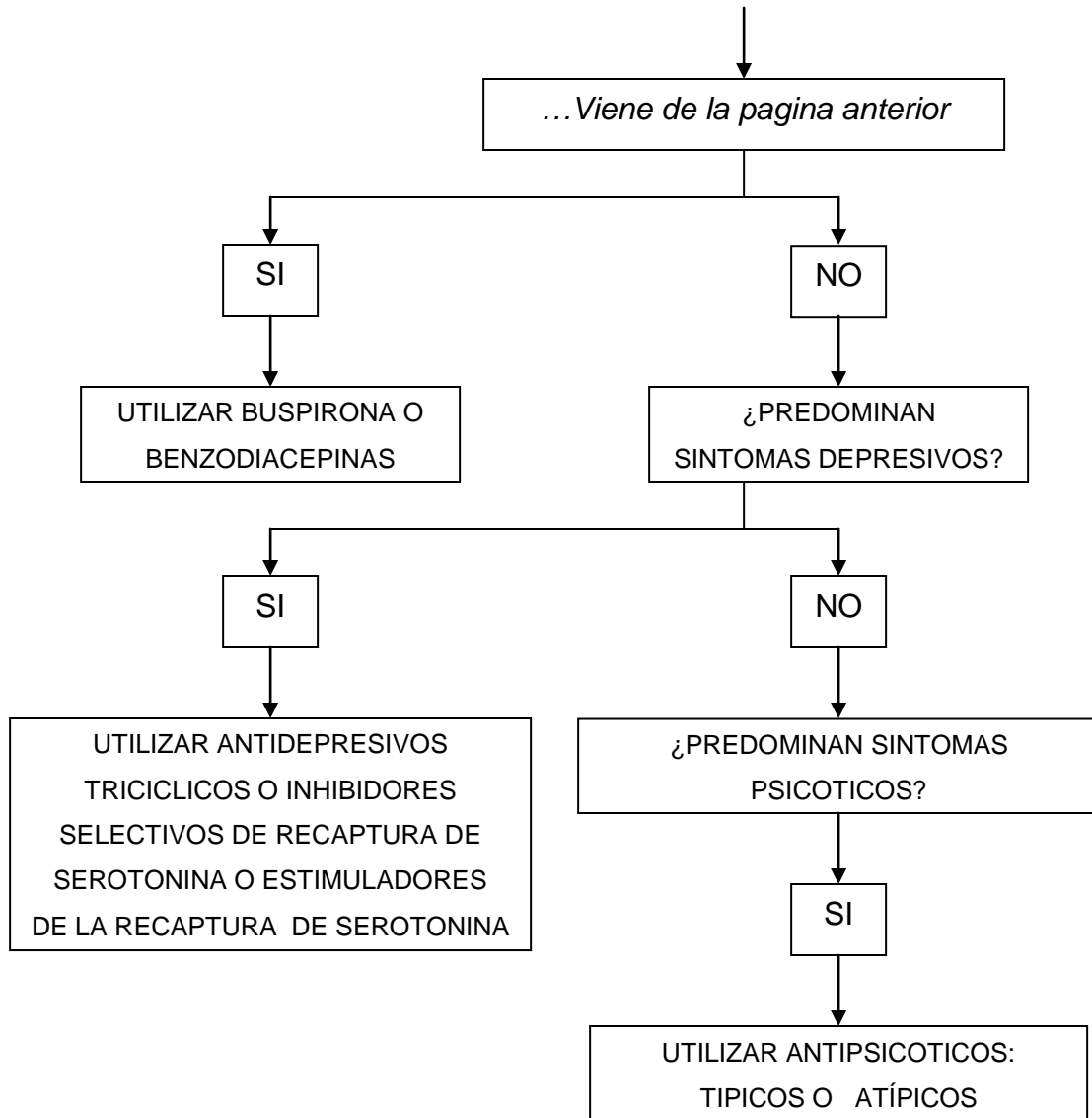
CUADRO CLINICO DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El TEPT aparece en forma diferida o tardía (semanas o meses), después de un acontecimiento traumático fuera del rango de la experiencia humana normal (como un desastre, violación, incesto, secuestro, tortura, accidentes) el paciente puede ser víctima directa del trauma, haberlo presenciado o le han explicado. Los pacientes presentan reexperiencia persistente del trauma, evitación de estímulo asociados al trauma, embotamiento y síntomas de alerta aumentada. Estos síntomas se prolongan por lo menos un mes. El TEPT es agudo si dura menos de tres meses y crónico si dura más de tres meses.

TRATAMIENTO DEL TEPT



TRATAMIENTO DEL TEPT



FICHA CLINICA

Angel de 65 años de edad, casado, profesor de educación primaria consulta al médico de atención primaria 6 meses después del huracán Mitch. El residía en la primera avenida de Comayagüela y su casa se inundó y presenció como su esposa fue arrastrada por la corriente del agua sin poder auxiliarla. Perdió todo sus bienes y ahora convive con uno de sus hijos. El estuvo muy deprimido por dos meses, perdió 10 libras de peso, pasaba culpándose de que no pudo salvar a su señora. Tres meses después presenta mucha ansiedad, cefalea occipital, se despierta a cada rato por tener pesadillas en la que revive la experiencia de la tragedia del Mitch, se siente fatigado, no quiere reincorporarse a su trabajo ya que le parece que no podrá desempeñar sus funciones, porque todo se le olvida y no puede concentrarse en la lectura. Vienen a su mente constantemente los recuerdos de la inundación, y cada vez que llueve la ansiedad es mas fuerte ya que le parece que volver a suceder lo mismo. Le vienen imágenes en su mente, "como retazos de una película" en la que ve casas inundadas y corrientes de agua arrastrando a su esposa. Evita tener noticias sobre las condiciones climáticas. Se ha vuelto irritable y poco comunicativo. Consulta frecuentemente a diferentes médicos por "mala digestión", "falta de apetito y de sueño" y "agotamiento".

El examen físico es normal a excepción de presentar moderado dolor a la palpación del marco cólico. En vista de la presencia de múltiples síntomas psiquiátricos solicita interconsulta al residente de psiquiatría asignado al centro de salud, quien después de la evaluación hace el diagnóstico de trastorno de estrés post-traumático y hace la contrarreferencia para el médico general con un plan de tratamiento con carbamacepina 100 mgs. BID, imipramina 75 mgs. diarios, psicoeducación, apoyo psicológico para superar sus sentimientos de culpa y para motivarlo a reintegrarse a su trabajo una vez mejorado de sus síntomas. El paciente mejora ostensiblemente y a los 40 días de tratamiento se reintegra a su trabajo. El tratamiento está programado a mantenerlo seis meses.

RECONOCIMIENTO Y EVALUACION

QUEJAS PRESENTES

- Insomnio, pesadillas, ansiedad, múltiples síntomas somáticos.
- irritabilidad, olvidos, "embotamiento", falta de concentración, recuerdos o imágenes en relación al evento traumático y exagerada ansiedad al tener estímulos que le recuerdan lo sucedido.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

1. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.
2. Reexperimentación persistente del acontecimiento traumático a través de recuerdos imágenes, pensamientos o percepciones intrusivas, pesadillas relacionados con el trauma, síntomas somáticos y mentales de angustia y vivencia del acontecimiento ante estímulos que le hacen recordar el hecho.
3. Evitación de parte del paciente de estímulos asociados con el trauma y embotamiento
4. Síntomas de activación como dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, sobresaltos y dificultad para concentrarse.
5. Estos síntomas deben durar mas de un mes y por lo general se presentan dentro de los tres primeros meses del trauma.

CUADRO 39

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMÁTICO (DSM IV)

1. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (A) y (B):
 - (A) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o mas) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (B) La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos.
Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
2. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o mas) de las siguientes formas:
 - (A) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 - (B) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
Nota: En los niños pueden haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 - (C) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back, incluso los que aparecen al despertarse o intoxicarse). Nota: En los niños pequeños puede reescenificar el acontecimiento traumático específico.
 - (D) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Continúa ...

CUADRO 39

... viene

3. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o mas) de los siguientes síntomas:
 - (A) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 - (B) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 - (C) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 - (D) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 - (E) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 - (F) Restricción de la vida afectiva (ej. incapacidad para tener sentimientos de amor).
 - (G) Sensación de un futuro desolador (ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
4. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal como indican dos (o mas) de los siguientes síntomas:
 - (A) Dificultad para conciliar el sueño o mantener el sueño.
 - (B) Irritabilidad o ataques de ira.
 - (C) Dificultad para concentrarse.
 - (D) Hipervigilancia.
 - (E) Respuestas exageradas de sobresalto.
5. Estas alteraciones (síntomas de los criterios 2, 3 y 4) se prolongan mas de un mes
6. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si es:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.
- Crónico: Si los síntomas duran 3 meses o mas.

Especificar si es:

- De inicio demorado entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Si los síntomas aparecen durante el primer mes que sigue al acontecimiento traumático es un trastorno de estrés agudo, pero si se prolonga más tiempo es un trastorno de estrés postraumático.

El trastorno de estrés postraumático el factor estresante es sumamente grave mientras que en el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad.

En el trastorno obsesivo compulsivo hay pensamientos recurrentes de carácter intrusivo, que el individuo reconoce como inapropiados y no se relaciona con la experiencia de un acontecimiento traumático.

Los flashback (imágenes) típicos del trastorno de estrés postraumático deben distinguirse de las alteraciones de las percepciones (ilusiones y alucinaciones) que se observan en cualquier tipo de psicosis (DSM-IV).

CUADRO 40

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

1. Trastorno de estrés agudo
2. Trastorno de adaptación
3. Trastorno obsesivo compulsivo
4. Psicosis (ej. esquizofrenia, trastorno bipolar)

COMORBILIDAD

Es imperativo buscar comorbilidad psiquiátrica en los pacientes de trastorno de estrés postraumático, especialmente trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, fobias, abusos de sustancias y trastornos por somatización. Es más, si no se tiene en mente la asociación de síntomas psiquiátricos con un estresor grave, el diagnóstico puede quedar oculto con la presencia de los otros trastornos. Los estudios revelan comorbilidad arriba del 83% (Davidson). En Honduras en un estudio realizado por el postgrado de psiquiatría (1999) en afectados del huracán Mitch se encontró comorbilidad con depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias.

TRATAMIENTO

El apoyo psicológico es fundamental en la recuperación del enfermo con trastorno de estrés postraumático y es un trabajo que puede ser realizado por el médico de atención primaria. El objetivo que se persigue es conducir al paciente a que integre el trauma en la totalidad de su vida. Esta ayuda incluye:

1. Psicoeducación al paciente y a la familia: Explicar los síntomas a partir del efecto de un estresor severo que rompe con las defensas psicológicas y afecta el equilibrio neurobiológico.
2. Escuchar empáticamente.
3. Tener una actitud comprensiva ante las distintas manifestaciones afectivas (enojo, agresividad, llanto) o conductas regresivas.
4. Explorar el significado del acontecimiento traumático.
5. Manejar los sentimientos de culpa por haber sobrevivido al trauma o a consecuencia de acciones u omisiones.
6. Incrementar la capacidad de la persona a conocer la relación de los síntomas con estímulos internos (recuerdos) y externos (noticias, plática, situaciones o personas que evocan el trauma).
7. Facilitar el paso de víctima a un sujeto dueño de su presente y futuro.
8. Facilitar el retorno a su vida normal.
9. Usar técnicas de relajación muscular y control respiratorio para manejar los síntomas de ansiedad e insomnio.

CUADRO 41

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

1. Psicoeducación.
2. Apoyo psicológico.
3. Manejar los sentimientos de culpa.
4. Técnicas de relajación.
5. Apoyar el retorno a la vida normal.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El objetivo es reducir los síntomas intrusivos, el estado de excitación/impulsividad/ansiedad y el embotamiento/ depresión en base a las alteraciones neurobiológicas que se presentan en el sistema noradrenérgico, GABA-benzodiacepínico, dopaminérgico, opiáceo, serotoninérgico y del axis factor liberador de la corticotropina-hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, aparte de un posible mecanismo de "kindling". Por otro lado, es que el trastorno de estrés postraumático casi siempre se acompaña de comorbilidad ansiosa, depresiva, fóbica, psicótica, etc. que requieren tratamiento farmacológico específicos.

El esquema terapéutico depende de la predominancia de síntomas y de la condición comórbida:

1. Predominancia de pensamientos intrusivos, excitación, hostilidad o impulsividad, administrar solo o combinados los siguientes medicamentos:
 - Carbamacepina 200 a 400 mgs TID.
 - Valproato 500 BID.
 - Litio de 600 a 900 mgs. diarios.
 - Propanolol de 40 a 120 mgs. diarios.

2. Predominancia de síntomas de ansiedad, sin marcada depresión, intrusivismo y evitación, prescribir:
 - Buspirona de 5 a 10 mgs. TID.
 - Clonazepan de 0.5 BID.
 - Alprazolam 0.25 o 0.5 mgs. TID.
3. Predominancia de síntomas depresivos, utilizar:
 - Antidepresivos tricíclicos como imipramina. amitriptilina o clomipramina a dosis de 75 a 150 mgs diarios.
 - Otras alternativas están los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (sertralina, 50 a100 mgs diarios, fluoxetina: 20 a 40 mgs./día, citalopran: 20 a 40 mgs./día, fluvoxamina: 100 a 200 mgs./día.), estimuladores de la recaptura de serotonina (tianeptina: 12.5 mgs TID) o inhibidores reversibles de la MAO (Moclobemida: 300 a 600 mgs./día).
4. Predominancia de síntomas psicóticos, escoger uno de los siguientes:
 - Tioridazina de 100 a 400 mgs.
 - Clorpromazina de 100 a 400 mgs.
 - Sulpiride de 200 a 600 mgs.
 - Ziprazidona 80 160 mgs.
 - Olanzapina 5 a 20 mgs. diarios.
 - Quetiapina de 200 a 600 mgs./día.
 - Risperidona de 2 a 6 mgs./día.

CUADRO 42

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

Consideraciones generales:

- Utilizar fármacos de acuerdo a la predominancia de síntomas:
 1. Antidepresivos
 2. Ansiolíticos
 3. Estabilizadores del humor
 4. Antipsicóticos

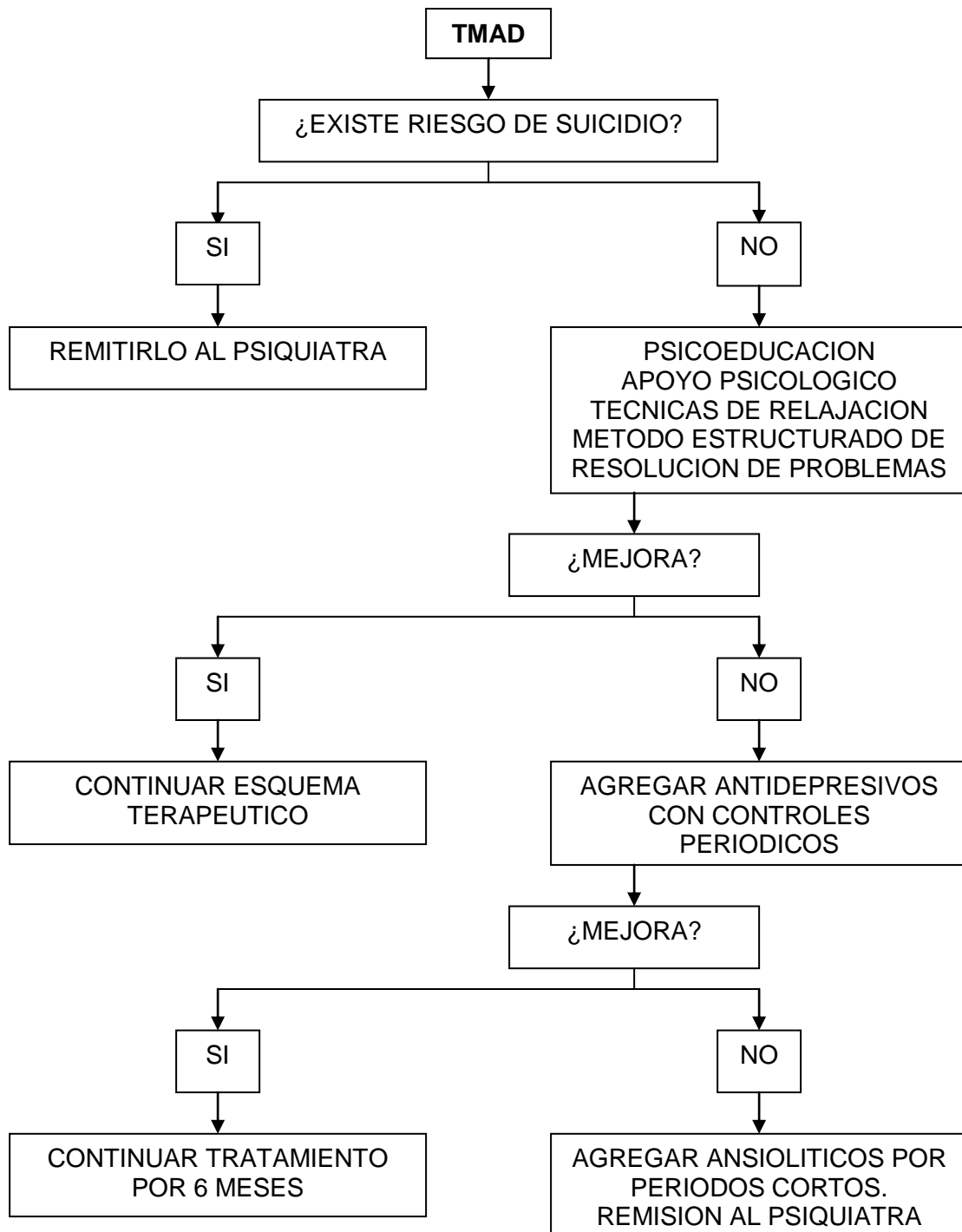
XIV. TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

CUADRO CLINICO DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO (TMAD)

Esta categoría debe usarse cuando estén presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico separado.

Este tipo de enfermos se ve con frecuencia en atención primaria.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO (TMAD)



FICHA CLINICA

Maria Elena es una paciente ama de casa de 25 años de edad, sin hijos y un esposo con problemas de alcoholismo. Ella consulta a su médico de que tiene 4 semanas de padecer de cefalea occipital y sensación de pesadez en toda la cabeza, al preguntarle que otros síntomas ha tenido, la paciente refiere que desde hace 5 días presenta: mucho sueño, intranquilidad, palpitaciones precordiales, "mala digestión", desanimo para realizar los oficios, falta de apetitito e irritabilidad. El examen físico no revela anormalidad, pero le llama la atención al médico su nerviosismo. Le prescribe "te de valeriana", suspender el café, que camine 30 minutos diarios y anima al esposo a asistir a un grupo de AA. Le indica exámenes de laboratorio que incluye glicemia, pruebas tiroideas y hematológico. A los 6 días regresa con los exámenes los cuales son reportados dentro de límites normales, encuentra que la cefalea ha disminuido, está menos ansiosa pero sigue desanimada. El diagnostica trastorno mixto ansioso depresivo y a las indicaciones anteriores agrega, amitriptilina 25 mgs. H.S. la cual tiene que incrementar cada 5 días hasta llegar a 75 mgs. H.S. Le explica los efectos secundarios que puede tener, que espera mejoría en el transcurso de 4 semanas y que si los resultados son favorables, mantendrá el tratamiento por 6 meses.

RECONOCIMIENTO Y EVALUACION

QUEJAS PRESENTES

El paciente presenta al mismo tiempo síntomas de ansiedad y de depresión.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

1. Estado de ánimo bajo o tristeza.
2. Pérdida de interés o capacidad de disfrutar.
3. Ansiedad o preocupaciones predominantes.
4. Los síntomas de ansiedad y depresión aparecen simultáneos pero ninguno predomina claramente, ni tienen la suficiente intensidad como para considerarse un diagnóstico por separado.
5. Frecuentemente aparecen asociados, los siguientes síntomas:

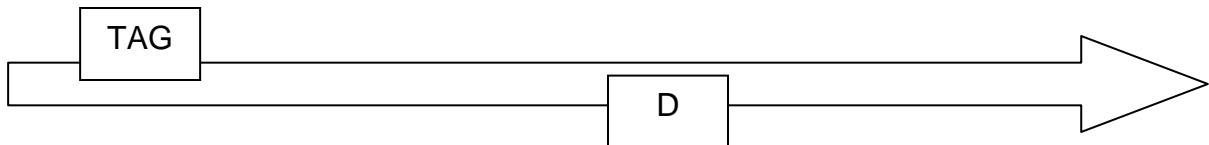
- Trastornos del sueño.
- Astenia y pérdida de energía.
- Falta de concentración.
- Trastornos del apetito.
- Ideas o actos suicidas.
- Pérdida de la libido.
- Temblores.
- Palpitaciones.
- Mareos.
- Sequedad de boca.
- Tensión o intranquilidad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

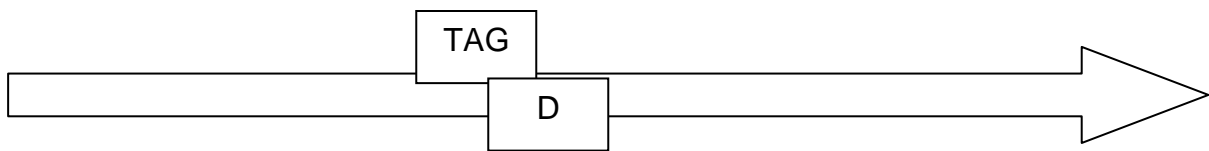
- Si existen síntomas graves y predominantes de ansiedad, diagnosticar trastorno de ansiedad generalizada.
- Si existen síntomas predominantes de depresión, diagnosticar episodio depresivo (cuadro es de evolución aguda), trastorno depresivo recurrente (evolución episódica) o una distimia (evolución crónica).
- Si predominan los síntomas somáticos diagnosticar trastorno somatomórfico.
- Si existe un marcado consumo de alcohol o drogas, diagnosticar trastorno de consumo de alcohol o drogas como co-morbilidad.
- Si existe un estresor psicosocial asociado, considerar un trastorno de adaptación.

CUADRO 43

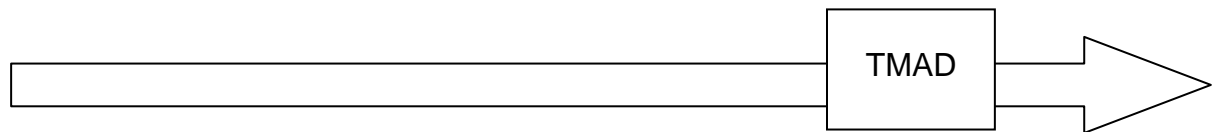
**MODELO DE RELACION ENTRE
ANSIEDAD Y DEPRESION**



1. Trastorno de ansiedad generalizada y depresión, separados



2. Comorbilidad ansiedad-depresión



3. Trastorno mixto ansioso-depresivo

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

TMAD: Trastorno mixto ansioso-depresivo

D: Depresión

CUADRO 44

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

1. Episodio depresivo
2. Distimia
3. Trastorno de ansiedad generalizada
4. Trastorno somatomorfo
5. Trastorno de adaptación

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1. Psicoeducación: explicar la relación de los síntomas con los conflictos (ej. La tensión que le provoca el problema de su esposo a María Elena y que de ninguna manera es debido a su "debilidad de carácter" o por pereza).
2. Enseñar al paciente técnicas respiratorias y de relajación muscular para el manejo de la ansiedad.
3. Enseñar un método estructurado para resolución de problemas (ver página 47).
4. Terapia cognitivo-conductual.

CUADRO 45

**TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-
DEPRESIVO**

1. Psicoeducación.
2. Técnicas respiratorias y de relajación muscular.
3. Método estructurado para la resolución de problemas.
4. Terapia cognitivo-conductual.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

1. La prescripción de medicación debe realizarse si las recomendaciones arriba mencionadas no han funcionado. Es preferible iniciar el tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, tricíclicos o IMAO (ver dosis en la página 50). De persistir síntomas de ansiedad agregar ansiolíticos. El sulpiride a dosis no mayores de 100 mgs puede ser una buena opción (vigilar por amenorrea, galactorrea y aumento de peso).
2. Debe remitirse al especialista en psiquiatría si encuentra riesgo de suicidio o el cuadro persiste por más de 6 semanas.

CUADRO 46

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL TRASTORNO
MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO**

1. Antidepresivos
2. Ansiolíticos
3. Sulpiride

XV. SINDROME DE ANSIEDAD Y ENFERMEDAD MEDICA

Prácticamente todos los pacientes experimentan ansiedad ya sea porque la patología la produce, o es una respuesta emocional a la enfermedad, o que tanto la ansiedad como la enfermedad médica tienen una misma causa o que la misma terapéutica medicamentosa la induzca. Es decir, la ansiedad puede seguir a un trastorno orgánico, ser concomitante a él o precederle.

A continuación se señalan las enfermedades médicas que en forma relevante están asociadas con ansiedad.

ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

“No debemos olvidar que la psicología forma parte de la medicina y que en su mayor parte no es mas que la fisiología de las porciones más altas del cerebro”, Charcot.

La ansiedad acompaña a gran número de trastornos neurológicos. La ansiedad posterior a una lesión cerebral sugiere que la región anatómica afectada puede ser crítica para mediar los síndromes ansiosos. La ansiedad post-infarto cerebral frecuentemente asociada con depresión ocurre mas frecuentemente en lesiones corticales frontales izquierdas que en las subcorticales frontales izquierdas. El trastorno de ansiedad generalizada se ha observado en forma muy temprana después de un infarto cerebral en un 27% y su aparición después de 3 meses se ha visto en el 23%. Se ha encontrado ansiedad en un 20% con enfermedad de Parkinson. Pacientes con lesiones del lóbulo temporal predominantemente derecho se acompañan frecuentemente de ansiedad o ataques de pánico. 10 al 50% de la enfermedad de Huntington se acompañan de ansiedad. Otras enfermedades neurológicas asociadas con ansiedad se enlistan en el Cuadro 47.

CUADRO 47

TRASTORNOS NEUROLOGICOS ASOCIADOS CON SINDROME DE ANSIEDAD

1. Enfermedad vascular cerebral
2. Enfermedad de parkinson
3. Esclerosis Múltiple
4. Enfermedad de Huntington
5. Enfermedad de Wilson
6. Encefalopatía post-traumática
7. Encefalitis
8. Neurosífilis
9. Meningiomas
10. Tumores cerebrales metastáticos y primarios
11. Epilepsia

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Los trastornos cardiovasculares como las arritmias, crisis hipertensiva, cardiopatía congestiva, prolapso de la válvula mitral, infarto del miocardio y las de tipo respiratorio como la enfermedad pulmonar obstructiva y el asma se acompañan de ataques de angustia.

El Dr. Kannel de la Universidad de Boston encontró una relación significativa entre estresores psicosociales y cardiopatía coronaria, en los que se incluyen sobrecarga laboral, cambios de ocupación, preocupaciones personales y desacuerdos matrimoniales.

En los siguientes cuadros se enlistan las principales enfermedades médicas generales y fármacos que suelen asociarse con ansiedad.

CUADRO 48

ENFERMEDADES MEDICAS QUE CURSAN CON SINDROME DE ANSIEDAD

SISTEMA CARDIORESPIRATORIO

- Arritmias
- Crisis hipertensiva
- Cardiopatía congestiva
- Hipoxia
- Enf. pulmonar obstructiva crónica
- Ataque de asma

SISTEMA NERVIOSO

- Crisis parciales complejas
- Enfermedades degenerativas
- Neoplasias Migraña
- Delirium
- Demencia

SISTEMA ENDOCRINO

- Síndrome carcinoide
- Síndrome de Cushing
- Hipo o hiperparatiroidismo
- Síndrome premenstrual
- Feocromocitoma
- Hipoglicemia
- Hipo o hipertiroidismo

ENFERMEDADES DEL OIDO

- Disfunción vestibular
- Enfermedad de Meniere

ENFERM. SISTEMICAS E INFLAMATORIAS

- Poliarteritis nodosa
- Arteritis temporal
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso diseminado

ENDOCRINOPATIAS

- El síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, hipoglicemia, disfunción tiroidea y el trastorno premenstrual

CUADRO 49

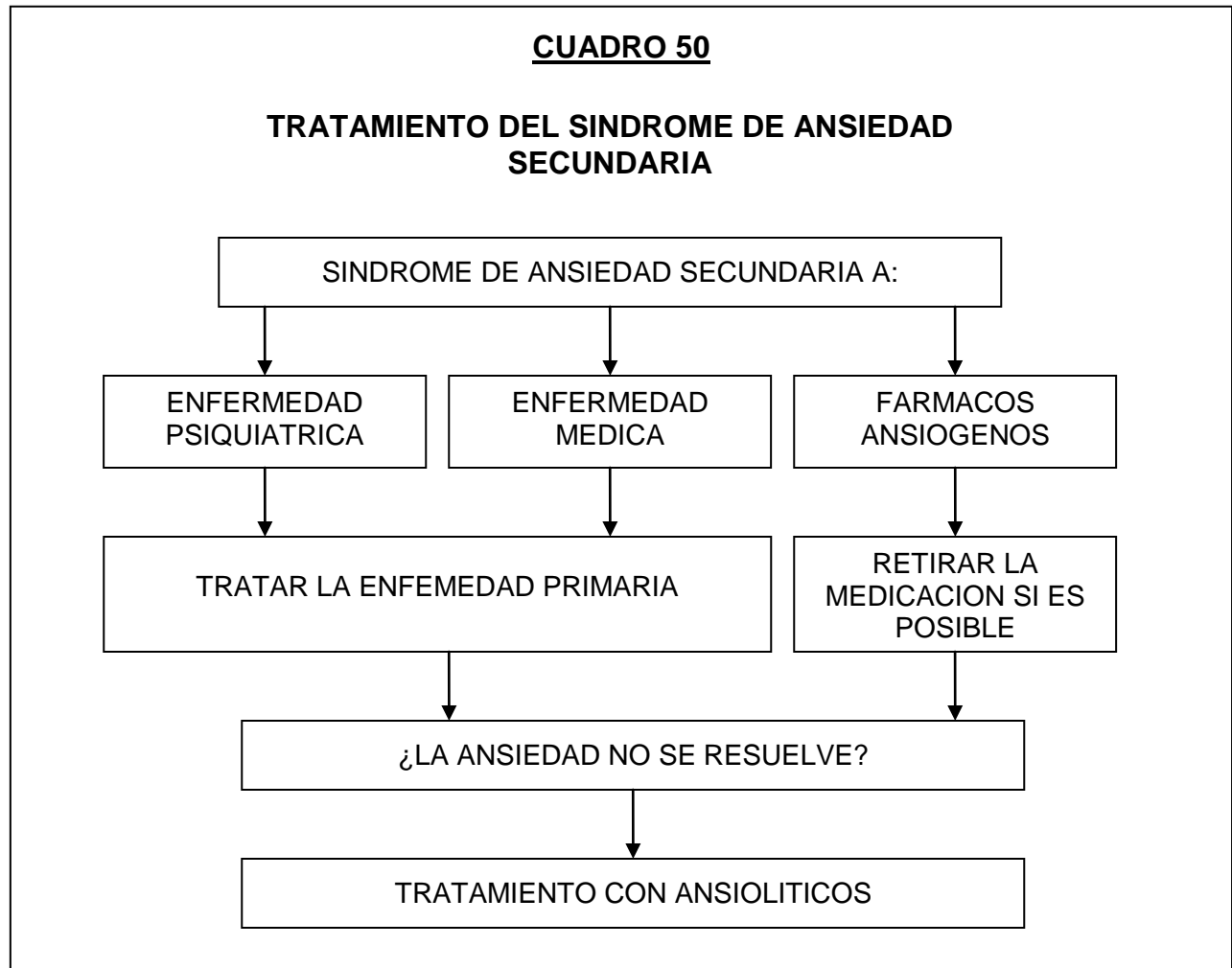
FÁRMACOS* QUE PUEDEN PRODUCIR SÍNDROME DE ANSIEDAD

- Alcohol
- Narcóticos
- Ansiolíticos
- Hipnóticos
- Cafeína
- Opiáceos
- Marihuana
- Anfetaminas
- Cocaína
- Nicotina
- Broncodilatadores
- Teofilina
- Bloqueadores de Ca⁺⁺
- Antihipertensivos
- Estimulantes beta-adrenérgicos.
- Nitrito
- Salicilatos
- Hormonas esteroides
- Anticolinérgicos
- Mercurio
- Disulfuro carbónico
- Benceno
- Arsénico
- Fósforo
- Organofosforados

* Como efecto secundario, tóxico, abuso o abstinencia

TRATAMIENTO DEL SINDROME DE ANSIEDAD SECUNDARIA

El siguiente árbol de decisiones puede ser útil para un manejo de la ansiedad secundaria a una enfermedad o a medicamentos.



XVI. SINDROME DE ANSIEDAD Y DISFUNCION SEXUAL

Los cambios en las costumbres sexuales en las últimas décadas ha llevado consigo “ansiedad sexual” en la población, especialmente en:

1. Personas cuya educación les inculcó actitudes morales rígidas que generan sentimientos de culpa ante cualquier actividad sexual.
2. Quienes están confundidos por el libertinaje sexual.
3. Los que se exigen un mayor rendimiento dentro del prototipo de machismo.
4. Los que temen adquirir enfermedades infectocontagiosas mortales como el VIH o embarazarse; o
5. Los que se sienten fuera de las reglas aceptadas por la sociedad.

Todas estas condiciones suelen producir trastornos de la función sexual. Por otro lado, los trastornos de ansiedad por mecanismos neurobiológicos o psicológicos intrínsecos producen disfunción sexual.

La “ansiedad coital” de acuerdo con Cooper (1969), puede ser de dos tipos: La primera es la de tipo precoz, que aparece en estrecha relación temporal con el primer fracaso coital y por lo tanto ser causal. Justo antes, durante e inmediatamente después del coito. El segundo, lo denomina tardío y se desarrolla meses o años después del comienzo de los trastornos sexuales y lo considera como consecuencia. El encontró que los temores o ansiedades más frecuentes frente al coito fueron: miedo al fracaso (56%), temor a que la mujer lo infravalore (44%), miedo al ridículo (40%), miedo al embarazo (24%), ansiedad por el tamaño de los órganos genitales (15%), temor a una enfermedad (15%), ansiedad inespecífica (11%) y miedo a ser descubierto (7%).

La ansiedad en éstas circunstancias mejora en muchos casos con la psicoeducación y propiciando un ambiente positivo en que el paciente se sienta seguro y pueda expresar libremente, sin temor a una actitud de rechazo por parte del terapeuta. Cuando sea necesario se podrá recurrir a ansiolíticos y medicamentos que mejore la erección en forma temporal y de no obtenerse resultados favorables considerar la remisión al especialista en psiquiatría.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Vallejo-Najera J.A. Introducción a la Psiquiatría. 7ª Ed. Editorial Científico-Médica. Barcelona. 1974
2. Pinoos R (Editor). Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Review. 1994
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7a. Ed. USA. 1994
4. Reyes-Ticas JA. Manual de Exploración Psiquiátrica. UNAH. Honduras. 2000
5. Reyes-Ticas JA. Prevalencia de trastornos mentales en 33 comunidades urbanas de Honduras (En prensa). 2001
6. Goddard A, Charney D. Toward an integrated neurobiology of panic disorder. J Clin Psychiatry; 58 (suppl 2). 1997
7. McGlynn TJ, Metcalf HL (Editores). Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Manual para el Médico
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. 4a. Ed. Washington. 1994
9. Akiskal HS, Hantouche E, Judd LL. Generalized anxiety disorder: from science to art. Acta Psychiatrica Scandinavica. No. 393, Vol. 98. 1998.
10. Masa ronquillo J (Traductor). Trastorno por Angustia y Ansiedad. Conferencia Internacional. Suiza. 1990.
11. Gelenberg AJ, Reiman EM, Ebert MH. Focus on Generalized Anxiety Disorder. J Clin Psychiatry. 62 (suppl 11). 2001.
12. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relation ship to other anxiety disorders. Spain. 1998
13. Shiloh R, Nutt D, Weizman A. Atlas of Psychiatric Pharmacotherapy. United Kingdom. 1999
14. Ayuso JL. Trastorno de angustia. Ed. Martinez Roca. España. 1998
15. Brady LS, Gold PW, Herken Ham M, Lynn AB, Whitfield HJ Jr. The antidepressants fluoxetine, idazoxan and phenelzine alter corticotropa-releasing hormone and tyrosine hidroxilase mRNA levels in rat brain: Therapeutic implications. Brain Res. 1992
16. Vásquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid. 1998

17. Aston-Jones G, Akacka H, Charlety P, Chouvet G. Serotonin selectively attenuates Glutamate-evoked activator of noradrenergic locus coeruleus neurons. *J Neurosci.* 1991
18. Heinze G y col. The coexistence of depression and anxiety. *Salud Mental.* Vol. 22, No. 3, Junio 1999.
19. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento: Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. España.
20. Organización Mundial de la Salud. CIE-10,1992
21. Davidson J. Repairing the Shattered Self: Recovering From Trauma. *J Clin Psychiatry.* 58 (suppl 9). 1997
22. Stein DJ, Hollander E. Anxiety Disorders Comorbid with Depression. Martin Dunitz Ltd. 2002
23. Westenberg HGM, den Boer JA. Social Anxiety Disorder. Syn-Thesis Publishers, Amsterdam. 1999.
24. Marmar CR, Neylan TC, Schoenfeld. Avances en la farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático. *Psiquiatría y Salud Mental.* 2 (3). 2002
25. Cohen R. Salud Mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores. OPS. 1999
26. Prewitt JO. Primeros auxilios psicológicos. American Red Cross. 2001
27. Reyes-Ticas JA. Manual de intervenciones en salud mental para la atención de personas víctimas de desastres. OPS. Honduras. 2002.
28. Rees WI (Editor), Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo. Amsterdam. 1974
29. Cummings JL, Mega MS. Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience. 2003
30. Suárez Richards M. Introducción a la Psiquiatría. Buenos Aires. 2000.
31. Salin Pascual RF. Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría. México. 1997.
32. Yepes LE, Tellez -Vargas JE, Alarcón R. Avances. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Vol 3. 2002
33. Rodríguez AL. Stress y trabajo. Dialogo Médico. Roche.

34. CIBA-GEIGY. Stress: un factor de riesgo coronario. Documenta CIBA-GEIGY. 1988
35. Casas M, Gutierrez M, San Molina L. Adicción a psicofármacos. Ediciones en Neurociencias. 1993
36. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Trastorno Obsesivo Compulsivo. PAC Psiquiatría-1. 1997
37. Reyes-Ticas JA, Sosa C, Barahona A, Moncada R, Paz A. Ataque de pánico: Experiencia en Honduras. Nuevos Aportes Latinoamericanos en Psiquiatría Biológica. Cangrejal Editores Psi. Vol 2. 1997
38. Reyes-Ticas JA. Trastorno por Pánico. Psiquiatría Biológica. Tomo 1. Cangrejal Editores PSI/2. 1993
39. Clinicas médicas de norteamérica. Vol. 4, 1997
40. Kroenke K. El subdiagnóstico y tratamiento inadecuado de los síntomas físicos de la depresión. 157 Reunión Anual de la APA, N. York. USA. Mayo, 2004