

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

*Dr. Guillermo Hernandez G.
Médico psiquiatra
Documento para uso exclusivamente docente.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur
Facultad de Medicina, U de Chile. 2005*

ANSIEDAD NORMAL

La ansiedad es una vivencia universal.

La ansiedad normal surge en respuesta a exigencias de la vida cotidiana como tener que rendir un exámen, o ante una operación quirúrgica; frente a la amenaza de un despido laboral, o por el riesgo de reprobar un semestre académico, etc. En casos como los nombrados la ansiedad opera como señal para buscar la adaptación, suele ser transitoria y la persona la percibe como nerviosismo y desasosiego. En una situación peligrosa con riesgo inminente de daño, la ansiedad puede alcanzar la intensidad del terror o del pánico, por ejemplo en un accidente de tránsito, frente a un asalto o en medio de una catástrofe como un terremoto. Pasado el período de exigencia o de peligro la persona vuelve a su condición basal

ANSIEDAD PATOLOGICA

Si la ansiedad se hace persistente, intensa, autónoma con respecto a los estímulos medio ambientales, desproporcionada a los eventos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento se la incluye entre los trastornos mentales. (1-3). Tabla 1.

Tabla 1.

Ansiedad Normal y Ansiedad patológica

Normal	Patológica
- Semejante al miedo	- Semejante al miedo
- Se origina en estímulos externos reconocibles.	- Se origina por un estímulo interno desconocido.
- Cesa al terminar el estímulo que la origina	- Es persistente e inadecuada al estímulo o al momento en que aparece.

CLASIFICACIONES CLINICAS DE LA ANSIEDAD PATOLOGICA

Hay dos sistemas clasificatorios difundidos que ordenan la ansiedad patológica clasificandola en cuadros clínicos.

La OMS ofrece la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE 10, y dedica el Capítulo V a los Trastornos Mentales y del Comportamiento. En este capítulo la ansiedad clínica se ubica entre los “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, F40-F48.

Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes son denominados trastornos de ansiedad fóbica (F40); en “otros trastornos de ansiedad” (F41) se incluyen el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno mixto ansioso-depresivo, otro trastorno mixto de ansiedad, otros trastornos de ansiedad especificados y el trastorno de ansiedad sin especificación. En F42 se describen los cuadros obsesivo-compulsivos que como los cuadros de F41 están menos relacionados con situaciones específicas o con estímulos particulares. Situaciones de estrés pueden causar trastornos adaptativos o postraumáticos (F43).

En los trastornos disociativos (F44) y somatomorfos (F45), la ansiedad es menos relevante y por lo mismo menos distinguible (4).

Por su parte la Asociación Psiquiátrica Americana, APA, ha creado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM. La versión más reciente de este manual, el DSM-IV-TR, se publicó en inglés en 2000 y en español el 2002 y reconoce doce trastornos de ansiedad. A los trastornos disociativos, somatomorfos y adaptativos les asigna capítulos propios (5, 6).

La CIE 10 enfatiza la presencia de la agorafobia y el DSM-IV-TR enfatiza la presencia del pánico. De allí surgen algunas diferencias de nomenclaturas, por ejemplo, la clasificación OMS habla de agorafobia sin pánico y de agorafobia con pánico. En cambio el DSM IV-TR habla de pánico sin agorafobia y de pánico con agorafobia.

Esto se entiende porque el pánico y la agorafobia pueden estar presentes en todos los trastornos de ansiedad como el dolor y la fiebre pueden estar en cualquier cuadro infeccioso. Hay algunas otras diferencias entre ambas clasificaciones pero más importante que destacarlas mejor es señalar que ambas tienden a homogenizarse como que el DSM IV-TR incluye los códigos de la CIE 10.

La Tabla 2 nombra los trastornos de ansiedad incluidas en una y otra clasificación.

Tabla 2.

Listado de los cuadros de ansiedad incluidos en la clasificaciones de la OMS y de la APA

CIE 10	DSM-IV-TR
F40. Trastornos de ansiedad fóbica	
Agorafobia:	Trastorno de angustia sin agorafobia
Sin trastorno de pánico	Trastorno de angustia con agorafobia
Con trastorno de pánico	Agorafobia sin historia de trastorno por angustia
Fobias sociales	Fobia específica
Fobias específicas	Fobia social
Otros trastornos de ansiedad fóbica	Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación	Trastorno por estrés postraumático
F41. Otros trastornos de ansiedad	Trastorno por estrés agudo
Trastorno de pánico	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastornos de ansiedad debidos a enfermedad médica
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Trastornos de ansiedad inducido por sustancias
Otro trastorno mixto de ansiedad	Trastorno de ansiedad no especificado
Otros trastornos de ansiedad especificados	
Trastorno de ansiedad sin especificación	
F42. Trastorno obsesivo-compulsivo	
Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos	
Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)	
Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos	
Otros trastornos obsesivo-compulsivos	
Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación	
F43. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	
Reacción a estrés agudo	
Trastorno de estrés postraumático	
Reacción mixta de ansiedad y depresión	

SEMIOLOGIA DE LA ANSIEDAD

En general una persona ansiosa se ve muscularmente tensa y sus movimientos se perciben como si estuvieran restringidos. Comparemos a un grupo de jóvenes en un pub disfrutando su descanso de fin de semana con un grupo de jóvenes universitarios esperando su turno para pasar a rendir un examen importante. Los primeros estiran sus piernas buscando la mejor posición, apoyan relajadamente los brazos en el respaldo de la silla del camarada próximo, inclinan el tronco al hablar y lo hacen con soltura y a toda voz; la risa es frecuente y las bromas se suceden, alguno se levanta con presteza y se abre camino para ir al baño, por ejemplo. Los jóvenes que esperan el examen carecen de esta soltura de movimientos, pueden estar con los hombros levantados, interactúan poco entre sí, tienden a permanecer en silencio, la voz no tiene todas las tonalidades sino tiende a hacerse aguda. La expresividad facial está también limitada.

El joven del pub está abierto a todos los estímulos, si pasa un amigo lo ve y lo llama. El joven ante el examen está concentrado en su conocimiento, en qué irán a preguntarle, en qué temas está fuerte o débil; carece de la disposición para interesarse en los estímulos del ambiente, si va al baño puede ser por la poliuria que la ansiedad de la situación le provoca. La piel está pálida, el cabello ha perdido su docilidad.

En la medida que la ansiedad aumenta de intensidad, estos signos se marcan aún más alcanzando su máxima expresión en el pánico.

Para fines prácticos conviene tratar la ansiedad como sinónimo de la angustia y relacionarla con el miedo. Si aceptamos el miedo como una emoción básica podemos describir la ansiedad con los atributos propios de toda emoción: un componente neurovegetativo, un componente motor y un aspecto cognitivo.

El componente neurovegetativo se expresa por un conjunto de manifestaciones físicas como palpitations, taquicardia, dolor torácico, opresión al pecho, sensación de nudo en la garganta; molestias respiratorias como hiperventilación, sensación de asfixia o falta de aire, disnea; molestias digestivas como alteración del tránsito intestinal, dolor de estómago, diarrea, vómitos o sensación nauseosa; síntomas genitourinarios como poliuria o amenorrea. Los síntomas pueden ser también cefalea o más difusos como mareos, sensación de inestabilidad en la marcha, sensación de debilidad corporal, anorexia, parestesias, rubor o palidez de la piel. La ansiedad puede perturbar y dar lugar al llanto con poco estímulo.

En la esfera motora puede haber tensión muscular, incapacidad para mantenerse relajado en el mismo sitio, temblor de las manos y en la cara un extenso conjunto de sutiles

movimientos como aumento del parpadeo o latido de los párpados, cambio en la tensión de los labios etc., que le dan a la cara una expresión particular que nos permite reconocer el miedo y la ansiedad.

Todos hemos tenido o visto en situaciones de relativa tensión y más comúnmente en los hombres, ese movimiento repetitivo y rápido, como tembloroso, de las rodillas que se separan y juntan o suben y bajan. A veces ese movimiento y otros operan como reductores de la angustia.

En el plano cognitivo la persona con ansiedad está primeramente orientada a sus preocupaciones, vicisitudes y temores “internos” y pierde fluidez para relacionarse con el entorno, así le cuesta interactuar adecuadamente con otros, organizar y ejecutar sus actividades con éxito, recoger datos y estímulos del entorno y almacenarlos adecuadamente, etc. De ahí que los pacientes se quejen de que piensan mucho, que no pueden concentrarse en nada, que olvidan, que está fallando su memoria, que no están como antes, etc. La sensación de desasosiego o inquietud puede expresarse como deseos de huir lejos, de no querer que nadie les hable, de querer estar solas, de volver a su ambiente habitual si se encuentran fuera de él.

Naturalmente no todos los síntomas se dan en un mismo sujeto sino ciertas constelaciones. Según que constelación de síntomas y signos se encuentre, que intensidad alcancen, cuanto persistan y qué relación tengan con los estímulos ambientales o internos podrá decidirse si se trata de ansiedad normal o patológica y de ser este el caso, el nombre que reciba el cuadro será según la constelación sintomática que predomine.

Quien sufre de ansiedad es capaz de reconocer que la experimenta y denominarla adecuadamente si se le pregunta si siente angustia; puede también comprender el carácter mental o psicológico del fenómeno y relacionar las molestias físicas con la ansiedad. Pero a menudo ocurre que la persona que se siente “nerviosa” no es capaz de asociar el malestar psicológico y las manifestaciones corporales de la ansiedad y desagregando ambos interprete las molestias somáticas como síntomas sugerentes de enfermedad física o como una enfermedad corporal configurada y busque que se le diagnostique y trate una enfermedad médica del cerebro, del corazón, del sistema digestivo, etc. La consecuencia de estos es que muchos sino la mayoría de los pacientes con ansiedad intensa consultan al médico general o a especialistas como gastroenterólogos, cardiólogos neurólogos, etc. y solicitan que se les practique exámenes de laboratorio, radiológicos, electrocardiogramas o electroencefalogramas para que se establezca con precisión “qué tienen”.

Si el médico no conoce bien las manifestaciones de los cuadros ansiosos, el cuadro mental puede permanecer sin diagnóstico y sin tratamiento o se diagnostica mal y recibe tratamiento equivocado, parcial o insuficiente.

PANICO

También crisis de angustia o crisis de pánico o ataque de pánico.

Aparición súbita de miedo intenso, pavoroso y aterrador acompañado de la sensación de muerte inminente. Se acompaña de la sensación de sofocamiento o falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento y miedo a volverse loco o a perder el control.

AGORAFOBIA

Se reconoce por la aparición de ansiedad o comportamientos de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o se evita concurrir a lugares donde sea imposible encontrar ayuda en el caso en que aparezca una crisis de angustia o síntomas de angustia.

Repetimos que el pánico puede ser normal o patológico y que la agorafobia y el pánico pueden estar presentes en cualquier trastorno de ansiedad

EJEMPLO DE ANSIEDAD “NORMAL” EN EL AMBITO CLINICO

Desde el servicio de medicina solicitan que se preste asistencia psiquiátrica a un hombre de unos 25 años ingresado para tratarlo de una colitis ulcerosa. Se le ofreció instilaciones de un medicamento por vía rectal y él lo ha rechazado terminantemente. Su condición médica es severa. Su tratante refiere que se ha hecho lo posible por convencerlo, se le han dado algunos privilegios como cambiarlo a una sala más cómoda y calentita pero no acepta el procedimiento. En la entrevista psiquiátrica se le pregunta si tiene miedo de algo, él responde luego de algunos titubeos que no puede aceptar que le introduzcan un instrumento por el ano porque podría dar origen a homosexualidad. Se le pregunta por sus experiencias sexuales, su orientación sexual, experiencias de abuso y responde que es heterosexual, que tiene bien definida esta preferencia y que no ha tenido experiencias traumáticas de esta clase. Se le explica que si ello es así no debe temer a ningún cambio pues la orientación sexual se establece definitivamente en la pubertad y él la tiene bien definida. Que el procedimiento que le han propuesto puede ser incómodo, algo vergonzoso, etc., pero en su caso ni en ningún otro como el suyo va a dar lugar a

homosexualidad. Dice que se le saca un gran peso de encima y que se someterá al tratamiento.

Tiempo después un taxista se baja de su auto y aborda al psiquiatra a la entrada del servicio de psiquiatría. Es un hombre joven, bien vestido, de aspecto saludable. Se identifica y le recuerda al médico que se habían conocido en una sala de medicina y la circunstancia en que había ocurrido el encuentro. Le da las gracias al médico porque su intervención le había ayudado a aceptar un tratamiento que lo había mejorado y vuelto a una vida activa y de buena calidad. Que sus temores de aquella época habían sido totalmente infundados.

Si bien el tema es insólito y la resolución casi mágica puede comentarse que una entrevista adecuadamente conducida disolvió la ansiedad del paciente y este no ha vuelto a tenerla.

EJEMPLOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Rasgos comunes a tener en cuenta para el diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad primario: a) Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica; b) los síntomas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. c) las conductas, los síntomas o el malestar interfieren notablemente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o académicas o bien provocan un malestar clínicamente significativo

FOBIA ESPECIFICA

Con algunas controversias se ha estimado como el más frecuente de los trastornos de ansiedad con una prevalencia próxima al 10% en la población general. Sus portadores suelen no consultar por ellos. Los estímulos que la originan son múltiples: - animales, insectos; - tormentas, precipicios, agua; - sangre-inyecciones-daño (estos estímulos tendrían más relevancia en la población médica y la respuesta fóbica suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal); - transporte público, túneles, puentes, ascensores, aviones, lugares cerrados.

Ejemplo 1.

Un hombre casado y estando su esposa embarazada acuerda con ella y con el obstetra participar en el parto. No tiene antecedentes psiquiátricos. El día correspondiente se pone traje de pabellón quirúrgico y entra a la sala de parto a recibir a su hijo. Se ubica en el lugar que se le asigna. De pronto se siente mal y se desmaya. Hay que ofrecerle ayuda para evitar consecuencias y conducirlo a otra sala donde se reponga. En las maternidades en que se permite la participación del padre los profesionales han aprendido que no es una

situación infrecuente e indagan si el progenitor sufre este tipo de fobia (sangre-inyecciones daño) y están alerta por si ocurre la respuesta fóbica en un padre participante.

Ejemplo 2.

Una mujer de 30 años vive en un departamento en un cuarto piso. Debe subir la escalera para llegar hasta su casa. Si por casualidad descubre que en alguna de las paredes de la caja de la escalera hay una araña no puede continuar el trayecto, le viene un miedo incontrolable y se paraliza. Ella sabe que es absurdo, que la araña no puede hacerle daño, pero tiene que llamar a otra persona para que se deshaga del arácnido y por ningún motivo se atreve a hacerlo por sí misma. A pesar de varias experiencias similares no logra superar la situación.

Ejemplo 3.

Una adolescente grita en el baño como si al abrir la ducha se hubiera quemado la piel con agua hirviendo. Sus padres se alarman y corren a socorrerla. Ella señala aterrorizada que se deshagan de una polilla que revolotea cerca de la luz. Siempre le ocurre lo mismo ante ese tipo de insectos.

Ejemplo 4

Una mujer con un cuadro depresivo y un trastorno de la personalidad informa además que es incapaz de someterse a la lluvia de la ducha. La acomete un miedo insoportable así que acepta la incomodidad de asear su cuerpo por partes. Sometida a tratamiento con antidepressivos tricíclicos (imipramina 100-150 mg/día) y a psicoterapia por el trastorno del ánimo, también mejoró su fobia y ha conseguido meterse bajo la ducha pero nunca ha podido dejar que el agua escurra por su cabeza.

Las fobias específicas adquieren significado clínico y requieren ser tratadas cuando interfieren con la vida cotidiana del paciente o lo limitan en actividades importantes. Por ejemplo si una persona tuviera fobia a volar y eso la limitara en una ocupación que incluya desplazarse en aviones, debería tratarse.

El tratamiento consiste en hacer comprender la persona que no se trata de una “maña” o de una característica personal sino de un cuadro clínico. Si el estímulo debe enfrentarse una o solo pocas veces, por ejemplo una persona que viajará en avión por vacaciones o a un congreso puede prescribirse un ansiolítico, una benzodiazepina (BZ) como diazepam

o clonazepan o alprazolam antes de iniciar el viaje y a la mitad del vuelo si este será de muchas horas.

Ejemplo 5 incluido el tratamiento

En el caso de una mujer que se trataba por un trastorno bipolar y tenía también una agorafobia no muy marcada, se descubrió que era incapaz de tomar el ascensor y lo evitaba subiendo por la escalera hasta el duodécimo piso donde tenía la oficina el psiquiatra que la trataba. Se le explicó que era una fobia específica. El psiquiatra le propuso tratarsela.

En uno de los controles la esperó en el primer piso y subió al ascensor con ella. Se sintió angustiada y en el tercer piso abandonaron el ascensor. La mujer siguió por la escalera. En la próxima sesión la mujer acompañada por el psiquiatra hizo todo el trayecto sin sentir angustia. Entonces el psiquiatra la instigó a subir sola hasta el tercer piso donde él subiría al ascensor. Así se hizo y la mujer que había adquirido una discreta angustia en el trayecto sola, se tranquilizó cuando se sintió acompañada por el psiquiatra y juntos llegaron al duodécimo piso. Después acordaron como meta que la mujer llegara sola hasta el sexto piso donde se incorporaría el psiquiatra. La mujer se sentía cómoda cuando el psiquiatra subió al ascensor en el sexto piso. Después se programó que la mujer llegara hasta el piso doce sola y lo consiguió sin problemas y sintiéndose cómoda en todo el trayecto. El psiquiatra la esperaba a la salida del ascensor en el piso 12. Después subió sola hasta el piso duodécimo y contó al psiquiatra que la esperaba en la consulta que no había sentido angustia ni deseos de escapar del ascensor en ningún momento. Después siguió subiendo y bajando sola por el ascensor sin temor.

Este procedimiento se inscribe en los tratamientos conductuales de la ansiedad; en algunos textos aparece como terapia de exposición .

Comentarios adicionales: *Los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos mentales

* En la cultura en que estamos inmersos no han penetrado con fuerza conceptos como la ubicuidad y universalidad de la ansiedad ni que suele expresarse en forma de cuadros clínicos diagnosticables y meritorios de tratamiento.

FOBIA SOCIAL (o trastorno de ansiedad social)

Ejemplo 6

Un hombre de 50 años, profesional empleado en una oficina de gobierno, soltero y sin hijos vive con su madre anciana y enferma. Es heterosexual, le gustan las mujeres pero solo intentó algunos noviazgos en su juventud. No tiene amigos y su actividad social se limita a la familia. Es aficionado a la lectura y a la televisión que consumen su tiempo libre. En su trabajo está bien conceptualizado y se siente a gusto. Es de trato cordial aunque de discurso verbal algo parco. Le interesan las personas pero tiene dificultad para interactuar socialmente con ellas; se siente cohibido sobre todo en grupos y más si se trata de desconocidos. Por lo mismo no asiste a reuniones sociales y evita relaciones nuevas. Sufre cuando tiene que reportar los resultados de su trabajo a grupos o jefes. Se angustia varios días antes y el dormir se le perturba. En el momento de dar sus informes suda, tartamudea y quisiera salir arrancando de la reunión. Pero sabe que es parte de su trabajo y lo enfrenta y lo saca adelante aceptablemente bien. Sí evita almorzar en el casino. No puede comer frente a otros. El lleva su colación y la consume en su oficina. A veces al pasar frente al casino ve a sus compañeros conversando y tomando un café y le gustaría poder actuar como ellos pero solo imaginarse que tendría que hablar y aceptar preguntas y dar opiniones lo angustian y ni siquiera lo intenta. Lo que más le gustaría es dar sus reportes sin padecer tantas molestias, sentirse seguro, no escrutado, etc. Ha perdido oportunidades por su falta de soltura. Maneja información importante y de interés, le han ofrecido dar clases, debería ser la voz de su oficina ante otras instituciones pero cede el derecho a otros no tan calificados.

En el curso de su vida ha consultado a varios psiquiatras y se le ofrecieron varios tratamientos incluyendo los cognitivo conductuales que no aceptó. Terminó usando Alprazolam 0,5 mg : 1-1-1 con lo que dice sentirse bastante aliviado. Con apoyo psicológico de su último tratante obtuvo algunos avances como hacer sobremesa con algunos compañeros en el casino después de haber tomado su almuerzo a solas en su oficina.

Ejemplo 7

Otro hombre de 45 años, casado, de poca instrucción formal y con una familia bien constituida, ha montado una pequeña empresa y la ha hecho prosperar y adquirir prestigio en el mercado de los servicios que ofrece. Sufre de molestias digestivas frecuentes e intensas. Ha restringido su dieta eliminando todo lo que asocia con sus molestias, no

consume ningún plato elaborado y menos guisos o preparaciones condimentadas. Estas dificultades han sido motivo de consultas a varios especialistas, la mayoría gastroenterólogos.

No puede establecer contacto visual con sus interlocutores y dándose cuenta de lo importante que es la habilidad social para su trabajo, ha desarrollado algunos trucos y estrategias para que no se perciba esta dificultad. Estando frente a un cliente se pone la mano en la frente y simula estar siempre mirando sus papeles. No recibe a nadie en su oficina y se las arregla para ser él quien va a las oficinas de los otros. Cuando debe hablar con sus subordinados va hasta la oficina de ellos. Esto porque la angustia del contacto con otros lo mortifica y en algún momento no la soporta y tiene que salir del escenario en que se encuentra. Si estuviera en su oficina tendría pocas excusas para salir huyendo, en cambio de la oficina de otros siempre puede irse explicando que no tiene todos los documentos necesarios o que debe volver a la suya a esperar un llamado telefónico o que debe hacer un llamado que requiere privacidad. No tiene problemas de otra clase, no necesita de más contactos sociales porque está satisfecho con su familia y sus dificultades con las comidas no le permiten sino comer en su casa lo que allí le preparan. No es obsesivo y enjuicia la realidad adecuadamente.

Comentarios adicionales:

- * Según el DSM IV-TR la prevalencia global para la fobia social oscila entre 3 y 13%.
- * La fobia social suele aparecer típicamente a mediados de la edad adulta. Algunos individuos sitúan su comienzo en la segunda infancia.
- * El hombre del ejemplo 6 ejemplifica el curso crónico del cuadro y puede sospecharse que tuvo comienzo a edad temprana y que pudo haber operado como limitante para establecer relaciones de pareja.
- * El ejemplo 7 presenta síntomas muy parecidos a los descritos para las fobias sociales en F40.1 de la CIE 10.

Tratamiento farmacológico de la Fobia Social: En estudios de doble ciego controlados con placebo la fenelzina (del grupo Inhibidores de la Enzima Monoaminoxidasa, IMAO) se mostró eficaz. Un paciente de 18 años muy incapacitado por el cuadro después de ajustes de las dosis de fenelzina a 45 mg/día pudo relacionarse sin problemas con sus compañeros, terminar el colegio y comenzar la universidad.

Se ha documentado la eficacia de las Benzodiazepinas (BZ) clonazepan y alprazolam en ensayos controlados con placebo.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina fueron eficaces en ensayos controlados abiertos o de pequeño tamaño.

*En un seminario para este capítulo del curso se tratarán los modelos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad social.

TRASTORNO de ANGUSTIA (T de A, también trastorno de pánico)

Síntomas del pánico: se inician bruscamente y alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos: palpitaciones, sacudidas al corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácicos; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; sensación de irrealidad (desrealización) o de estar separado de uno mismo (despersonalización); miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; sensación de entumecimiento u hormigueo (parestias); escalofríos o sofocaciones.

El T de A es un cuadro que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico repetidos o recidivantes, o aún cuando se haya sufrido solo uno de estos ataques aparece un acentuado temor a tenerlo de nuevo o la preocupación persistente a perder el control, sufrir un infarto del miocardio o a “volverse loco” .

FORMAS DEL T de A

A) Sin Agorafobia

Ejemplo 8

Un hombre joven concurre al psiquiatra derivado desde el servicio de urgencia donde consultó llevado por su esposa. No tiene antecedentes mórbidos. Le cuesta referir su historia pues él considera que no es el lugar donde debería estar sino con el cardiólogo y entrega los documentos que registran datos de la atención brindada en la urgencia, una hoja de derivación y un registro ECG que habla de taquicardia sinusal. La historia es más o menos así: de modo inesperado se sintió mal, empezó a tener palpitaciones, dolor torácico, ahogo y la sensación que moriría de un instante a otro, temblaba y le costaba tenerse en pie. Sentía que si sobrevivía se volvería loco. Su brazo izquierdo le hormigueaba. Los que estaban con él también se alarmaron, consiguieron movilización y se dirigieron

apresuradamente a buscar asistencia médica. Por el camino fueron cesando los síntomas hasta casi desaparecer, pero permaneció exhausto, pálido y abatido. En la urgencia médica le hicieron exámenes básicos de la sangre y ECG. Resultaron negativos y le explicaron que había sido un ataque de pánico y lo devolvieron a su casa con la indicación de consultar a psiquiatra. El no se convence que “no tenga nada al corazón” e insiste en que debe ser tratado por el cardiólogo. Teme que se le repita el ataque y vigila sus latidos cardíacos. Se le prescribió un ISRS: sertralina 100 mg/día y la BZ clonazepan 0,5 mg cada ocho horas. La idea era sedarlo por un par de semanas con el benzodiazepínico esperando los efectos del ISRS para suspender la BZ la continuar luego con la sertralina (de serotonina) y con psicoterapia. El asiste a un segundo control y no vuelve después al psiquiatra.

Comentarios adicionales

- * Como en el ejemplo 8 no es raro que el consultante no acepte el diagnóstico psiquiátrico como explicación para sus síntomas y “defienda” la enfermedad física.
- * Con estos pacientes cuesta hacer “alianza terapéutica”
- * Un autor acuñó el concepto “comportamiento anormal ante la enfermedad” para los casos en que habiendo un diagnóstico psiquiátrico confiable el paciente insiste en que se le aborde como a un enfermo somático.

B) Con Agorafobia

Ejemplo 9

En el caso siguiente el trastorno de angustia se presenta con agorafobia.

Una mujer joven y soltera que trabaja como secretaria estando en su oficina sufre un ataque de pánico. Consulta a psiquiatra e inicia tratamiento. Luego de un período de licencia intenta retornar a su trabajo pero ya en el metro la angustia le impide continuar el viaje; teme que le sobrevenga un ataque y retorna a su casa. Al día siguiente teme salir de su domicilio y avisa a su trabajo que no se encuentra en situación de asistir. Temerosa de quedarse sola en casa porque podría tener un ataque y nadie que le preste ayuda, solicita a su madre que le haga compañía. La situación continúa sin cambios notorios los días siguientes y solicita de nuevo una licencia para no verse enfrentada a la obligación de salir a la calle ni viajar en bus o metro. Durante un domingo sus padres con el fin de estimularla la invitan a ir de compras a un mall. Sabiendo que en compañía de ellos se siente más segura, con alguna reticencia acepta la invitación pero ya en el centro comercial se siente atemorizada por la presencia de tantas personas y solicita que vuelvan a casa.

Cada vez se le hace más difícil salir a la calle y visitar o estar en lugares concurridos. Restringe sus actividades a las que pueda hacer cerca de su casa desde donde pueda volver rápidamente si se siente angustiada. Visitar al médico que se ubica en otro sector de la ciudad solo puede hacerlo si va acompañada.

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA (ASHTA)

Ejemplo 10

Se trata de una muchacha joven que ha interrumpido el tercer año de su segunda carrera universitaria. La primera la abandonó al cuarto año a pesar de que tenía buenos rendimientos y le gustaba. Cada día le costaba más permanecer en clases y llegar cada día a la universidad “era un calvario”. En cambio en su casa se sentía cómoda y hasta tenía interés por estudiar y se hacía proyectos. No entendía que estaba ocurriéndole y finalmente congeló la primera carrera. Pensó que se trataba de un problema vocacional y al año siguiente postuló y quedó aceptada en la segunda carrera y soportó asistir por dos y medio años. Por los mismos problemas que antes volvió a desertar y convencida por su hermana médica tomó un tratamiento psiquiátrico. En las primeras sesiones podía estar hasta una hora sin hablar nada y al término se despedía para volver a la semana siguiente. Al cabo de varias sesiones fue “soltándose” y empezó a hablar con el psiquiatra. Este no pudo formular un diagnóstico preciso. Ella abandonó la universidad y el deseo de volver a intentar estudiar una carrera. Se incorporó a un trabajo de secretaria y dactilógrafa en una ciudad distante dos horas en bus. Le costaba enormemente abordar el bus y durante el viaje tenía severas molestias digestivas y diarrea. Viajaba llevando los más diversos medicamentos para mitigar sus síntomas digestivos. Conoció todos las líneas de buses que llegaban o pasaban por la ciudad de destino porque tenía que elegir un bus que contara con baño. Dejó de asistir al primer psiquiatra de quien se sentía agradecida porque había sido un buen apoyo en momentos en que lo único que quería era morir. Consultó a otro psiquiatra quien luego de evaluarla le dijo “usted tiene una agorafobia”. Que alegría y tranquilidad me produjo que alguien me dijera lo que tenía y me explicara lo que me pasaba.

Fue tratada con una combinación de fármacos ansiolíticos, dosis bajas de neurolepticos y un estabilizador del ánimo. Tiempo después se sentía mucho mejor y viajaba en bus sin problemas y sin necesidad de usar medicamentos sintomáticos para trastornos digestivos. Había abandonado la idea de una carrera universitaria pero buscaba en que invertir mejor las energías e intereses que había recuperado.

Tratamiento farmacológico de la Agorafobia y del T de A

En la agorafobia se ha demostrado una relación con la deficiencia de serotonina.

El tratamiento farmacológico puede ser eficaz en muchos pacientes y la psicoterapia es un componente esencial del tratamiento global. Un metanálisis de 54 estudios publicados (1990) ha demostrado que los síntomas mejoran con los antidepresivos tricíclicos y con las BZ de alta potencia. La mejoría a largo plazo se debe a la terapia de exposición sobre todo con imipramina

Los ISRS paroxetina y citalopram están indicados para el T de A con o sin Agorafobia.

IMAOs (inhibidores de la enzima monoaminoxidasa): La fenelzina ha sido estudiada en agorafobia con ataques de pánico y ha demostrado ser altamente eficaz a dosis de hasta 45 mg/día.

Tricíclicos: La imipramina ha sido estudiada ampliamente. Hasta un 70% de los pacientes pueden responder, un 30 % abandonan el tratamiento debido a los efectos secundarios y un 20 % puede empeorar con un aumento en el número de los ataques de pánico

La Clomipramina a dosis de hasta 300 mg/día ha demostrado ser eficaz con un mejoría durante muchas semanas. Dosis de 75 mg/día pueden ser eficaces. Los efectos adversos de los tricíclicos deben ser tratados con detalles en el capítulo sobre tratamiento farmacológico de la depresión.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Ejemplo 11

Luis es un muchacho de algo más de veinte años. Trabaja en el sector poniente de Santiago y siempre lleva un raído maletín consigo. Dice que le pasan cosas raras de las que le gustaría librarse. Por ejemplo de la “manía” de usar siempre ese maletín pasado de moda y maltratado. Pero no puede. Cada vez que lo deja se siente angustiado. Pero no es que necesite cargar cualquier maletín. Se ha comprado otro y ha intentado usarlo pero se angustia y lo deja porque no es “su” maletín. Él entiende que esto es absurdo, que su tranquilidad no puede depender de eso pero no puede evitarlo. Lo mismo le ocurre con los viejos y destantalados zapatos que usa. Su madre le recomienda usar zapatos acordes con su trabajo y su traje, Luis viste terno y corbata, y él le dice a su madre que sí lo hará pero no lo cumple. Sabe que a muchos lugares no puede ir con sus gastados zapatos y en esos casos echa en su maletín unos zapatos más nuevos para ponerselos en el momento apropiado. Usa los zapatos buenos el tiempo estrictamente necesario se los quita y vuelve a

calzarse los habituales. Luis no ha contado a nadie lo que le ocurre por temor a que lo consideren loco. Luis tiene una novia con la que sale. Trata siempre de ir al paseo Ahumada. Su novia le reclama que porque siempre al mismo lugar. El le responde que es el paseo que más le gusta. La verdad es, dice al psiquiatra, que a veces me pongo muy inquieto y la única manera de tranquilizarme es yendome a la vereda oriente de Ahumada a caminar en zigzag por ciertas baldosas del piso. Para hacer esto sin que su novia se entere de su “rareza” le sugiere que vitrinee y él inventa cualquier motivo para irse discretamente a cumplir su ritual de caminar en zigzag sobre las baldosas del piso. Está interesado en su novia y teme que lo deje si le cuenta lo que le ocurre. A veces consiente ir con ella a otro lugar pero en algún momento empieza a sentirse intensamente inquieto y la despacha sola a su casa y él se va al paseo ahumada a hacer zigzag en las baldosas. A veces para no tensar la relación va primero a dejar a su novia y luego vuelve a Ahumada a cumplir su ritual.

Ejemplo 12

Otro paciente cuenta que en su mente se le imponen ciertas palabras que no puede rechazar. El dice “me atacan las palabras”. Como ejemplo da que se le repiten maldita-bendita. Es un vendedor exitoso. Si va a entrar a la tienda de un cliente y las palabras “lo han atacado” tendrá éxito si al traspasar el umbral de la entrada le cae bendita. Si es maldita tiene que devolverse para que su ingreso coincida con bendita. Pero como los observadores podrían sorprenderse de sus extraños titubeos hace como si tuviera que ir a buscar algo a su vehículo o se agacha a atar el cordón de su zapato. Esto lo mortifica y quisiera eliminarlo pero no puede. Su mujer sabe que le ocurren estos fenómenos porque en reuniones sociales él puede sentir temor a que le pase algo malo a su hija que ha quedado en casa y para sentirse tranquilo se acerca a su mujer y le pide que diga “Dios bendiga a la hija Carmen”. Su esposa dice al psiquiatra “es molesto doctor porque a veces una está conversando con alguien y él sale con su tontera e insiste hasta que digo lo que quiere. Y él es un buen esposo, un excelente padre y un buen trabajador, todos lo quieren pero son estas las cosas que nos llevan a tener problemas”.

Ejemplo 13

Otra mujer teme a los químicos de las latas de conserva y a la contaminación que puedan provocarle los detergentes y pide y pide explicaciones y argumentos al psiquiatra para convencerse que no sufrirá daño por el contacto con estos productos. Pero no queda satisfecha ni tranquila nunca. Se ha hecho incapaz de cuidar adecuadamente a su hijo

porque se demora tanto en verificar que el pañal que le pone al niño no haya tocado ningún otro objeto o superficie que en cada muda el niño permanece desnudo mucho más de lo razonable. Ella también se lava las manos con tanta frecuencia y tantas veces cada vez que ha deteriorado su piel.

Tratamiento farmacológico de TOC

Hay evidencias suficientes de que la causa de esta enfermedad está relacionada con una disfunción del sistema serotoninérgico y se ha demostrado que los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, 5-HT) son efectivos. La psicoterapia y otros tratamientos psicológicos también son efectivos.

Dos meta-análisis de 36 ensayos clínicos a doble ciego destacaron las siguientes conclusiones: a) solo los antidepresivos que afectan el sistema serotoninérgico son eficaces a corto plazo. De estos la clomipramina es superior al placebo y solo 12% de los pacientes abandonan el tratamiento

b) Los ISRS son tan efectivos como la clomipramina. c) No parece ser necesario que haya una depresión concomitante para que se produzca mejoría de los síntomas obsesivo-compulsivos. La recaída es frecuente al interrumpir el tratamiento. d) Generalmente se necesitan dosis altas: 250 -300 mg de clomipramina (los comprimidos son de 25 mg) o 60-80 mg de fluoxetina (los comprimidos son comprimidos de 20 mg). La respuesta es lenta y tarda varias semanas en producirse. A pesar de que la reducción de los síntomas puede ser parcial, 30-60%, muchos pacientes consideran que esto es un beneficio significativo. Otros tratamientos son la terapia conductual o cognitiva. Un meta-análisis de estos tratamientos demostró una diferencia pequeña, excepto la combinación de terapia conductual con los ISRS.

La neurocirugía es un tratamiento en desarrollo para el TOC.

TRASTORNO de ESTRES POSTRAUMATICO (TEPT)

Se produce cuando una persona participa como víctima u observador de una situación que amenaza la vida, o la integridad física propia o de otros. El cuadro fue puesto de relieve cuando se halló con frecuencia entre veteranos de la guerra de Estados Unidos con Vietnam. Es probable que esté afectando a sobrevivientes del maremoto de 2004 en Asia y que los atentados terroristas del 11 de septiembre en Estados Unidos hayan provocado muchos casos. En Chile víctimas de la violencia política que sufrieron tortura presentaron el cuadro. Puede presentarse tras violaciones sexuales, asaltos o accidentes de tránsito.

También puede ocurrir en personas que escuchan de familiares o cercanos relatos de acontecimientos intensamente traumáticos con muertes, daños o heridas.

Ejemplo 14

Carlos un chofer de taxi, tuvo un violento choque que destruyó su auto y le provocó múltiples fracturas y lesiones de partes blandas. Tuvo un larga hospitalización y muchas cirugías reconstructivas. Meses después del accidente empiezan a hacersele presentes imágenes del choque y sueña con lo vivido en el accidente. Son imágenes aterradoras que lo invaden intrusamente. Empieza a temer quedarse dormido y se perturba su sueño. Duerme con su brazo tenso “como si apoyara fuertemente el volante y como protegiendome”. Suele tener reacciones violentas hacia su esposa por motivos intrascendentes. A veces se encierra por muchas horas o por varios días consecutivos en su pieza. Ya casi completamente recuperado físicamente, intenta conducir y a las pocas cuerdas siente gran angustia y abandona el intento.

El psiquiatra le dice que lo que ha relatado corresponde a estrés postraumático y que debe iniciarse tratamiento. Se le indica que tome diazepam 10 mg cada ocho horas y fluoxetina comenzando con 20 mg en una dosis matinal que probablemente se aumentará en el próximo control. Que no intente conducir y que se verá la mejor forma de resolver sus problemas. Carlos se siente entendido y confía en que se le ofrecerá la ayuda que necesita.

El ansiolítico lo tranquiliza y mejora su dormir. No ha tenido síntomas adversos con la fluoxetina y se le aumenta a 40 mg por día. Se le pregunta si está dispuesto a subirse al auto y responde que sí. Se le indica sentarse al volante con el auto detenido y sin encender el motor por 10 minutos todos los días y que en el próximo control se evaluará la experiencia. Al próximo control relata que los primeros días soportó con alguna dificultad estar frente al volante pero luego se habituó y no tuvo ninguna reacción especial ni miedo y que en general se siente mejor. Su esposa confirma que está más tranquilo y que ha tenido un dormir mucho más quieto. Se indica que se suba al auto lo encienda y permanezca dentro cinco minutos cada día con el motor en marcha. Al próximo control dice que puso el auto en marcha y lo sacó a la calle y se sintió atemorizado y muy inseguro. Se le dice que la instrucción no era conducir sino estar sentado frente al volante con el motor encendido, que apresuró el programa diseñado. Lo entiende y reconoce que se apuró. Se sigue metódica y sistemáticamente agregando alguna nueva tarea cuando se ha conseguido un avance estable. Varios controles después Carlos ha dado algunas vueltas a la manzana

conduciendo su auto y no ha tenido síntomas. Pero en el último control Carlos llega con todos los síntomas de un episodio depresivo y cuenta que estuvo a punto de colgarse de una viga. La intervención de su suegro evitó que completara el acto. Dice que ver a su hijo minusválido y todo el esfuerzo que hay que hacer para atenderlo lo sobrepasó. Los 18 meses que ha pasado en casa lo han puesto de frente ante este problema que había visto solo de lejos porque salía a trabajar muy temprano y llegaba a casa muy tarde. Hay que incorporar estos nuevos datos y darles la adecuada interpretación para seguir con el tratamiento de Carlos que está en marcha.

Tratamiento farmacológico del TEPT

El tratamiento farmacológico está todavía poco estudiado, pero parece que los síntomas positivos, por ejemplo pesadillas, responden mejor mientras que los síntomas “negativos” de evitación, por ejemplo aislamiento social, responden peor a los fármacos. Hay ausencia total de respuesta a los fármacos placebo en el TEPT crónico. La mayoría de los fármacos que parecen ser eficaces son antidepresivos. Son necesarias dosis altas durante largo tiempo.

La sertralina (ISRS) fue el primer fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento del TEPT (1999), luego se aprobó la paroxetina. Se han usado dosis flexibles de entre 50-200 mg de sertralina (los comprimidos tienen 50mg de sertralina) y hasta 60 mg de paroxetina (comprimidos de 20 mg) con algunos resultados y recurrencia de la sintomatología al suspender el fármaco.

Los betabloqueadores podrían alterar la memoria de acontecimientos “emocionales” pero no de la de sucesos ordinarios, lo cual en teoría podría ser beneficioso en personas involucradas en desastres, que podrían tomar el fármaco como profilaxis para reducir el riesgo de estrés postraumático

TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO

Los acontecimientos estresantes son los mismos que provocan el estrés postraumático y se manifiesta por ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que se presentan durante el mes que sigue a la exposición al trauma. Los síntomas deben durar al menos 2 días y no prolongarse más de 4 semanas. Si los síntomas sobrepasa este período de tiempo debe denominarse trastorno de estrés postraumático. Hay pocos estudios de prevalencia y señalan que 14-33% de los individuos expuestos a un trauma grave desarrollan el cuadro.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Se define como un estado de ansiedad y preocupación excesivas, con una duración mínima de 6 meses y por lo menos 3 de 6 síntomas somáticos. La ansiedad es difícil de controlar y produce deterioro significativo de las actividades sociales o laborales o perturbación prominente. El estudio de Actualización Epidemiológica (ECA), realizado en muestras extensas de la comunidad halló una tasa de prevalencia anual de 2,5-8%. Muchos pacientes relatan haber sido ansiosos toda su vida, por lo cual es imposible determinar la fecha de inicio.

Teorías Biológicas

La eficacia de las benzodiazepinas en el TAG indujo a algunos autores a postular la participación de posibles alteraciones del sistema de receptores benzodiazepínicos cerebrales en la génesis de la ansiedad. Los sitios de unión con alta afinidad por las BZ integran el complejo compuesto por un receptor del ácido gama amino butírico (GABA) y un ionóforo de cloro. Las BZ se unen al complejo receptor potenciando el efecto del GABA, el principal neurotransmisor inhibitorio cerebral. Los agonistas benzodiazepínicos aumentan los efectos inhibitorios del GABA al incrementar la frecuencia de la apertura del canal de cloro. Los antagonistas de la BZ como el flumazenil y los agonistas inversos como la Beta-carbolina son ansiógenos en animales y humanos.

La eficacia de las azopironas, una nueva clase de ansiolíticos no relacionada con las BZ, indica que el sistema serotoninérgico cumple un papel importante en el TAG. La buspirona, azopirona disponible en la actualidad, actúa a nivel del sistema 5-hidroxitriptamina (5-HT) como agonista de 5-HT_{1A}.

Es necesario continuar investigando los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgico, de ácido L-Glutámico y de Colecistoquinina en pacientes con TAG.

Algunas evidencias comprometen a otros sistemas neurotransmisores en la biología del pánico, del TOC y de la ansiedad relacionada con estrés postraumático

Teorías Genéticas: La mayor parte de los trastornos de ansiedad afectan a familias. Entrevistas diagnósticas estructuradas realizadas en familiares de pacientes con TAG confirman que alrededor del 20% padecía de la misma afección. Las proporciones aproximadas respectivas de trastorno por pánico, fobia específica y fobia social son 50, 31 y 7%. Los pocos estudios de gemelos disponibles señalan una predisposición genética menos importante y probablemente diferente a la del pánico. En un ensayo de gemelos, el cambio del criterio de duración de 1 a 6 meses redujo aún más la importancia de los

factores genéticos en el TAG. La tasa de concordancia de ansiedad clínica es alrededor de 4 veces más elevada en gemelos monocigotos que en dicigotos. La ausencia de ataques de pánico en pacientes con TAG elimina las diferencias de las tasas de concordancia entre gemelos monocigotos (17%) y dicigotos (20%).

Ejemplo 15

Una mujer de 36 años consulta por dolor de cabeza. Señala dolor a la nuca que se prolonga a la parte posterior del cuello y a los hombros. Suspira con frecuencia como si ello le sirviera para eliminar una sensación de ahogo casi permanente. Suele tener dificultades para concentrarse en sus actividades diarias de dueña de casa porque piensa en desgracias que pudieran ocurrir a sus hijos en la escuela o a su marido en el trabajo. Cualquier carta o impreso que reciba la atemoriza porque le hacen pensar que anuncian problemas.

Aunque desempeña sus roles de madre y esposa abnegadamente, con frecuencia duda de si es una buena madre y esposa. También le preocupa excesivamente la salud de su propia madre y se aflige intensamente por el temor a perderla a pesar de que la señora goza de buena salud. Reconoce que estos sentimientos y preocupaciones son infundadas pero no puede dejar de sentir la preocupación. El dolor de cabeza y síntomas como mareos y acúfenos la han llevado a consultar temerosa de tener algo al cerebro o al oído. Cuando se le pregunta si se siente tensa señala que casi siempre y que con frecuencia se sobresalta con estímulos mínimos. Lleva varios años con estos síntomas y quisiera saber que tiene en definitiva. No teme a las enfermedades y aunque evita el contacto social prefiriendo mantenerse en casa, cumple con concurrir a reuniones familiares o del colegio de sus hijos sin inconvenientes. Disfruta su hogar y a su familia, le gusta jardinear y escuchar música.

Los síntomas del TAG pueden clasificarse en dos grupos

a) psicológicos: aprensión, irritabilidad, dificultades de concentración, agitación, hipersensibilidad al ruido, alteraciones del dormir caracterizadas por dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, pero no despertarse por las mañanas antes de lo habitual, pérdida de memoria debido a la falta de concentración.

b) Síntomas físicos: sequedad de boca, dificultad al tragar, tinitus, visión borrosa, vértigo, opresión en el pecho, dificultad respiratoria, hiperventilación, palpitaciones, dolor precordial, latidos carotídeos prominentes, aumento de la micción, ausencia de libido, impotencia, cefaleas de tensión, temblor y ataques de pánico

Tratamiento del TAG

Es lógico utilizar los ansiolíticos como tratamiento de primera línea, pero es difícil evaluar su efectividad a largo plazo. La decisión sobre el tratamiento a largo plazo debe considerarse individualmente con un análisis costo/beneficio y teniendo en cuenta la incapacidad causada por los síntomas, la edad, etc.

Benzodiazepinas: Las BZ están indicadas a corto plazo o como primera elección en el alivio de la ansiedad. Después deberían comenzarse otros métodos de tratamiento como relajación, psicoterapia. No deben usarse en la depresión, ni en los trastornos de la personalidad, etc.

El diazepam es la BZ estándar de larga acción, con propiedades sedantes, ansiolíticas y miorrelajantes. Ha mostrado ser eficaz en la ansiedad pero no todos los estudios muestran un efecto importante.

El alprazolam, similar al diazepam y más potente no tiene el efecto antidepressivo que se le había atribuido. El clorazepato no tiene efectos especiales que lo distingan y se diferencia poco de otras BZ, se convierte en desmetil-diazepam.

El bromazepam, no tiene buen prestigio lo mismo que el medazepam que tiene una vida media larga, comienzo de acción lento y muchos metabolitos activos al igual que el Clordiazepóxido una de las primeras BZ comercializadas. El oxazepam es una BZ de acción corta. Es el último metabolito del diazepam y de otras BZ y no tiene otros metabolitos activos.

El Lorazepam es una BZ de con potentes propiedades de unión al receptor. La dependencia parece ser el problema de este fármaco.

Betabloqueadores: El propranolol, oxprenolol, etc., a dosis de 20-60 mg /día puede ser útil en los síntomas somáticos de la ansiedad como taquicardia, sudoración, temblor. Un estudio lo comparó con diazepam y lo demostró menos efectivo. Otro estudio demostró que el propranolol retard era más efectivo que un placebo. La mejor respuesta parece producirse con la dosis suficiente para reducir el pulso en reposo en 7 latidos por minuto, y en pacientes con síntomas autonómicos, por ejemplo, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración hiperventilación. Los betabloqueadores parecen ser no-adictivos pero podrían aparecer síntomas físicos de abstinencia en el tratamiento a largo plazo.

Buspirona: No relacionada con las BZ, tiene efecto poco importante.

Clorpezanona: Se ha usado poco como ansiolítico, el efecto secundario más común es la somnolencia. De vida media larga, puede provocar dependencia. El único estudio realizado demostró que 400 mg/día eran tan efectivos como 15 mg/día de diazepam. No se ha estudiado su uso a largo plazo.

Hidroxicina: Es un antihistamínico relacionado con las fenotiazinas. A dosis de 75-100 mg/día puede ser beneficioso en algunos casos. Ha sido poco estudiada

Tricíclicos: Pueden ser útiles en la ansiedad persistente e incapacitante que no forma parte de una reacción de estrés o de adaptación. Necesitan varias semanas para mostrar su efecto, pero este puede ser muy potente. Un ensayo a doble ciego controlado con placebo con 230 pacientes en 8 semanas, mostró que la imipramina era tan efectiva como el diazepam o la trazodona en la ansiedad generalizada aunque los antidepresivos tenían más efectos secundarios como la acatisia.

Neurolépticos: Tioridazina: A dosis de 30-80 mg/día puede ser útil como ansiolítico no BZ aunque los efectos psicomotores pueden ser peores que con diazepam.

Haloperidol: Mostró ser superior al placebo en un estudio con 60 pacientes a simple ciego. Otros fármacos antidepresivos usados en el TAG : Mianserina: Mostró El mismo efecto que el clordiazepóxido en la ansiedad en un ensayo con 106 pacientes a doble ciego durante 6 semanas y que el diazepam en la práctica general.

Mirtazapina : A dosis de 15 mg/día ha demostrado ser tan efectiva como el diazepam 10 mg/día, reduciendo el insomnio y la ansiedad cuando se administra la noche anterior a una operación quirúrgica. También mostró ser eficaz en un estudio a doble ciego, controlado con placebo en 40 pacientes ambulatorios.

Trazodona : Se ha dicho que la trazodona tiene igual potencia que el clordiazepóxido y el diazepam. Un ensayo clínico, doble ciego controlado con placebo con 230 pacientes durante 8 semanas, demostró que la trazodona era tan efectiva como el diazepam o la imipramina en la ansiedad generalizada, aunque los antidepresivos tenían más efectos secundarios.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD SECUNDARIOS

A. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS.

En este trastorno el hecho esencial es la presencia de síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia: drogas, fármacos o tóxicos.

El cuadro sintomático predominante puede ser con ansiedad generalizada si hay ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia si predominan las crisis de angustia .

Con síntomas obsesivo-compulsivos cuando predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos si predominan síntomas fóbicos o de evitación.

El contexto en que aparecen los síntomas de ansiedad puede indicarse mediante las siguientes especificaciones :

De inicio durante la intoxicación si es en esta fase del consumo de la droga, fármaco o tóxico cuando se manifestaron los síntomas o de inicio en la fase de abstinencia si se comprueba que los síntomas se hicieron presentes durante un síndrome de abstinencia o poco después.

Las sustancias involucradas pueden ser: alcohol, amfetamina y similares, alucinógenos, cafeína, marihuana, fenciclidina y derivados, inhalantes y la abstinencia de alcohol, cocaína, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Debe tenerse también en cuenta una serie de fármacos capaces de provocar síntomas de ansiedad: anestésicos, analgésicos, simpaticomiméticos y otros broncodilatadores anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, antiparkinsonianos, corticosteroides, hipotensores, antiepilépticos, sales de litio, neurolepticos y antidepresivos.

También debe ponerse atención en sustancias volátiles como gasolina, pinturas, insecticidas organofosforados, gases con toxicidad sobre el sistema nervioso, monóxido y dióxido de carbono

B. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

En este trastorno el dato fundamental es la ansiedad patológica generalizada que surge como respuesta a los efectos fisiopatológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas se incluyen ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Debe existir una historia clínica, signos físicos y hallazgos de laboratorio

que confirmen que la alteración es consecuencia directa de la enfermedad médica como por ejemplo asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y los síntomas de ansiedad. Debe descartarse la presencia de un trastorno de ansiedad primario, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o un trastorno adaptativo.

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad. Enfermedades endocrinas como hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, hiperadrenorticismismo, enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias, enfermedades respiratorias como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación, enfermedades metabólicas como déficit de vitamina B12, porfirias y enfermedades neurológicas como neoplasias, trastornos vestibulares, encefalitis.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se especifica como con ansiedad generalizada cuando predomina ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades, con crisis de angustia si son estas las que predominan o con síntomas obsesivo-compulsivos si predominan las obsesiones o compulsiones.

TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

En este cuadro la ansiedad es destacada o hay evitación fóbica pero no se encuentra una constelación sintomática que reúna las características propias de alguno de los trastornos antes mencionados.

Formas de presentación del Trastorno de Ansiedad no Especificado:

- a) Trastorno mixto ansioso-depresivo donde la ansiedad y la depresión son relevantes pero no se cumplen los criterios clínicos para diagnosticar un trastorno del ánimo ni un trastorno de ansiedad específicos.
- b) Síntomas de fobia social relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica como enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, o mentales como tartamudez, anorexia nervosa, trastorno dismórfico corporal.
- c) El individuo no presenta el número suficiente de síntomas para un diagnóstico específico pero la ansiedad es relevante.
- d) Hay un trastorno de ansiedad pero no puede determinarse si se trata de un trastorno primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Tratamiento del trastorno mixto ansioso-depresivo: ISRS: Dosis de hasta 300 mg/día de fluvoxamina pueden ser equivalentes al lorazepam en el trastorno mixto ansioso-depresivo. La Fluoxetina tiene propiedades parecidas. El prospecto de la paroxetina incluye depresión con ansiedad.

REFERENCIAS

1. CAPONI R. La angustia según Freud, Klein y Bion. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1994, 32: 151-154.
2. GLOGER S, RAMIREZ C, HERNANDEZ O, ROJAS J, HERNANDEZ L. Vínculos tempranos y trastorno de pánico: un estudio controlado. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1994; 32: 177-183.
3. ROSENBAUN J, POLLACK M, OTTO M, BERSTEIN J. Pacientes con ansiedad. En Cassem N, ed. *Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales*. Harcourt Brace de España, 1998; 179-220.
4. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico, F40-F48. OMS. Madrid: Meditor, 1992; 167-215.
5. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
6. DSM IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
7. DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1985
8. FYER A, MANNUZZA S, COPLAN J. Trastornos de Ansiedad. Trastornos por Pánico y Agorafobia en KAPLAN H, SADOCK B, ed. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997; 1119-1131
9. BARLOW D, LIEBOWITZ M. Fobia específica y Social en KAPLAN H, SADOCK B, ed. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997; 1132-1145.
10. GLOGER S. Ataques de pánico, prolapso de la válvula mitral y clomipramina. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1983 ; 21: 210-214.
- 11 FIGUEROA G. El trastorno de angustia y la enfermedad de Freud. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 363-370.
12. BAZIRE S. Directorio de fármacos psicotrópicos 2000: Manual del profesional. Quay Books.