

APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

**Dra. Katherina Llanos P.
Médico Psiquiatra
Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak"**

Viña del Mar, Septiembre de 2007



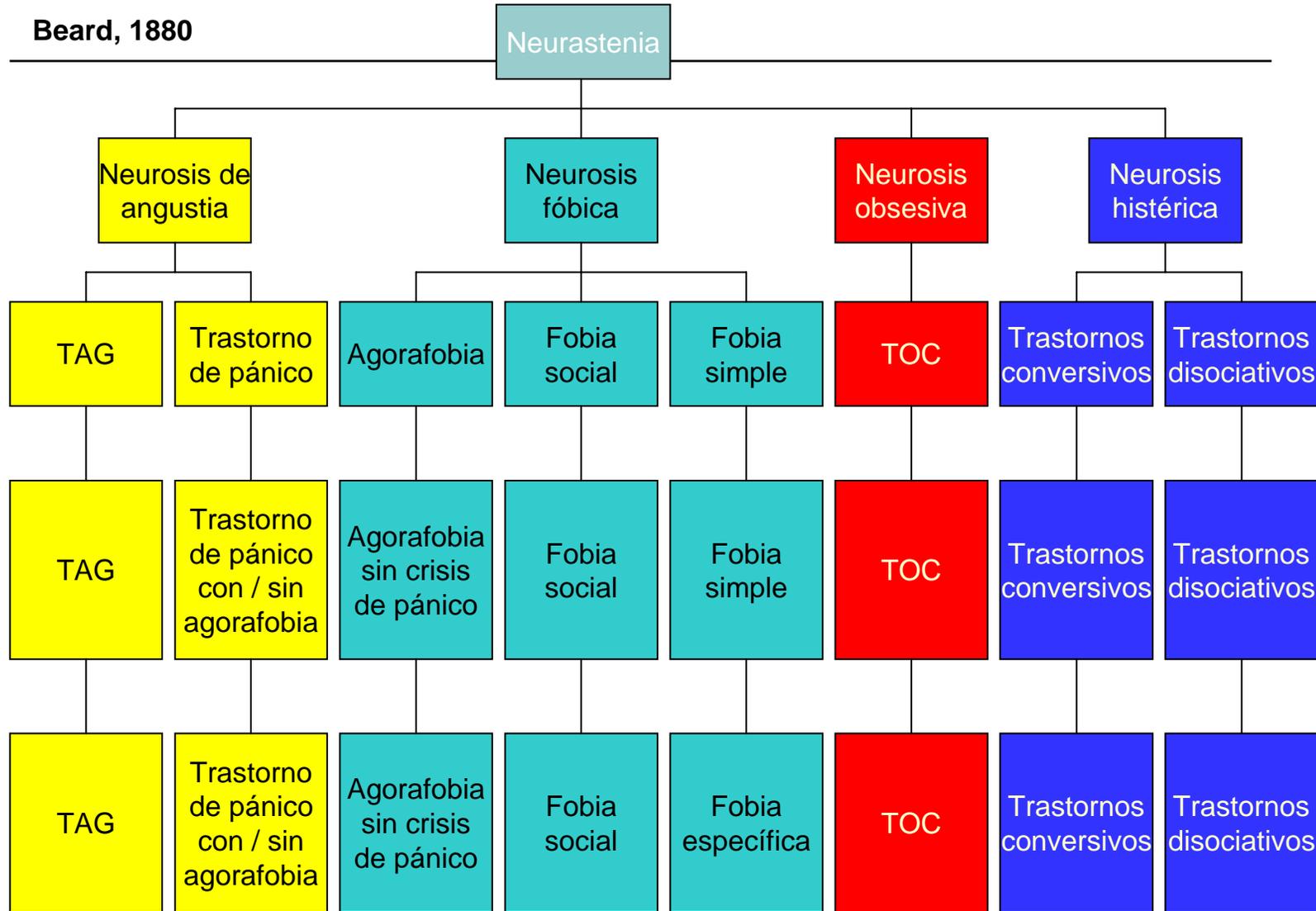
EVOLUCION HISTORICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Freud, 1926

DSM-III, 1980

DSM-III-R, 1987

DSM-IV, 1994



DEFINICIONES DE ANSIEDAD

Spielberger (1972)

“Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.”

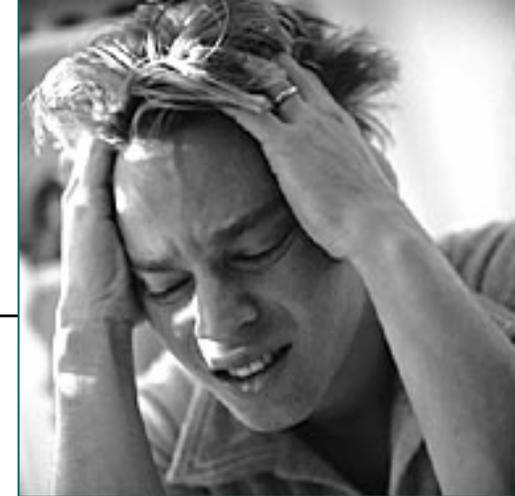
Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975)

“La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.”

DSM-IV-TR (2001)

“Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.”





Collins:

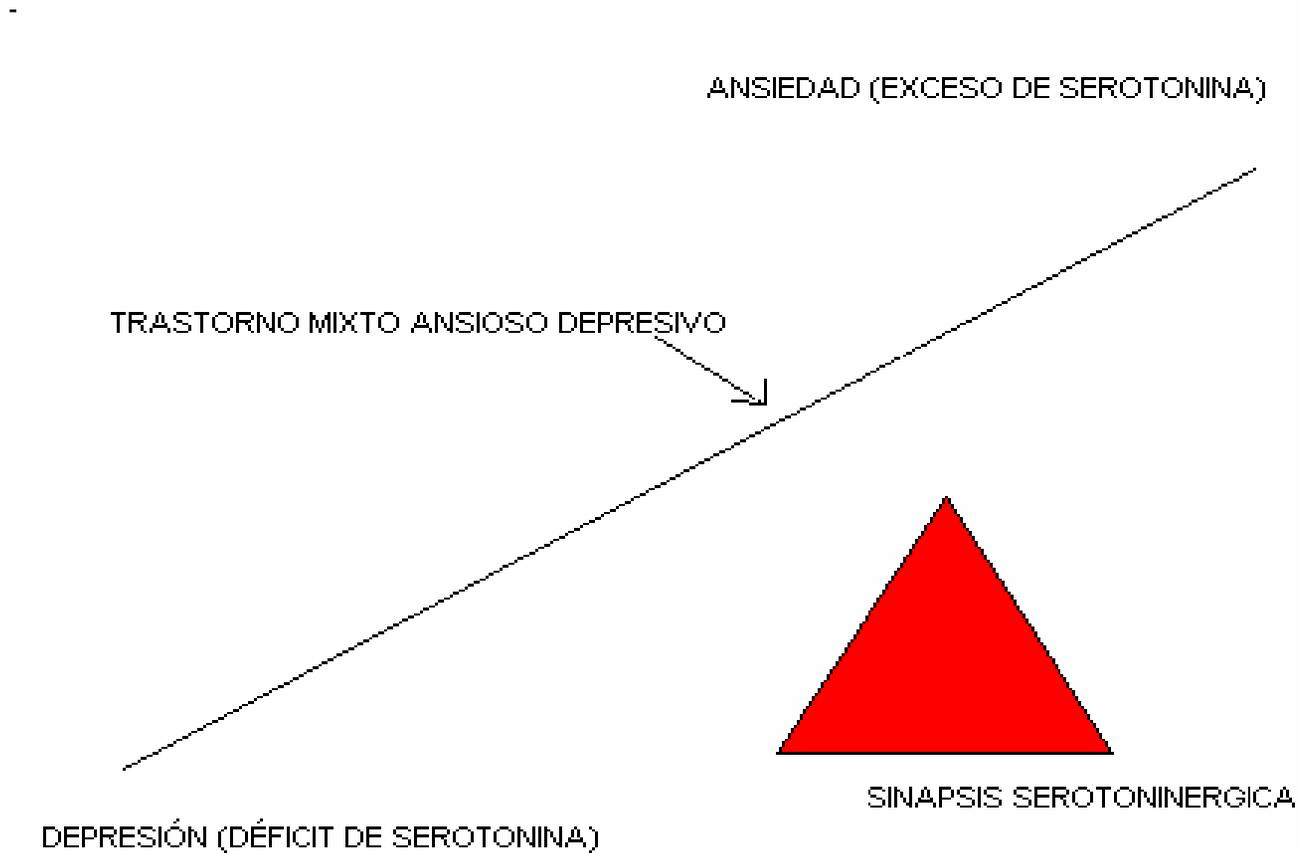
“La ansiedad es un estado de dificultad o “tensión”, causado por la aprensión de posibles infortunios, peligros y preocupaciones.”

Perspectiva evolutiva:

“Se la puede definir como un estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cual es la detección rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia.”



BASES BIOLÓGICAS



STRESS Y ANSIEDAD

El stress agudo produce:

- ❑ Incremento de glucocorticoides.
- ❑ Aumento de funciones noradrenérgicas, dopaminérgicas, y serotoninérgicas cerebrales.
- ❑ Disminución de la unión a receptores de BZD.



BASES BIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD

- ❑ La amígdala es central en el desarrollo y expresión de la ansiedad y el miedo.
- ❑ La persistencia de memoria traumática en los trastornos de ansiedad sería explicable por el daño de neuronas hipocampales, provocado por altos niveles de glucocorticoides.
- ❑ En los trastornos de ansiedad habría una persistencia de memoria traumática y una falla en la extinción del miedo.
- ❑ La exposición repetida a stress sería un factor de riesgo para presentar un trastorno de ansiedad.



STRESS Y ANSIEDAD

El Stress crónico produce:

- ❑ Adaptación glucocorticoídea:
- ❑ Desensibilización hipofisiaria a CRH.
- ❑ Disminución de cortisol libre urinario ¿marcador?.
- ❑ Activación NA: puede llegar al depleción de NA.
- ❑ Disminución del recambio de serotonina.



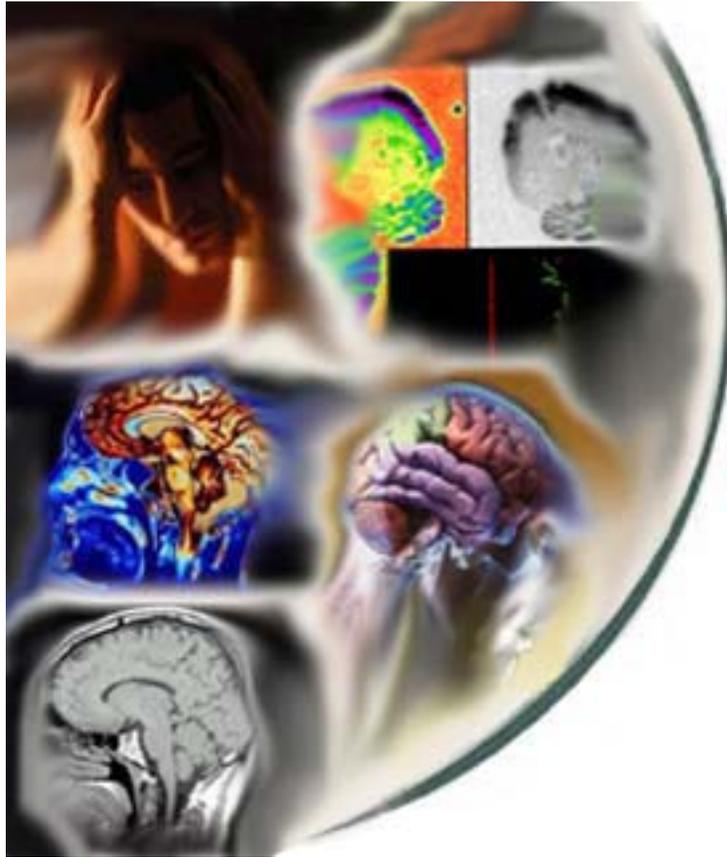
PERO COMO ES ESTO PARA LAS MUJERES....



- ❑ La mujer es más susceptible de presentar trastorno psiquiátrico.
- ❑ Está expuesta a más discriminación, victimización y diversidad de roles simultáneos.
- ❑ Este fenómeno es independiente de las culturas o el rol social que desarrollan.
- ❑ Las mujeres reciben menos ingresos que los hombres y tienen menos acceso a puesto de poder.

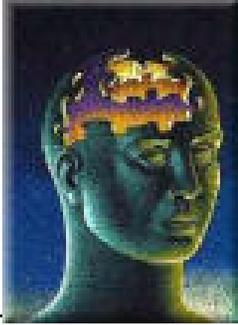


SEXO Y CEREBRO



Hormonas gonadales organizan circuitos neuronales (lob. Parietales desarrollados se representan funciones espaciales) ejemplo conducción

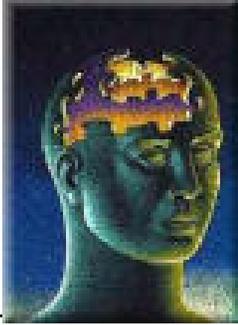
SEXO Y CEREBRO II



- ❑ Mayor cantidad de materia gris en áreas corticales que gobierna el lenguaje y un sistema límbico que recompensa conductas protectoras de los hijos.
- ❑ Sistema límbico femenino reacciona de manera más intensa frente a estímulos tristes, y frente a la reacción de los hombres, las mujeres despliegan mayor rangos de emoción, medido por la activación de la musculatura facial.
- ❑ Los hombres producen 52% más de serotonina que las mujeres (pet), sensibilidad a patologías del espectro serotoninérgico.



SEXO Y CEREBRO III



- ❑ La vulnerabilidad del cerebro femenino es mayor para trastornos degenerativos como Alzheimer (disfuncionalidad mitocondrial intraneuronal).
- ❑ Serotonina está bajo el efecto de los esteroides gonadales y adrenales, eso explica los trastornos del ánimo y de la conducta (disforias, manías, depresiones, ya sea del postparto o climatéricas etc.).



HORMONAS Y SEXO



- ❑ Eje hipotálamo-hipófisis- tiroideo alterado y anticuerpos Antitiroideos positivos están más presentes en mujeres con depresión y aumentan con la edad.
- ❑ El estrógeno exógeno en mujeres perimenopáusicas mejoran los estados Depresivos.
- ❑ Los ACO orales mejoran a las disfóricas, pero, no así la progesterona que resta eficacia a estrógenos.



SEXO Y ESTRÉS



- ❑ Mujeres tienen mayor respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) por los estrógenos que inhiben la retroalimentación negativa del cortisol sobre el eje.
- ❑ El ejercicio, la menarquia, parto y menopausia pueden desestabilizar el eje HHA.
- ❑ Hormonas reproductivas reducen la ansiedad (embarazo) salvo en el TOC



CLÍNICA DE LA ANGUSTIA EN LA MUJER



- Es el cuadro clínico de la neurosis de angustia clásica (Freud):
 1. La irritabilidad general (con hiperestesia auditiva causa del insomnio).
 2. La expectativa angustiada (inclinación a una concepción pesimista de las cosas).



CLÍNICA DE LA ANGUSTIA EN LA MUJER (II)



3. Ataque de angustia.
4. Terror nocturno.
5. Vértigo o mareo, o desmayo.
6. Reactivación de las fobias y agorafobia.
7. Alteraciones digestivas.
8. Parestesias.
9. Sensación de postración y cansancio cuando es crónica.



CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGUN DSM IV

Trastornos de ansiedad:

- ❑ Trastorno de pánico sin agorafobia
- ❑ Trastorno de pánico con agorafobia
- ❑ Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
- ❑ Fobia específica
- ❑ Fobia social o trastorno de Ansiedad Social
- ❑ Trastorno obsesivo-compulsivo
- ❑ Trastorno por estrés postraumático
- ❑ Trastorno por estrés agudo
- ❑ **Trastorno de ansiedad generalizada**
- ❑ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- ❑ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- ❑ Trastorno de ansiedad no especificado.



COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Trastornos de la personalidad

- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Trastornos Adaptativos

- Con estado de ánimo depresivo
- Con ansiedad
- Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- Con trastorno de comportamiento

Trastornos del estado de ánimo

- Trastorno depresivo mayor, episodio único
- Trastorno depresivo mayor recidivante
- Trastorno distímico

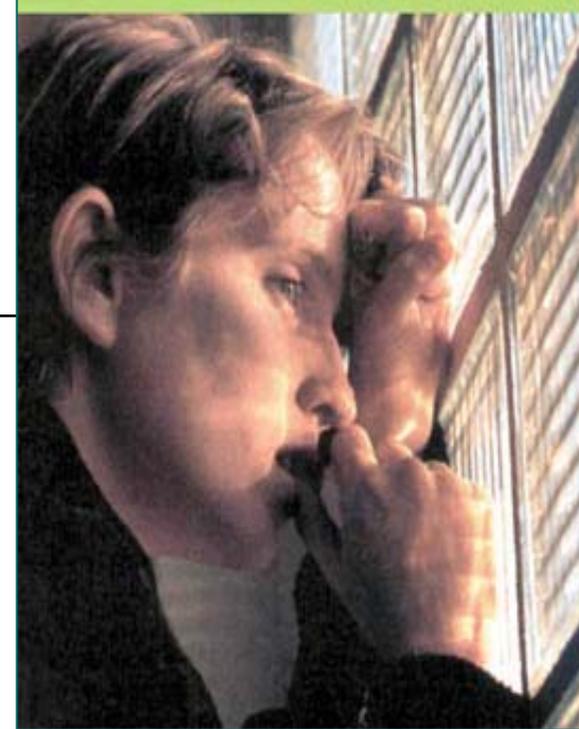


EPIDEMIOLOGÍA

- ❑ Prevalencia en Chile: 12,6
- ❑ Prevalencia en EE.UU.: 14,6
- ❑ Razón Mujer - Hombre: 3:1
- ❑ Edad de Inicio : Adolescencia y Adulterz Joven

PREVALENCIA

- ❑ Fobia social: 13,3
- ❑ Fobia simple: 11,3
- ❑ Trastorno estrés post traumático: 7,8
 - ❑ Agorafobia con o sin pánico: 5,3
- ❑ Trastorno de ansiedad generalizada: 5,1
 - ❑ Trastorno de pánico: 3,5
 - ❑ Trastorno obsesivo compulsivo: 2,5



EPIDEMIOLOGÍA

OMS: Estudio realizado en consultantes por molestias somáticas:

- ❑ Prevalencia de Depresión: 29,52
- ❑ Prevalencia de Trastornos ansiosos: 23,8

Chile:

- ❑ De los pacientes ansiosos que consultan con APS el 63% lo hace por síntomas físicos y el 21% por síntomas psicológicos.
- ❑ El grado de detección es de 88%.
- ❑ Alrededor de un 50% de los enfermos que consultan en un Consultorio psiquiátrico lo hacen por trastornos de ansiedad.
- ❑ En la consulta cardiológica el 10% tiene trastornos de ansiedad.



TRASTORNO GENERALIZADO DE ANSIEDAD

- ❑ Definición
- ❑ Descripción cuadro clínico
- ❑ Comorbilidad
- ❑ Diagnóstico diferencial
- ❑ Tratamiento
- ❑ Caso clínico



DEFINICION

“El trastorno de ansiedad generalizado es la preocupación y ansiedad crónicas y exageradas en relación a la vida cotidiana. Todos nos preocupamos en ciertos momentos, pero las personas con TAG nunca logran relajarse y en general esperan lo peor. Con frecuencia, la preocupación no está dirigida a nada en particular. En cambio, cada día provoca tensión y ansiedad”.

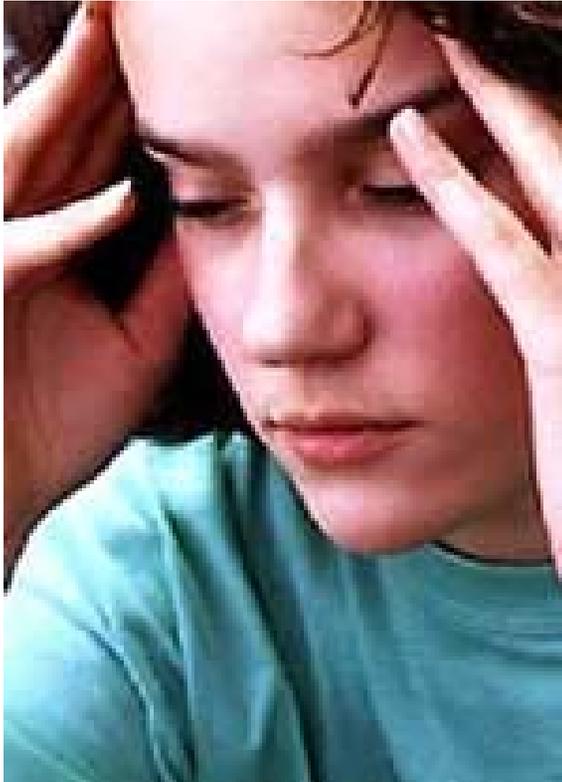
“Se preocupan excesivamente por la familia, el trabajo, el dinero y la salud. La preocupación es tal que interfiere en su capacidad de vivir la vida. La ansiedad es tal que puede avanzar hasta el punto que se *preocupan por preocuparse*”.



CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGÚN DSM IV

- A. Ansiedad y preocupación excesivas, la mayor parte de los días durante por lo menos 6 meses, acerca de diversos eventos o actividades.**
- B. Al sujeto le resulta difícil controlar su preocupación.**
- C. La ansiedad y preocupación se relacionan con tres (o más) de los siguientes seis síntomas:**
 - 1) Inquietud o impaciencia**
 - 2) Agotamiento**
 - 3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco**
 - 4) Irritabilidad**
 - 5) Tensión muscular**
 - 6) Alteración del sueño.**





D. El foco de la ansiedad y la preocupación no se confina a las características de un trastorno del Eje I.

E. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos producen malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas funcionales importantes.

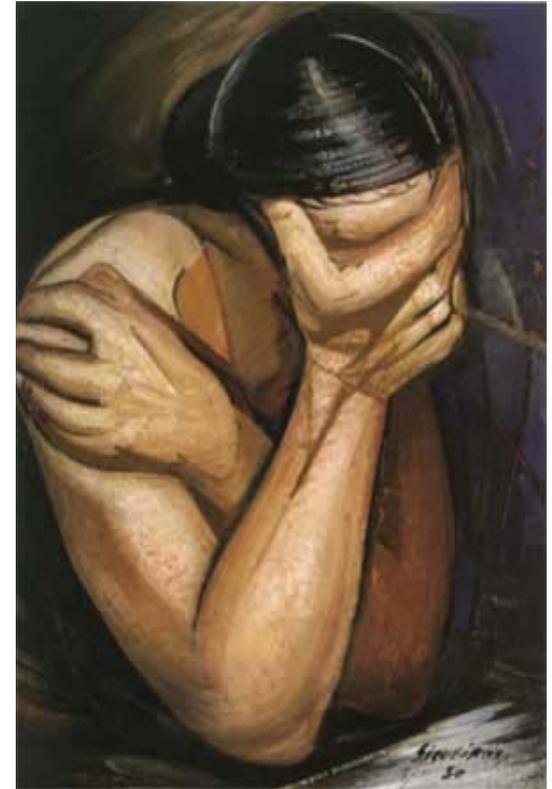
F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y no ocurre sólo durante un trastorno anímico, psicótico o generalizado del desarrollo.

De DSM-IV, Diagnostico and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4. Derechos de American Psychiatric Association, Washington; con autorización.



FACTORES DE RIESGO DE TAG

1. Miembro de la familia con trastorno de ansiedad.
2. Exposición a largo plazo de abusos, a la pobreza, a la violencia.
3. Baja autoestima.
4. Capacidad deficiente de enfrentar problemas.
5. Sexo femenino.



DESCRIPCION CLINICA

I. Tensión motora

- Hipertonicidad de la musculatura estriada
 - Inquietud psicomotora
-

II. Expectación ansiosa

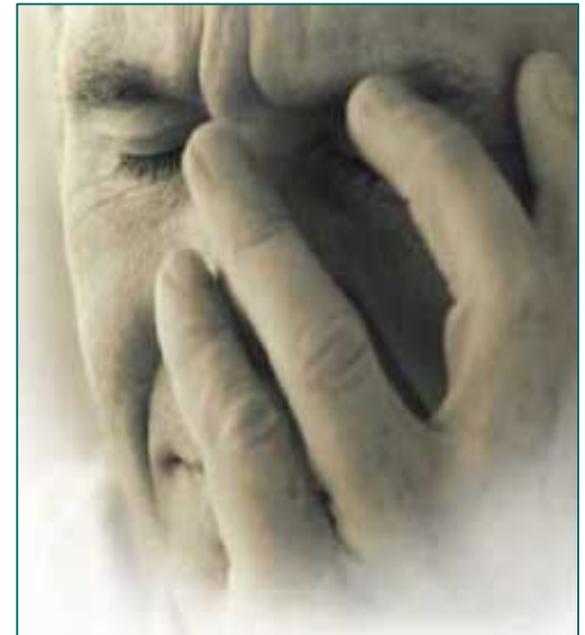
- Presencia de preocupaciones irrealas y excesivas
- Apremio psíquico
- Temor e incertidumbre respecto al futuro

III. Estado de hipervigilancia

- Conducta de centinela
- Hiperrespuesta a los estímulos.

IV. Hiperactividad autonómica

- Síntomas cardiovasculares
- Síntomas digestivos
- Síntomas respiratorios
- Síntomas de sueño
- Otros síntomas



SINDROME DE HIPERACTIVACION DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO EN CUADROS ANGUSTIOSOS

Síntomas cardiovasculares:

- Opresión precordial.
- Palpitaciones.
- Dolor precordial.
- Hiperestesia precordial
- Pulsaciones vasculares.
- Taquicardia
- Arritmias



Síntomas digestivos:

- Diarrea tensional explosiva
- Alteraciones del apetito.
- Sensación de sequedad bucal
- Dolor u opresión epigástrica.
- Dolores abdominales de tipo cólico



Síntomas respiratorios:

- Disnea y taquipnea.
 - Respiración irregular.
-
- Opresión torácica difusa.

Síntomas del sueño:

- Pesadillas de contenido angustioso.
- Insomnio de conciliación.
- Sueño liviano o sobresaltado.

Otros síntomas:

- Manos frías y sudorosas.
- Sensación de inestabilidad y mareo.
- Parestesias.
- Polaquiuria.
- Sensación de nudo en la garganta.
- Enrojecimiento o palidez faciales.
- Sensación fácil de fatiga o lipotimia.



COMORBILIDAD

- ❑ El 74,6% de pacientes con TAG tienen un trastorno psiquiátrico en comorbilidad
- ❑ Trastorno depresivo mayor
- ❑ Fobia social
- ❑ Fobia específica
- ❑ Trastorno de pánico
- ❑ Abuso de alcohol
- ❑ Abuso de droga
- ❑ Distimia
- ❑ Trastorno obsesivo compulsivo



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL T.A.G.

1. Con otros trastornos de ansiedad.
2. Depresión.
3. Distimia.
4. Abuso de sustancias y abstinencia.
5. Enfermedades médicas.



ENFERMEDADES MEDICAS QUE PUEDEN CAUSAR TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADO

- ❑ Hipertiroidismo o hipotiroidismo.
- ❑ Feocromocitoma.
- ❑ Hipoglicemia.
- ❑ Hipoparatiroidismo.
- ❑ Cardiopatías.
- ❑ Vértigos centrales o periféricos.
- ❑ Crisis comiciales parciales complejas.
- ❑ Tóxicos y fármacos.
- ❑ Otros: Enfermedad de Cushing, Porfiria aguda intermitente, Acidosis metabólica, Síndrome carcinoide, Hipoxia (EBOC, Asma, apneas de sueño), enfermedad de Wilson, AVE de córtex frontal, insular o temporolímbico, Tumores de tercer ventrículo, Brucelosis, Déficit de Vitamina B12, enfermedades desmielinizantes, intoxicaciones por metales pesados.



TRATAMIENTO

1. Psicoeducación
2. Farmacoterapia
 - Buspirona
 - Benzodiacepina
 - Betabloqueadores
 - Antidepresivos
3. Terapia cognitiva – conductual
 - Reestructuración cognitiva
 - Técnica de relajación
 - Técnica de exposición



FARMACOTERAPIA

TAG Síntoma Principal	ANTI PSICÓTICO	ANSIOLÍTICO	ANTI DEPRESIVO	BETA BLOQUEADOR
Autonómicos	++	+	+	+++
Ansiosos	+++	+++	++	-
Somatomorfos	+++	++	+	-
Alteraciones del sueño	+++	++	-	-
Depresión	++	++	+++	-

+++	Ind. 1 ^a línea
++	Ind. 2 ^a línea
+	Ind. Optativa
-	No indicado



CRITERIOS PARA DERIVAR AL NIVEL SECUNDARIO

- 
- I. Dudas diagnósticas.**
 - II. Diagnósticos en comorbilidad de difícil manejo.**
 - III. Necesidad de intervenir con tratamientos complementarios y/o más complejos.**



RECOMENDACIONES PARA MEDICOS DE APS

1. Sospechar un trastorno ansioso o depresivo en un paciente que presente síntomas vagos sin una aparente base orgánica.
2. Importancia de precisar si las quejas del paciente reflejan una enfermedad médica general con repercusiones psicológicas o un problema psicológico con consecuencias físicas.
3. Efectuar un diagnóstico precoz: *Escuchar - Preguntar - Evaluar - Informar.*
4. Solicitar exámenes complementarios sólo si son necesarios.
5. Indicar terapias apropiadas como los ISRS, solo o combinado con Benzodiacepinas.
6. Referir al psiquiatra cuando el caso lo amerite.



TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA CASO CLÍNICO



CASO CLÍNICO



- ❑ Hombre de 34 años, ejecutivo bancario, casado, 2 hijos
- ❑ Consulta a internista por cervicobracalgia, que a pesar de tratamiento adecuado no cede completamente
- ❑ Atribuye sus síntomas a un período de cambios por fusión de institución bancaria



CASO CLÍNICO



- ❑ “Hace tres meses que creo que me van a despedir y la incertidumbre aún no pasa”
- ❑ Hace un mes fue confirmado en su puesto, lo cual no ha conseguido calmar su preocupación
- ❑ Interrogatorio dirigido evidencia que hace un año y medio “he estado mas nervioso, con la sensación de que algo malo me va a pasar”
- ❑ Dificultad intermitente para conciliar el sueño



CASO CLÍNICO



- ❑ Su señora refiere categóricamente que su estado emocional se arrastra de antes que le informaran de la fusión bancaria y que en su hogar “ha estado mas tenso de lo habitual, aprensivo e irritable con los niños y con ella”
- ❑ En los últimos meses nota dificultades para concentrarse y cansancio fácil, aunque con ánimo normal



CASO CLÍNICO

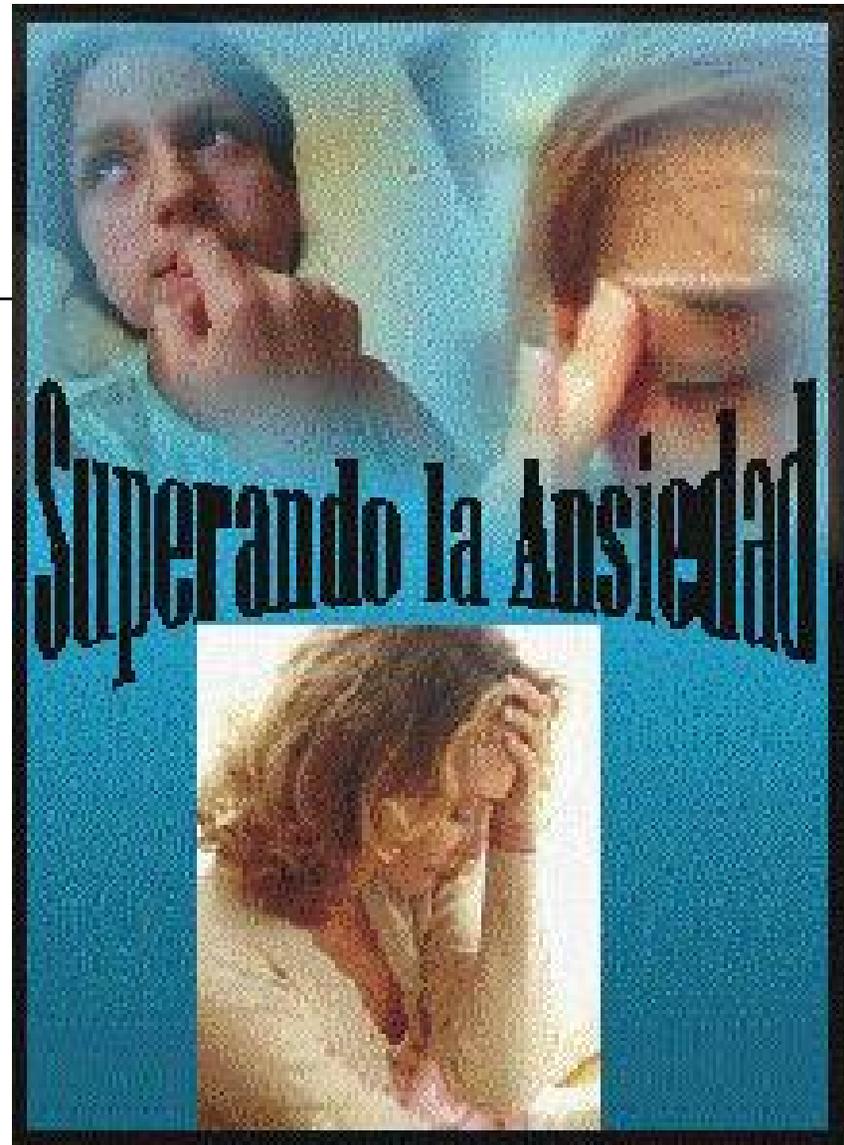


- ❑ Consulta se origina porque su esposa fue contactada por el jefe inmediato del paciente dado que su rendimiento laboral había disminuido notoriamente
- ❑ No existen síntomas anímicos importantes ni otros trastornos emocionales



Gracias

Tiempo para
aclarar dudas



sociedad.saludmental@gmail.com

