



DIAGNOSTICO Y CLINICA DEL

TRASTORNO DE PANICO

Diagnóstico y clínica del trastorno de pánico

Este es el relato de Juan, de 27 años de edad, que describe el padecer de una persona afectada por Trastorno de Pánico con Agorafobia:

"De manera súbita y totalmente inesperada, me sentí atacado por una sensación de falta de aire, palpitaciones, opresión en el pecho, un nudo en la garganta y un sudor frío recorrió todo mi cuerpo. Aterrorizado, pensé que iba a desmayarme, a perder el control o quizás morir. El ataque duró unos cuantos minutos, que me parecieron un siglo. Fui a un servicio de guardia, suponiendo que sufría un ataque al corazón. Me hicieron varios exámenes clínicos y estudios de todo tipo, pero no descubrieron nada anormal. Los días siguientes volví a tener nuevas crisis y mi miedo era cada vez mayor. Comencé a sentirme inseguro, ansioso por lo que me podría pasar y totalmente desamparado ante la posibilidad de sufrir un nuevo ataque. Dejé de hacer las actividades que hasta ese momento consideraba normales, me volví dependiente de mis familiares para desplazarme, quienes para peor, no creían que lo mío fuera una enfermedad. Me recetaron algunos tranquilizantes, que atenuaron algo lo que me pasaba pero no solucionaron mi grave problema..."



¿Qué son los ataques y el trastorno de pánico y cuáles son sus causas?

El trastorno de pánico es una enfermedad muy común que afecta a una de cada treinta personas, o sea, alrededor de un millón de personas en nuestro país. Su origen tiene una base neurobiológica y genética, influyendo también otros factores como el aprendizaje infantil y el estrés acumulado en los meses previos a su aparición. Se inicia generalmente entre los 20 y 30 años de edad.

Prácticamente, se ha comprobado que el 3% de la población general tiene el sistema de alarma del cerebro hipersensible, por lo cual el umbral para que se dispare la respuesta de alarma es más bajo. Por ello, en algún momento de su vida esta respuesta se gatilla sola, espontáneamente, sin motivo aparente. Es decir, que sin que existan condiciones de peligro real en el exterior, la alarma interior se activa en forma de falsa alarma. Se produce entonces una respuesta similar a la que habría en caso de una amenaza verdadera y es lo que constituye el ataque de pánico. Tanto el estrés físico, producido, por ejemplo, por accidentes, cirugías o ciertas enfermedades, como el estrés mental, causado por frustraciones, desgracias o pérdidas emocionales, suelen ser antecedentes frecuentes a la aparición de una primera crisis de pánico. Circunstancias reiteradas de estrés van estimulando crónicamente al sistema nervioso simpático. Quienes están por sufrir un trastorno de pánico (TP) presentan una vulnerabilidad particular que los hace generar falsas alarmas, debido a la existencia de un conjunto de factores que, sumados, llegan a producir el pánico. Hay una predisposición familiar a padecer el TP, que en parte es hereditaria y por otra parte tiene que ver con el aprendizaje de los modelos parentales a lo largo de la infancia. También pueden ser factores desencadenantes el estrés acumulado en los meses anteriores a las primeras crisis, (casamiento, divorcio, embarazos, nacimientos de hijos, muerte de algún ser querido, dificultades económicas y en algunos casos consumo de drogas estimulantes o panicógenas). Lo habitual es que la persona suponga que su primera crisis ha ocurrido sin un factor desencadenante, dado que la relación entre el primer ataque y estos factores no es directa o inmediata.

La primera crisis, generalmente, tiene lugar cuando los hechos estresantes ya han pasado, está todo en calma aparente y por lo tanto es necesario explorar qué ha sucedido en la vida en los meses anteriores.

En el pánico, la reacción física es similar a la que ocurre en una respuesta de alarma ante un peligro real, con la diferencia de que en este caso, es gatillada en ausencia de una amenaza concreta.

Actualmente puede lograrse la recuperación de este trastorno en la mayoría de los casos, integrando la psicoeducación con una farmacoterapia específica y recursos psicosociales, como la terapia cognitiva-comportamental.

¿qué son los ataques de pánico?

¿Qué consecuencias tienen las crisis de pánico en quien las sufre?

Los seres humanos estamos constantemente tratando de evaluar y comprender qué ocurre a nuestro alrededor y en el mundo. Cuando no encontramos explicación a un hecho, para tranquilizarnos, siempre intentamos darle un significado o rotularlo. Cuando ignoramos qué es lo que nos pasa, tendemos a permanecer hiperalertas y a interpretar las sensaciones de nuestro cuerpo como indicadores de una enfermedad o de pérdida del funcionamiento normal. El pánico espera, con mucho temor, la manifestación de algún desastre personal, siente que se va a morir, desmayar, descontrolar o enloquecer, dado que el ataque es realmente dramático y no le encuentra una explicación valedera a su aparición. Es entonces cuando el afectado comienza a generar pensamientos e interpretaciones negativas o catastróficas. El componente comportamental se manifiesta en cambios en su conducta habitual. Cuando las crisis tienden a repetirse una y otra vez, el enfermo deja de ser el que era antes, no tiene descanso, se vuelve asustadizo, pierde su seguridad, trata de evitar las situaciones o lugares en los cuales ocurrieron los primeros ataques y adonde se pueda sentir atrapado o desamparado. Comienza a consultar repetidamente a salas de guardia y emergencias, va a cardiólogos o clínicos, buscando un reaseguro y para que le digan qué es lo que está pasando con su cuerpo. Tiene miedo a la soledad o al desamparo, en caso de que se repitan sus crisis, cuyos motivos no alcanza a comprender. Empieza a pensar que el ataque debe ser una señal de que algo anda muy mal dentro suyo: "¿qué pasa si tengo una crisis cardíaca y me muero?", "puedo enloquecer", "puedo descontrolarme o desmayarme". Es habitual que no se anime a contarle a los demás lo que le ocurre, por temor a ser juzgado como loco y porque su aspecto exterior no evidencia ningún cambio. Además, cuando consulta a un médico clínico, muchas veces éste lo examina en detalle y le dice que "todo está normal", "son sus nervios", "es el estrés". Esto se debe al desconocimiento que aún hay del tema en algunos profesionales y que, afortunadamente, cada vez es menor ●

¿El trastorno de pánico es un problema físico o psicológico?

Hoy se considera que es un problema neurobiológico, que puede traer severas consecuencias psicológicas, si no se lo trata. Hay factores estudiados en profundidad que señalan la existencia de una tendencia familiar, tanto genético-hereditaria como debida a influencias del aprendizaje infantil. También la respuesta terapéutica específica que se obtiene con ciertas medicaciones, ha demostrado que el modelo biopsicosocial es el que mejor explica el trastorno. Los dos aspectos fundamentales en la terapia del trastorno de pánico son: primero bloquear las crisis y luego que el paciente aprenda a afrontarlas sin temor, con lo cual disminuirá también su ansiedad anticipatoria. Al recuperar la seguridad en sí mismo, reduce la evitación fóbica, o sea los síntomas agorafóbicos. La medicación es un tratamiento de primera línea para bloquear las crisis y lo mejor es que el paciente también aprenda habilidades cognitivas-comportamentales para afrontarlas.

El considerar al pánico como un problema médico, originado en una vulnerabilidad genética o neurobiológica, libera al paciente del estigma de ser un débil o un incapaz de superarlo por sí mismo y lo exime de la culpa de ser el responsable de su enfermedad. Por otra parte, amplía su aceptación y cumplimiento de las indicaciones médicas, al ubicar a este padecimiento dentro del espectro de los problemas médicos, como la úlcera péptica, la diabetes o la hipertensión arterial.

Impedirle a un paciente con TP acceder a una medicación adecuada es como privar a un hipertenso de su medicación específica, o no administrar un antiulceroso en presencia de una úlcera péptica. Actualmente es tan descabellado como impedir a un asmático en crisis o a un diabético tomar su medicación ●

¿Desde cuándo se habla de Trastorno de Pánico?

El Trastorno de Pánico es una categoría diagnóstica relativamente reciente. La descripción fenomenológica surgió a partir de observaciones clínicas del psiquiatra norteamericano *Donald Klein (1964)*. Unos años después, en 1972, fue formalmente reconocido como entidad en EE.UU., por los *Criterios Diagnósticos de Feighner*. Este fue el antecedente para su inclusión formal en el *DSM-III*, dispuesta por la *APA (American Psychiatric Association)* en 1980. El *DSM-III* es un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales elaborado por dicha entidad, que se va actualizando aproximadamente cada 7 años. La última versión, actualmente vigente, es el *DSM-IV-TR*, de 2001. En 1992, la *OMS (Organización Mundial de la Salud)*, con sede en Ginebra, incluyó este cuadro en su versión española, denominada *CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión)*. En la misma se enfatiza que el nombre correcto para designar esta entidad es pánico, dado que esta es la palabra que habitualmente mencionan los pacientes para describir su dramático padecimiento ●

cómo es una crisis?

¿Cómo es una crisis o ataque de pánico?

Describiremos a continuación, siguiendo los lineamientos del *DSM-IV-TR*, en que consiste una crisis o ataque de pánico.

Comprende la *aparición temporal y aislada de miedo o de malestar intensos acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos.*

Los síntomas de las crisis o ataques de pánico pueden ser ordenados, según la frecuencia estadística de aparición, de mayor a menor y además del miedo intenso o pánico, de la manera siguiente:

| | |
|---|-----------------------------------|
| 1 Palpitaciones o taquicardia | Síntomas fisiológicos o somáticos |
| 2 Sudoración | |
| 3 Temblores o sacudidas | |
| 4 Sensación de ahogo | |
| 5 Sensación de atragantamiento | |
| 6 Opresión o malestar torácico | |
| 7 Náuseas o molestias abdominales | |
| 8 Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo | |
| 9 Desrealización o despersonalización | Síntomas cognitivos |
| 10 Miedo a volverse loco o descontrolarse | |
| 11 Miedo a morir | |
| 12 Parestesias (hormigueos o entumecimientos) | Síntomas fisiológicos o somáticos |
| 13 Escalofríos o sofocaciones | |

De los mencionados, como dijimos, debe haber 4 o más para que la crisis sea completa.

crisis o ataque de pánico

¿Por qué, al sufrir las primeras crisis de pánico, los afectados concurren a un servicio de emergencia o a un médico clínico?

Como podemos apreciar, en el cuadro del pánico prevalecen los síntomas fisiológicos, somáticos o neurovegetativos sobre los cognitivos, que se ubican en orden de frecuencia de aparición en los lugares 9 al 11 (en negrita), además de la sensación de miedo o terror intenso, que domina el cuadro. Este predominio de los síntomas fisiológicos o somáticos lleva al paciente a suponer que sus síntomas clínicos son más de índole física, por lo que es habitual que concurre a un servicio de emergencia, visite a un cardiólogo o a un clínico, con lo que inicia un largo peregrinar por diferentes médicos especialistas, hasta dar con el diagnóstico adecuado.

Si dividimos los síntomas posibles del pánico, según sus manifestaciones en los diferentes sistemas del organismo, podemos clasificarlos en:

| | | |
|--------------------------|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Cardiológicos | Palpitaciones Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> | Neurovegetativos | Sudoración Escalofríos Sofocaciones |
| <input type="checkbox"/> | Respiratorios | Disnea Opresión o malestar torácico |
| <input type="checkbox"/> | Neurológicos | Temblores o sacudidas Inestabilidad o mareos |
| <input type="checkbox"/> | Digestivos | Atragantamiento Nauseas Molestias abdominales |
| <input type="checkbox"/> | Mentales o psíquicos | Miedo o malestar intenso Miedo a descontrolarse Miedo a volverse loco Miedo a morir Despersonalización Desrealización |

¿Cómo se clasifican las crisis de pánico?

Las crisis de pánico se clasifican en:

- *Completas o típicas* (si tienen 4 o más síntomas).
- *Incompletas o de síntomas limitados* (con menos de 4 síntomas).

En cuanto a las circunstancias determinantes de su aparición, se dividen en:

- *Inesperadas o espontáneas*. Son aquellas en las que no puede detectarse un factor causal y ocurren típicamente al comienzo del TP. Pueden repetirse en cualquier momento de la enfermedad.
- *Situacionales*: Se desencadenan por la exposición a un estímulo atemorizante y aún por la anticipación del mismo. Además de ocurrir en el TP con o sin agorafobia, pueden darse en la fobia social y en el TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático).
- *Más o menos relacionadas a situaciones determinadas*: Ocurren a veces, al exponer a la persona a estímulos potencialmente fobígenos, por ejemplo al viajar en avión o en subte, un agorafóbico puede o no tener una crisis.

Las 4 PREGUNTAS CLAVES PARA HACER UN DIAGNOSTICO DE TP, son las siguientes:

¿Tuvo usted episodios repentinos de palpitaciones, temblores, dolor u opresión en el pecho, mareos o falta de aire, que duraron varios minutos, con un pico de intensidad y sin una causa aparente?

¿Cuántos fueron?

¿Qué idea, preocupaciones o temores tiene acerca de los mismos?

¿Cambió en algo su vida desde que los tuvo, en el sentido de restringir o evitar ciertos desplazamientos?

¿Cómo define el DSM-IV-TR (APA 2001) a la enfermedad o trastorno de pánico?

Para que exista un trastorno de pánico es necesaria la presencia de *ataques de pánico recurrentes e inesperados, y al menos una de las crisis ha sido seguida durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:*

- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
- Preocupación por las consecuencias o implicancias de la crisis.
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Los ataques de pánico no responden a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad, no pueden explicarse mejor por otro trastorno mental y pueden ocurrir con o sin agorafobia

¿cómo
se define



¿Qué es la agorafobia?

La agorafobia (AGF) es una patología asociada, con altísima frecuencia, al pánico y que se desarrolla como consecuencia del mismo, en la mayoría de los casos. Anteriormente, se la definía como el miedo a los espacios abiertos, de ahí su nombre, pues *agora* era la plaza o mercado de las ciudades griegas. Hoy se la define como el miedo a sentirse solo, desamparado, sin escape e imposibilitado de recibir asistencia en caso de tener una crisis de pánico. Se la define también como el miedo a encontrarse en lugares o situaciones en los cuales no esté disponible una ayuda, en el supuesto de tener un ataque o en las circunstancias en que el escape resulte dificultoso, debido a restricciones físicas o sociales. Por lo tanto, el agorafóbico tiende a evitar alejarse de los lugares que considera seguros, como por ejemplo su hogar, aunque en algunos casos graves tampoco puede quedarse solo en casa. Si se aleja, es probable que necesite de la compañía de alguien que considera protector. Muchas personas evitan el lugar donde ocurrió su primera crisis de pánico. En estos casos, el temor a ese lugar o a alguna actividad ocurre por condicionamiento (una experiencia aterrizante como el pánico se asocia a un evento neutral, por ejemplo, viajar en omnibus y a partir de entonces se evita este medio de transporte). Posteriormente, el temor suele generalizarse a otros medios de transporte, los medios y lugares usualmente más temidos son aquellos de los que resulta más difícil escapar, en caso de sentirse mal o de tener una crisis, tales como: subterráneo, tren, barco, ferry, avión, puentes, túneles, autopistas, teatros, estadios, shoppings. El enfermo suele preferir aquellos vehículos en los que pueda controlar o modificar el trayecto (auto propio, remise, taxi, motocicleta, etc.) o lugares de fácil salida para poder acceder más fácilmente a un lugar seguro, si se descompone ●

agorafobia

¿Qué se evita en la agorafobia?

| LUGARES O SITUACIONES | ACTIVIDADES TEMIDAS |
|------------------------------|-------------------------------|
| Supermercados | Manejar o viajar en auto |
| Shopping Centers | Usar medios de transporte |
| Muchedumbres | Caminar o alejarse de su casa |
| Cines, teatros | Estar solo en su casa |
| Puentes, túneles | Esperar en filas o colas |
| Ascensores | Estar en espacios abiertos |
| Lugares desconocidos | Ejercicios |
| Aviones y barcos | Relajación o inactividad |
| Mudarse o cambiar de trabajo | Discutir o poner límites |
| Fiestas o reuniones | Quedarse encerrado |

¿qué se evita en la agorafobia?

¿Cuáles son las conductas u objetos de reaseguro de la persona que padece agorafobia?

Buscar un acompañante considerado seguro.

Llevar, en caso de salir:

- Medicamentos,
- Botella de agua o soda,
- Números telefónicos y direcciones de servicios médicos de emergencia,
- Ropas especiales, fetiches o mascotas

Manejar por el carril de la derecha, para poder detenerse o desviarse.

Saber donde están la salida y los baños.

Sentarse cerca de la salida.

Tener una zona segura o de confianza, que no es conveniente traspasar ●

conductas
objetos de reaseguro

¿Cuáles son los temores típicos del agorafóbico?

Tener una crisis de pánico y sufrir sus consecuencias.

Sentirse acalorado, sofocado o asfixiado.

Perder el control, sentirse fuera de sí o enloquecer.

Mostrar signos de ansiedad o parecer tonto.

Desmayarse o sentirse débil.

Según el psicólogo *David Barlow*, la agorafobia está presente en un 95% de los TP diagnosticados ●

temores
típicos



¿Cómo se establece la severidad de la agorafobia?

La agorafobia puede clasificarse, según su severidad, en:

Leve:

El sujeto presenta algún tipo de evitación o resistencia a las situaciones que le producen malestar, llevando una vida relativamente normal. Por ejemplo, puede ir al trabajo o de compras sin compañía si es necesario, aunque por lo general evita desplazarse solo.

Moderada:

La evitación da lugar a un tipo de vida bastante restringida. El individuo es capaz de salir solo de su casa, pero no puede desplazarse más allá de algunos kilómetros sin compañía.

Grave:

La evitación obliga a estar casi por completo dentro de casa, o hace al individuo incapaz de quedarse solo en su hogar o de salir, si no es acompañado ●

severidad