



# Trastornos de ansiedad

Prácticamente toda la gente admite haber sentido ansiedad en uno u otro momento de su vida. Es decir, se sienten preocupados o aprensivos, y pueden experimentar síntomas físicos como pueden ser la palpitación del corazón, la falta de aire o «mariposas» en el estómago.

En función de las circunstancias, la ansiedad es con frecuencia una reacción normal y en absoluto es indicativa de enfermedad mental. Por ejemplo, es normal que un estudiante sienta ansiedad ante un examen, o que un adulto con síndrome de Down se sienta ansioso al trasladarse a una nueva vivienda. Esta clase de ansiedad normal tiene por lo general una causa identificable y es de corta duración. Una vez que el examen (o lo que sea) ha terminado, la persona ya no la siente más.

Pero cuando la ansiedad interfiere el día a día de una persona durante un cierto tiempo, entra ya el diagnóstico de trastorno de ansiedad. En la cuarta edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) se definen varios tipos de trastornos de ansiedad. Analizaremos los que son más frecuentes entre los adolescentes y adultos con síndrome de Down:

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Agorafobia.
- Trastorno de angustia.

El trastorno obsesivo-compulsivo es también un tipo de ansiedad que se trata con detalle en el capítulo 16.

## TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Para llegar a un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, el DSM-IV-TR exige:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento escolar o laboral), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):
  - 1. Inquietud o impaciencia.
  - 2. Fatigabilidad fácil.
  - 3. Dificultad para concentrarse, o tener la mente en blanco.
  - 4. Irritabilidad.
  - 5. Tensión muscular.
  - 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- D. La preocupación no queda confinada en los límites o rasgos de otro trastorno (p. ej., un ataque de pánico propio del trastorno de pánico).
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas de abuso, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo), y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

[N. de los T. La mayor parte de este cuadro ha sido transcrito de la cuarta edición revisada española del: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, *Texto revisado*. Barcelona: Masson; 2002].

Al igual que el resto de la gente, las personas con síndrome de Down tienen preocupaciones y temores, pero eso no supone tener trastorno de ansiedad. En algunos, estas preocupaciones pueden ser bastante importantes pero aun así no debilitantes. Sin embargo, la ansiedad y la preocupación pueden llegar a convertirse en un trastorno cuando empieza a entorpecer las actividades esenciales. Por ejemplo, esto ocurre cuando alguien rehúsa salir a causa de la presencia o del temor de una tormenta u otro tipo de problema meteorológico que le produce miedo. A veces este miedo es algo más complicado. Hemos visto a personas temerosas de ciertas condiciones climatológicas porque se han caído cuando llovía, o había hielo o nieve en la acera. Si el miedo ante tales eventos es grande y la frecuencia de los problemas climatológicos es alta, puede crearse un problema importante como es el de rehusar salir de casa para ir a trabajar o participar en actividades recreativas. La ansiedad se convierte en generalizada cuando se extiende más allá del problema climatológico o de otras situaciones o eventos que producen ansiedad.

## Síntomas del trastorno de ansiedad generalizada

Como ocurre con otros problemas mentales, el diagnóstico se hace por lo general a partir de los informes subjetivos. Esto es, el paciente se queja de sentirse ansioso, o es capaz

de articular lo que le sucede en su cuerpo cuando está preocupado. Puede suceder que las personas con síndrome de Down no verbalicen sus sentimientos subjetivos de ansiedad. Sin embargo, para un cuidador experimentado, los cambios observados en la conducta de una persona con ansiedad son inconfundibles. Además, y como se analiza en el capítulo sobre lenguaje expresivo (v. cap. 6), las personas con síndrome de Down no son las mejores para ocultar sus sentimientos. Los gestos faciales, la tensión del cuerpo, el andar de un sitio para otro, son indicaciones claras de agitación y ansiedad. Algunos la muestran mediante autolesiones ligeras o conductas habituales como son el frotarse o apretarse las manos, pellizcarse en una herida o en partes del cuerpo, chuparse la mano, morderse las uñas, etc. A menudo las personas realizan estas conductas sin darse cuenta.

Muchas personas con síndrome de Down desarrollan también trastornos del sueño cuando se encuentran agitados o preocupados. Puede que el problema del sueño no sea detectado por el cuidador, sobre todo si la persona está bajo supervisión mínima por la noche. Sin embargo, siempre que aparecen otros síntomas de ansiedad debe investigarse cuidadosamente sobre los problemas de sueño, como puede ser vigilando el sueño durante la noche, etc. (v. el apartado de los problemas de sueño en el cap. 2). La ansiedad puede derivar en irritabilidad y pérdida de concentración, pero esto puede ser síntoma también de depresión u otros trastornos, por lo que no debe identificarse sin más con la ansiedad.

La excesiva preocupación es también un síntoma corriente del trastorno de ansiedad. Las personas que son verbales expresan directamente su preocupación, pero para quienes lo son en menor grado, su conducta frecuentemente es un claro signo de preocupación. Por ejemplo, muchos que ven los programas sobre el tiempo atienden con todo interés los informes meteorológicos de TV o radio sobre las tormentas. Y cuando se prevé un cambio intenso de tiempo, los familiares o cuidadores a menudo observan los signos inequívocos de ansiedad que antes se han señalado. Este patrón se repite una y otra vez, por lo que con el tiempo resulta patente la asociación de la ansiedad con el cambio climatológico o con cualquier otro problema. Si la ansiedad es solo en relación con el tiempo se puede clasificar como fobia. Sin embargo hemos podido ver que este suceso desencadenante se desarrolla en un trastorno de ansiedad generalizada, existiendo además otros factores desencadenantes que generan también la ansiedad.

Colin, de 28 años, fue traído al centro a causa de pensamientos suicidas, algo que era nada frecuente en él. Aunque sus padres habían muerto hacía algún tiempo, mantenía una fuerte y positiva relación con sus dos hermanas, que se mostraban activamente implicadas en su vida. Colin era muy querido y se sentía apoyado por su familia y amigos, era activo en el deporte y actividades de entretenimiento, y era un artista con talento. Una tarde, sin embargo, se le vio especialmente preocupado. El personal de su grupo residencial le preguntó, y contestó que quería lesionarse.

Al principio, Colin no podía dar una explicación sobre sus pensamientos suicidas. En el curso de la reunión en el centro, el misterio empezó a desvelarse. La primera señal provino de la persona del equipo que compartía con nosotros la preocupación de que Colin pudiera ser psicótico y suicida. Esta preocupación se basaba en la observación de que había hecho afirmaciones desagradables al personal (en tiempo presente) sobre personas y sucesos de los que no tenían conocimiento alguno. En la reunión pudimos explicar que muchas personas con

síndrome de Down confunden el tiempo pasado y el presente y tienden a revivir sucesos traumáticos ya pasados.

Las hermanas de Colin ayudaron entonces a explicar que sus comentarios reflejaban tiempos pasados, cuando se sintió atemorizado por tormentas muy importantes. Cuando visitaba a sus hermanas para pasar la noche con ellas, normalmente se ocultaba en el cuarto de baño durante las tormentas con el fin de no oírlas. Esto hizo analizar su miedo a las tormentas y su necesidad de vigilar la climatología más estrechamente. La persona del equipo contó que Colin se resistía con frecuencia a salir de casa en días de tormenta. Lo que llevó a descubrir que su compañero de cuarto se había ido de vacaciones durante varias semanas. En ese tiempo, había habido tormentas frecuentes e intensas. Al parecer, la presencia de su compañero le daba normalmente una sensación de seguridad durante la tormenta.

Por desgracia, Colin no podía contar fácilmente sus preocupaciones y temores a otras personas. Así, durante el período de dos semanas en las que su compañero estuvo fuera, sus miedos y preocupaciones se habían incrementado hasta niveles que ya no podía soportar. Y eso fue lo que le indujo a hacer los comentarios suicidas que provocaron la reunión en el centro.

Durante el resto de la reunión, llegamos a la conclusión de que no existía una amenaza real de suicidio, y desarrollamos entonces un plan para manejar el problema de Colin. Su compañero iba a volver de vacaciones justo ese día, lo que le ayudaría en sus temores de las noches. Además de eso, el personal de su residencia se reuniría con él cada día para evaluar su miedo al tiempo. En los días en que se le viese más preocupado y especialmente en los días tormentosos y por las noches, el equipo le prestaría una atención especial. Por último, se benefició de una terapia de relajación que incorporaba fotografías de sus personas preferidas y de pasados acontecimientos agradables. Esto le ayudó a sustituir imágenes agradables en lugar de sus recuerdos atemorizantes relacionados con las tormentas pasadas. Un año después, Colin seguía teniendo miedos y preocupaciones pero ya en un nivel más manejable, gracias al conocimiento y el apoyo por parte del equipo y de la familia.

## AGORAFOBIA

Hemos comprobado que en los adultos con síndrome de Down, la preocupación se encuentra asociada a menudo también con otro tipo de problema de ansiedad, la agorafobia. Agorafobia es el miedo a estar en ciertos lugares o situaciones. Hemos visto a algunas personas en el centro aterrorizadas de ir a una clínica médica, sin duda debido a alguna experiencia dolorosa en el pasado. Hemos oído que otros muestran miedos similares y rehúsan salir de casa debido a alguna experiencia negativa en un centro comercial, su trabajo, sitio de recreo, etc. Esto es porque la persona teme que visitarán ese lugar durante su salida. Pudo haber ocurrido esa experiencia original hace mucho tiempo, pero el miedo sigue siendo muy intenso. Recuerden en el capítulo 5 la historia de la mujer que había sido molestada por otro residente en su vivienda de grupo a la edad de 21 años. A los 38, a pesar de que llevaba 15 años residiendo en otra vivienda protegida, todavía temía muchí-

simo salir de la casa de su hermana después de hacerle una visita por miedo de volver a ser llevada a esa primera vivienda de grupo en la que ya no vivía desde hacía 17 años.

Como se expuso en el capítulo 5, las personas con síndrome de Down pueden ser más susceptibles a experiencias traumáticas que persisten en su memoria para asustarlas una y otra vez. Por ejemplo, es fácil imaginar cómo los miedos relacionados con el mal tiempo pueden basarse en experiencias pasadas que les resultaron traumáticas. El miedo al suceso original puede volver a ser experimentado cada vez que la persona escucha una previsión del tiempo que anuncia la llegada de un tiempo similar al temido. Puede sentirse abrumada por la preocupación y expresa su temor rehusando salir de casa: de ahí la agorafobia.

## Tratamiento de la agorafobia

El tratamiento de la agorafobia y de otros problemas de ansiedad puede llevar mucho tiempo, paciencia y labor de detective. Las personas abrumadas por el miedo necesitan recuperar cierto sentido de control sobre estas situaciones. Los medicamentos pueden ayudar a «mitigar el miedo» (v. más adelante Medicación).

El paso siguiente es ayudar a la persona a identificar las situaciones que provocan el miedo realmente. Puede ser necesario realizar un cuidadoso asesoramiento para comprender por qué la persona no quiere salir de casa. A veces las familias u otros cuidadores no saben a qué sitio o suceso concreto tiene miedo. En tales casos, alguien del ambiente del interesado puede resolver el problema. Por ejemplo, en el capítulo 6 Bruce rehusaba salir de casa, y cuando se contactó con el personal de su centro de trabajo, proporcionaron información crítica: era acosado en su trabajo. Esta información marcó el punto de inflexión del tratamiento.

Otras veces es la conducta de la persona la que nos da las señales sobre el origen de ese miedo. Por ejemplo, asumimos que la gente a la que les da terror venir al centro tuvieron una experiencia negativa en alguna visita previa a un hospital o clínica médica.

Una vez que el origen de la ansiedad ha sido identificado o supuesto, los familiares o los cuidadores necesitan bastante tiempo para explicar que no van a visitar el sitio temido. Esto permite a la persona ir a sus ocupaciones habituales en todos los sitios menos al que le da miedo. Como se expone en el capítulo 5, las fotos pueden ayudar a reducir el miedo ya que tantas personas con síndrome de Down sienten una especial inclinación hacia las imágenes visuales. Por ejemplo, a la mujer que temía salir de la casa de su hermana se le mostraban fotos de su destino real (su actual casa protegida). Este destino significaba un lugar seguro para ella y no el sitio en donde había sufrido su trauma anterior. Con el uso continuado de las fotos, un breve período de medicación ansiolítica y la paciencia y el ánimo de su hermana y del personal de su actual vivienda, recuperó la confianza para marcharse sin volver a experimentar ese miedo que la desarmaba. Para ella y para los demás, la capacidad de realizar aquello que antes se temía proporciona un enorme sentimiento de alivio y de confianza, lo que en sí mismo ya resulta terapéutico.

Si no se puede identificar el origen de la ansiedad, a veces la mejor solución es cambiar el ambiente o las costumbres rutinarias de la persona, con la esperanza de alejarla de la fuente de ansiedad. Como veremos en el siguiente ejemplo, si está razonablemente seguro de que el ambiente de la casa es adecuado, cambie la situación laboral.

Anthony, un varón de 34 años que no era verbal, rehusó ir a su trabajo en una piscina comunitaria, a pesar de que llevaba en ese trabajo cinco años y estaba muy satisfecho de su ocupación. Después de repetidos intentos por hacer que volviera a la piscina, se le devolvió a su programa anterior de trabajo, en donde pareció que funcionaba sin miedo. Solo después se supo que un supervisor en la piscina había estado acariciando a otro empleado. El drástico cambio en la conducta de Anthony coincidió con la presencia de ese supervisor. Y por desgracia, si ese supervisor hubiese acosado a Anthony, no habría podido contárselo a otros.

## DESENSIBILIZACIÓN

La desensibilización puede ser parte importante de la estrategia de tratamiento para cualquier tipo de fobia o de agorafobia. Anteriormente se han nombrado algunas de las etapas de la desensibilización, pero no han sido explicadas de manera formal. La desensibilización es un medio de reducir gradualmente el miedo de una persona, ayudándole, mediante progresivos incrementos, a tolerar el contacto con la situación o el hecho que lo origina.

De modo ideal, un plan paso-a-paso de desensibilización para una persona debe ponerse por escrito. Se empieza señalando la exposición máxima a la situación temida que una persona puede tolerar (p. ej., quizá simplemente mostrar una foto o un modelo del objeto que teme desde el otro lado de la habitación). El paso siguiente puede ser que tenga en su mano la foto o el modelo. Con el tiempo se ve expuesto de manera progresiva al objeto hasta que su miedo y su ansiedad disminuyen.

Por ejemplo, hemos aprendido a ser muy pacientes con las personas que se muestran muy temerosas de venir a la clínica para pasar una exploración física. Solemos recomendar que la persona pase por un proceso gradual de acceso al centro. Puede empezar por un paseo cerca del centro un día, otro paseo hasta entrar en el aparcamiento otro día, subir hasta la puerta de entrada otro, etc.

Como se ha explicado anteriormente, la medicación puede ayudar en este proceso reduciendo el nivel de ansiedad. Será especialmente importante cuando el miedo es muy grande, como es la situación en la que la persona entra en el edificio de la clínica, o en el cuarto de exploraciones, o va recibir un pinchazo, etc. A veces, este proceso de desensibilización lleva meses, pero la necesidad de que tenga un examen médico o se le realice una determinada prueba es tan grande que todo vale la pena. Por ejemplo, un hombre con síndrome de Down se dejó por fin extraer sangre después de haber practicado con el personal todo el proceso excepto el pinchazo en la piel. Resultó que este hombre tenía hipotiroidismo que necesitaba tratamiento y no se hubiese diagnosticado de no haber conseguido realizar la extracción de sangre.

Una versión bastante frecuente y particularmente difícil de agorafobia se da cuando la persona se niega a salir de casa y entrar en un vehículo. Se aplica el mismo proceso de exposición gradual que acabamos de describir. De nuevo, puede ayudar mucho la medicación para aliviar el nivel de ansiedad, consiguiendo que la gente sea más receptiva al proceso de desensibilización. Los familiares u otros cuidadores irán después gradual y pacientemente exponiendo a la persona al objeto temido en un proceso diario de alejarla más y más de la casa y acercarla al vehículo. En casos extremos, un punto de inicio puede ser que la persona extienda un brazo fuera de la casa o que permanezca en el portal durante unos segundos antes de volver al interior. Con el tiempo, irá consiguiendo permanecer junto al coche, después lo tocará débilmente, etc.

Una vez desensibilizada la persona para montar en el vehículo, los cuidadores pueden ya llevarlo en coche a casi todas sus tareas diarias. Es importante, sin embargo, vigilar cuidadosamente si hay alguna situación ambiental que parezca generarle más ansiedad. Esto puede ayudar a indicar el lugar específico que desencadena la ansiedad, aun cuando no llegue a dar razón de lo que pudo haber ocurrido en ese sitio. Si esto no es posible, la mejor opción será iniciar la desensibilización del individuo para con ese sitio, a base de exponerle a él gradualmente.

## TRASTORNO DE ANGUSTIA

Uno de los tipos más frecuentes de trastornos de ansiedad, y causa también de agorafobia, en la población general es un trastorno de angustia (*panic disorder*). El DSM-IV-TR lo describe como un trastorno caracterizado por la aparición de miedo o malestar de carácter intenso durante períodos bien definidos, y por, al menos, cuatro de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración; temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o a volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

[N. de los T. Transcrito de la traducción española de la cuarta edición revisada del: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), *Texto revisado*. Barcelona: Masson; 2002].

Estas reacciones pueden aparecer espontáneamente o en respuesta a un factor desencadenante, lo reconozca o no la persona como tal (Landon y Barlow, 2004).

Hemos visto trastorno de angustia en pacientes del centro, aunque parece que no es tan frecuente en las personas con síndrome de Down como algunos otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, pueden ser más frecuentes de lo que se ha observado. El diagnóstico puede no ser patente porque las personas con síndrome de Down expresan peor sus sentimientos más subjetivos a causa de sus limitaciones verbales y articulatorias. No obstante, algunos de los síntomas son nítidamente observables si los cuidadores están bien atentos. Por ejemplo:

Sean, de 24 años, llegó a nosotros a causa de repetidos problemas en su trabajo. Se volvía muy agitado y a veces golpeaba a los demás. Su madre nos dijo

que en dos recientes viajes familiares, había mostrado signos similares de agitación en el avión, con sudor, respiraciones profundas y grandes dificultades para mantenerse quieto sentado. Volvimos a hablar con el personal de su centro laboral e hicimos más preguntas. Lo observaron con mayor cuidado y descubrieron síntomas similares antes de que aparecieran los episodios de agitación.

Le diagnosticamos a Sean crisis de angustia. Respondió muy bien a una combinación de fármacos: sertralina y alprazolam de liberación mantenida. Recomendamos también a la familia alprazolam de acción inmediata para que se lo diera si desarrollaba los síntomas. Sean ha funcionado perfectamente con esta combinación. Su capacidad para ir al trabajo de forma regular sin dificultades ha servido también como terapia. Funcionar bien en el trabajo y no perder control de sí mismo es una experiencia positiva para él y altamente gratificante. Cuanto mejor se siente consigo mismo, mejor es su autoestima y confianza, y menos ansioso está en diversas situaciones.

La desensibilización puede resultar también beneficiosa para los ataques de angustia, pero a veces puede ser necesario evitar la situación. Los medicamentos del tipo de los antidepresivos y ansiolíticos resultan útiles. Por lo común usamos un antidepresivo del tipo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (v. más adelante).

## CÓMO DISTINGUIR ENTRE PROBLEMAS MÉDICOS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

A la hora de diagnosticar un trastorno de ansiedad o un ataque de angustia, es importante descartar posibles problemas de carácter médico que contribuyan o imiten a estos problemas. De manera ideal, el médico podría evaluar la existencia de esos problemas médicos antes de hacer un diagnóstico de ansiedad. Para ello debería tratar primero los problemas médicos y ver si se resuelven, con lo que se descarta la ansiedad.

El primer cuadro médico que se debe considerar es el hipertiroidismo (tiroides hiperactivo). En la población general, el nerviosismo es un síntoma muy frecuente de hipertiroidismo. Los estudios sugieren que el 85% de las personas con hipertiroidismo experimentan ansiedad (Reid y Wheeler, 2005; Katerndahl y Vande Creek, 1983). En las personas con síndrome de Down también el nerviosismo parece ser un síntoma frecuente. A menudo, al tratar el hipertiroidismo desaparece la ansiedad.

Otro problema médico que contribuye a la ansiedad es la apnea del sueño. La falta crónica de sueño debida a la apnea del sueño puede manifestarse en forma de ansiedad. La apnea del sueño puede producir hipoxemia (disminución del oxígeno en sangre) durante el sueño. La hipoxemia puede hacer que una persona se sienta ansiosa o incluso tenga sensación de angustia. Por la noche, se puede despertar con angustia o con ansiedad en el momento de experimentar el descenso de oxígeno, y durante el día puede permanecer una sensación permanente de ansiedad.

Cualquier circunstancia que ocasione hipoxemia contribuye a la ansiedad. Por ejemplo, los adultos con síndrome de Down que tienen cardiopatía congénita que no pudo ser corregida quirúrgicamente y evolucionó hacia la hipoxemia crónica y cianosis, pueden desarrollar ansiedad. En particular, conforme la hipoxemia progresa, la sensación de dificultad para respirar o «hambre de aire» provoca ansiedad. Cuando la persona está más activa, el nivel de oxígeno puede caer aún más y ocasionar un mayor grado de ansiedad. Algunos de nuestros pacientes con este problema han necesitado mediación ansiolítica, pero a menudo es el tratamiento con oxígeno el que resulta más beneficioso desde el punto de vista físico y reduce el estrés psicológico.

Por desgracia, sin embargo, a veces la propia recomendación de oxígeno puede inducir estrés. Por ejemplo:

Leah, una mujer de 37 años con cardiopatía congénita cianótica, iba debilitándose lenta pero progresivamente. Su función cardíaca iba disminuyendo y la falta de aire se iba notando con niveles de actividad cada vez más bajos. Pero cuando hablamos sobre la posibilidad del oxígeno tuvo mucho miedo. Se negó en redondo incluso a considerar la terapia del oxígeno.

Tras varias conversaciones en casa entre ella y su familia supieron la causa de su miedo. El abuelo de Leah había necesitado oxigenoterapia y Leah asoció el oxígeno con la muerte de su abuelo. Pensó que si empezaba con esa terapia moriría también en un futuro cercano. Con el tiempo, pudimos tranquilizarla e inició el tratamiento. Conforme fue notando el beneficio del oxígeno, fue reduciendo su ansiedad y empezó a usarlo con facilidad.

Otra posible causa de síntomas de ansiedad es la retirada del alcohol. Se experimenta la abstinencia alcohólica cuando el cuerpo de una persona se ha acostumbrado a beber mucho durante un tiempo prolongado y entonces se interrumpe la ingestión del alcohol. Aunque nuestra experiencia en esta causa es escasísima, es algo que hay que considerar. En las dos personas en las que hemos visto alcoholismo, impedir la disponibilidad de alcohol bastó para solucionar el problema. Curiosamente, ninguno de los dos mostró «ansia» por el alcohol y, o bien lo «olvidaron», o negaron haber bebido jamás intensamente.

La ingestión de drogas ilícitas es aún más raro en los adultos con síndrome de Down (nosotros no la hemos visto) pero es una posibilidad teórica. Mucho más posible es el consumo de demasiadas bebidas con cafeína. La cafeína puede producir síntomas de ansiedad. Puede también alterar el sueño, lo que también induce ansiedad. Recomendamos ir reduciendo lentamente las bebidas con cafeína y sustituirlas por otras que se les parezcan pero no contengan cafeína.

Por último, es importante descartar enfermedades que causan ansiedad. Así como hay enfermedades que conducen a la depresión, otras lo hacen a la ansiedad. Esto es particularmente cierto si existen dudas sobre el diagnóstico o el tratamiento. Además si un adulto tiene mermada su capacidad para comunicar sus problemas, su dolor u otros síntomas, eso puede provocar ansiedad. Y, como le ocurre a cualquier otra persona, puede sentirse estresada si conoce por experiencias previas, o se le dice, que su enfermedad lleva asociados el sufrimiento u otras malas consecuencias.

## TRATAMIENTO

En los casos que hemos comentado en este capítulo, ya hemos aludido a algunas de las terapias para los trastornos de ansiedad, incluido el tratamiento de posibles enfermedades subyacentes, el asesoramiento y la medicación. Anteriormente ya se han hecho consideraciones sobre el tratamiento de los problemas físicos subyacentes. En este apartado nos centraremos sobre los medicamentos y el asesoramiento para la ansiedad.

### Medicación

Los medicamentos que se emplean para la ansiedad se encuentran generalmente en estas tres categorías:

- Azapironas.
- Benzodiazepinas.
- Antidepresivos.

La buspirona es la única azapirona de la que se dispone actualmente. No se conoce su mecanismo de acción (cómo actúa sobre las sustancias químicas del cerebro). Por lo general no ejerce un impacto inmediato sobre la ansiedad: puede tardarse varios días o semanas en apreciar el efecto. Pero su ventaja sobre las benzodiazepinas que actúan con mayor rapidez es que carece de potencial adictógeno (capacidad de producir adicción). Nosotros hemos tenido cierto éxito, aunque limitado, en el tratamiento de la ansiedad con buspirona.

Las benzodiazepinas del tipo del diazepam o lorazepam actúan con relativa rapidez. Se aprecia ya cierto efecto tras la primera dosis. Al administrar dosis sucesivas de modo regular, su efecto a menudo se acrecienta. Pueden usarse también en períodos breves y durante poco tiempo mientras se inicia el tratamiento con otros fármacos que tardan más en iniciar su acción. Una desventaja de las benzodiazepinas es que pueden ser adictivas.

También los antidepresivos se pueden utilizar para tratar la ansiedad. Hemos comprobado que los ISRS y la venlafaxina son beneficiosos para la mayoría de los adultos con síndrome de Down que sufren ansiedad. Sin embargo, solo la paroxetina y el escitalopram disponen de aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para el trastorno de ansiedad generalizada, y solo la paroxetina, sertralina y fluoxetina la tienen para el trastorno de angustia. Recientemente hemos utilizado también el bupropión con cierto éxito. Se puede tardar varias semanas hasta ver el efecto completo de estos medicamentos y, por eso, a menudo usamos temporalmente las benzodiazepinas mientras esperamos a que los ISRS hagan su efecto. Algunas personas necesitan mucho tiempo de utilización de antidepresivos porque los síntomas se reanudan al retirar la medicación. Se explica más sobre ellos en los capítulos 13 y 14.

Steve, de 34 años, estaba profundamente sedado cuando le vimos por primera vez. Estaba con una dosis alta de tiotixeno (fármaco antipsicótico). Se había mostrado agresivo en su casa de grupo y había golpeado a un miembro del personal. La posterior investigación reveló que aparecía agitado y tembloroso en

ciertas situaciones, sobre todo si otras personas en su casa se mostraban agitadas. Steve era tremendamente sensible a la actividad que hubiera a su alrededor. Le diagnosticamos trastorno de ansiedad generalizada. Después de empezar con buspirona, pudimos ir rebajando el tiotixeno hasta suprimirlo. Posteriormente ya estaba mucho más calmado y tolerante cuando los demás residentes se mostraban agitados.

## Asesoramiento

Muchos de nuestros pacientes con ansiedad se han beneficiado no solo del tratamiento con medicamentos, cuando estaban justificados, sino también del asesoramiento. El asesoramiento no solo les proporciona la oportunidad de expresar sus preocupaciones sino que ayuda al profesional a determinar si es necesario adaptar el ambiente para reducir la ansiedad y cómo hacerlo. Por ejemplo:

Edward, de 30 años, y Gabe, de 39, fueron traídos al centro por sus respectivas madres porque presentaban síntomas similares de trastorno de ansiedad generalizada. Sus síntomas consistían en agitación, tensión corporal, dar pasos de un lado para otro y dificultad para dormir. Los dos mostraban también una cierta débil conducta autolesiva. Gabe se mordía las manos y Edward se hurgaba en las heridas de brazos y piernas. Ambos habían perdido a sus padres hacía algún tiempo y sus madres se afanaban con algunos de sus propios problemas de pérdida, pues habían perdido a muchos familiares y amigos al tiempo que iban envejeciendo. Tanto Edward como Gabe eran muy sensibles hacia los sentimientos de pérdida de sus madres, y finalmente esto les había creado cierta ansiedad. Pero lo que pareció haber precipitado un fuerte incremento en su ansiedad fue el estrés relacionado con el trabajo.

Edward trabajaba en un lugar grande y tenebroso que se le hizo más y más pesado conforme aumentó el nivel de ruido y de conflictos entre sus compañeros. Para complicar las cosas, algunos hombres en su trabajo comenzaron a burlarse de él sin piedad cuando se dieron cuenta de que las burlas le molestaban.

Gabe tenía un problema diferente. La institución que se ocupaba de su puesto de trabajo cambió de una ubicación en un taller a un programa que buscaba y colocaba a gente para trabajos comunitarios. Aunque el objetivo era digno de alabanza, en realidad cerraron los talleres antes de que hubiesen encontrado trabajos en la comunidad para la mayoría de los participantes en el programa. En consecuencia, la mayoría iba a un taller inactivo para trabajos de comunidad y allí se sentaban ociosamente hasta que llegaba la hora de salir. Esto supuso una gran desventaja para Gabe, que necesitaba trabajar y sentirse productivo. Después de seis meses de estar sentado sin hacer nada, su madre notó que su nivel de ansiedad y de morderse las manos estaba aumentando dramáticamente.

Una vez que ambas madres comprobaron este aumento de ansiedad, trajeron a sus hijos al centro con unos meses de diferencia. Tras descartar cualquier problema importante de salud física, se hizo a cada uno el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y se programó un plan de tratamiento. A ambos se les

prescribieron fármacos ansiolíticos para aliviar la intensidad de su ansiedad y ayudarles a dormir. Se recomendaron también sesiones de asesoramiento que empezó a ofrecerse a ambas familias.

Edward y su madre tuvieron sesiones de asesoramiento conjunto e individual para abordar sus sentimientos y problemas. Edward era muy verbal y capaz de comentar muchas de sus preocupaciones de una forma abierta y sincera. Las sesiones con la madre de Edward se centraron en sus propias necesidades de tener más amistades y colaborar en más actividades que la beneficiaran (las encontró a base de aumentar su participación en la iglesia y en un club social local).

El asesoramiento a Gabe y su madre siguió un camino distinto, en parte porque la familia de la madre tomó el asesoramiento como la admisión de un fracaso. En consecuencia, ella fue menos capaz de expresar sus propios problemas y temores por sí misma. Por ello ni le ofrecimos ni nos pidió sesiones individuales para ella. No obstante, se preocupó mucho de ayudarnos a encontrar una solución para el problema de Gabe y nos ayudó sobremanera para mostrarnos lo que necesitábamos saber sobre él para ayudarle. Por ejemplo, nos dijo lo importante que era el trabajo de Gabe para que se sintiera a gusto. Gabe acudió a varias sesiones cortas de asesoramiento individual (de unos 15 a 25 minutos de duración), y parecieron ser productivas a pesar de que no era tan verbal y articulado como Edward (v. cap. 13 para profundizar sobre el asesoramiento a personas menos verbales).

A pesar de ciertas diferencias, hubo varias semejanzas clave en nuestras estrategias de asesoramiento para ambas personas. Esto supuso reuniones con el personal de sus respectivos sitios de trabajo. Además, se tuvieron sesiones con ambos varones y sus madres para introducirles en técnicas de relajación que les ayudaran a afrontar su propia ansiedad.

Ambas familias vinieron con nosotros a entrevistarse con su respectivo personal en el centro de trabajo para intentar negociar una solución a sus problemas en los centros. Tuvimos éxito al negociar un cambio positivo para Edward, al que se le permitió trasladarse a un espacio más pequeño y más silencioso. Tuvimos menos éxito con Gabe, al menos inicialmente. Su personal no quería o no era capaz de encontrar un trabajo adecuado para él, ni en su centro de trabajo ni en la comunidad. Afortunadamente, gracias a los esfuerzos combinados de Gabe, de su madre, del personal de asesoramiento del centro y de una agencia local de gestión de casos, Gabe pudo trasladarse a un nuevo sitio más próximo a su casa en el que había cantidad de trabajo para él.

Otra parte importante de nuestra estrategia de asesoramiento fue enseñar a utilizar técnicas de relajación. Se trata de actividades que deben planificarse y practicarse. Estas técnicas proporcionan a la gente una cierta sensación de control sobre su propia ansiedad, permitiéndoles relajarse cuando se enfrentan a una situación que genera ansiedad. Al desarrollar actividades de relajación que sean adecuadas, debemos intentar capitalizar los intereses y las cualidades de la persona. Por ejemplo, para Linda (v. antes), que se sentía aterrada ante las tormentas, utilizamos su enorme memoria e interés por fotos de experiencias pasadas para ayudarle a concentrar su atención en experiencias positivas. Ha aprendido a utilizar esta técnica cuando hay una tormenta o teme la posibilidad de que aparezca una

(v. cap. 13 para más información sobre la utilización de las técnicas de memoria visual).

Con Gabe comprobamos que, al igual que otras muchas personas con síndrome de Down, tenía algunas rutinas o costumbres que repetía cada día. Una de estas actividades repetitivas era copiar letras o palabras en un cuaderno. Podía pasarse horas haciendo esto, sobre todo por las tardes. Le resultaba extraordinariamente relajante. Lamentablemente, se sentía tan ansioso por causa de los problemas en su centro de trabajo que dejó de realizar esta actividad. En nuestros encuentros individuales y con su madre conseguimos que iniciara de nuevo esta actividad. Posteriormente hicimos que la realizara también para relajarse cuando se encontraba en una situación estresante. Al principio, su madre u otro cuidador tenían que recordarle que la hiciera cuando estaba estresado, pero con el tiempo llegó a saber cuándo empezar por sí mismo. Por ejemplo, Gabe sentía estrés y ansiedad en su nuevo programa de taller cuando había ratos de menor trabajo. Su nuevo supervisor se lo recordó una o dos veces, pero ya después empezó él mismo a hacer esas tareas de forma rutinaria siempre que sentía estrés por la razón que fuera.

Para Edward utilizamos modificaciones de dos estrategias muy conocidas en el campo del asesoramiento como relajación. Una se llama relajación muscular progresiva. Consiste en apretar y después relajar los músculos del cuerpo. La segunda es controlar la propia respiración, por ejemplo mediante ejercicios de inspiraciones y espiraciones profundas, para inducir la relajación. Usamos versiones de estas técnicas, adaptadas a la habilidad de una persona con síndrome de Down.

Por ejemplo, para Edward y muchos otros, enseñamos un ejercicio isométrico sencillo que puede combinarse con el ejercicio respiratorio. El ejercicio isométrico emplea la resistencia del músculo creada por la misma persona. Por ejemplo, la persona empuja las palmas de sus manos juntas. Al igual que la relajación progresiva, este ejercicio puede incluir músculos diferentes y diversas partes del cuerpo. Normalmente, enseñamos a la persona a hacer cada ejercicio durante cinco segundos mientras él u otra persona dice «Va» y cuenta «1001, 1002, 1003... Para». Si es otra persona la que cuenta en voz alta, algunos pueden ser capaces de añadir también un ejercicio respiratorio. Esto supone hacer una inspiración profunda mientras realiza el ejercicio muscular, y expulsar el aire cuando el ejercicio concluye.

A algunas personas no les gusta o no son capaces de utilizar estas técnicas, pero muchos otros, como Edward, sí que pueden. Hemos tenido cierto éxito con otras técnicas de relajación, de nuevo modificadas para ajustarlas a las necesidades de la persona con síndrome de Down. Algunas personas han usado piedras lisas, llamadas piedras de frote o roce, que frotan con el pulgar como un método más sano y socialmente apropiado para expresar su tensión o ansiedad. En público guardan estas piedras en el bolsillo y las frotan sin que los demás se den cuenta. Pueden usarse otros instrumentos (p. ej., bolas) que les sirvan para tener las manos ocupadas como un medio más aceptable de expresar su tensión.

Para resumir el tratamiento y las estrategias de asesoramiento para Edward y Gabe, ambos diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada, el tratamiento fue abordado en varios frentes que consistieron en:

- Un examen físico completo para descartar problemas de salud.
- Fármacos para reducir la intensidad de los síntomas de ansiedad y mejorar el sueño.
- Asesoramiento (que permitió a ambos individuos y al menos a una de las familias expresar sus sentimientos y preocupaciones y les ayudaron a iniciar actividades sociales beneficiosas, al menos a una de las madres).
- Intervenciones en los respectivos centros de trabajo para promover ambientes de trabajo sanos y menos estresantes.
- Técnicas de relajación ajustadas a las necesidades, nivel de habilidades e intereses de cada individuo, para ayudarles a relajarse en las situaciones que originaban ansiedad.

Aunque los dos hombres del ejemplo anterior tenían un trastorno de ansiedad generalizada, hemos comprobado que la terapia de asesoramiento llega a ser un componente esencial para conseguir que el tratamiento tenga éxito en cualquier tipo de trastorno de ansiedad en el síndrome de Down. Por ejemplo, las personas que requieren una terapia de desensibilización se pueden beneficiar ampliamente del asesoramiento porque les ayuda a tolerar mejor el proceso de verse expuestos gradualmente al objeto o actividad que los asusta. El asesoramiento ayuda a la persona a expresar sus miedos y preocupaciones de forma más completa. Los asesores, por tanto, son capaces de ayudar a desarrollar un plan que se ajuste mejor a los temas y miedos del interesado. Sea o no especificada la necesidad del asesoramiento en los manuales de formación para estos tipos de tratamientos, en la vida real con personas reales nada es más importante para lograr el éxito de estos esfuerzos que desarrollar una alianza terapéutica mediante el proceso de asesoramiento. Hemos comprobado también que los diferentes tipos de asesoramiento que implican a varios grupos de personas, incluidos los interesados, su familia y el personal de su sitio de trabajo o residencia, todos en suma, son necesarios y beneficiosos a la hora de ayudar a resolver las diversas formas de los trastornos de ansiedad.

## CONCLUSIÓN

La ansiedad puede llegar a ser una enfermedad que debilita intensamente. Al igual que sucede con las otras enfermedades mentales, el asesoramiento y el tratamiento deben ir dirigidos a controlar los trastornos médicos que puedan subyacer en el proceso, a los aspectos psicológicos y a la utilización de los medicamentos. Una vez terminado el tratamiento, la ansiedad puede reaparecer, por lo que es importante mantener la observación de los síntomas.