

Ansiedad y trastornos de ansiedad

Introducción: ansiedad normal y patológica

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 examen, o ante una operación quirúrgica; frente a la amenaza de un despido laboral, o por el riesgo de reprobación 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 patológica

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. Ansiedad normal y ansiedad patológica

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

Tabla 2. Prevalencia de vida de trastornos ansiosos en Chile (2002)

	hombres (%)	mujeres (%)	total (%)
pánico	0,7	2,5	1,6
ansiedad generalizada	0,9	4,1	2,6
agorafobia	6,0	15,9	11,1

Bases neurobiológicas y etológicas de la ansiedad y el miedo

Ansiedad y pánico

Los trastornos de ansiedad constituyen un grupo más bien heterogéneo de entidades nosológicas (aunque relacionadas), pero donde se destacan como modelos la ansiedad y el pánico. Estos son fenómenos diferentes no sólo en la clínica sino también en su fenomenología (experiencia subjetiva), en la conducta, la fisiología, en su respuesta a diversas drogas y en sus sustratos neurales. La ansiedad se asocia a reacciones defensivas ante amenazas potenciales, es atenuada por drogas ansiolíticas, se integra en estructuras límbicas anteriores tales como la amígdala y el hipocampo, y activa el eje hipotálamo-pituitario-adrenal. El pánico (miedo), en cambio, se relaciona con reacciones de defensa ante una amenaza proximal, parece resistente a los ansiolíticos, se integra en estructuras primitivas caudales del cerebro, tales como el hipotálamo y la sustancia gris periacueductual (GPA), y no activa el eje HPA.

Estos dos tipos de fenómenos (ansia y miedo, o pánico) parecen ser modulados de manera opuesta por fibras serotoninérgicas que provienen del núcleo dorsal del rafe. La serotonina (5-HT) es ansiogénica sobre aquellas conductas que dependen de las estructuras límbicas prosencefálicas (principalmente corteza cingulada anterior -CCA-, hipocampo y amígdala), en cambio es ansiolítica en aquellas conductas ansiosas generadas en la sustancia gris periacueductual dorsal (GPAD) e hipotálamo. Esta aparente contradicción o acción dual de la serotonina se debe a que los modelos de ansiedad y pánico constituyen en realidad dos formas de reacción muy diferentes, y para comprenderlos hay que conocer los niveles de defensa al predador y su correlato con los trastornos de ansiedad.

Niveles de defensa al predador y trastornos de ansiedad

Estudios realizados inicialmente con ratas (pero luego extendidos a muchas otras especies, incluyendo seres humanos) han demostrado la existencia de tres niveles de estrategias defensivas en respuesta a la amenaza de un predador.

El primer nivel de defensa ocurre cuando el animal ingresa a un ambiente novedoso, o a un sitio donde se ha encontrado antes con el predador. Como respuesta a esta amenaza potencial o peligro incierto, la rata desarrolla una característica conducta denominada *evaluación de*

Niveles de defensa y trastornos de ansiedad

Los tres niveles de defensa ante el predador son modelos del origen de los trastornos de ansiedad:

- **Evaluación de riesgo:** en un ambiente novedoso o potencialmente amenazador, donde existe por otra parte un premio, el animal explora con gran tensión. Se activa el eje HPA. La patología asociada es el TAG. La 5-HT aumenta esta conducta (es ansiogénica).
- **Amenaza distal:** predador presente, pero a distancia segura, sin ataque. Animal se congela, o bien, si hay una vía de escape, huye de manera organizada. La patología asociada son las fobias específicas. La 5-HT no parece tener influencia en estas conductas.
- **Amenaza proximal:** predador en cercanía crítica, o hay contacto corporal. Reacción es la huida desorganizada o bien la inmovilidad completa. Se asocia al terror y al trastorno de pánico. La 5-HT disminuye estas conductas; al revés, su bloqueo aumenta el pánico.
- **Sumisión:** entre conespecíficos, se relaciona con ansiedad normal (vergüenza) y con la ansiedad social (fobia social). No es clara la participación de la 5-HT.

El trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo no tienen relación con estas reacciones de defensa.

Estas conductas tienen una amplia presencia en muchas especies animales, incluyendo seres humanos.

riesgo, que se caracteriza por una cautelosa exploración con el cuerpo aplastado al piso, metiendo el hocico en los agujeros de la pared y retirándolo con rapidez. Es importante destacar que esta conducta sólo aparece si el animal tiene una *motivación para aproximarse al lugar conflictivo* (como un premio), lo que se conoce como “conflicto aproximación-evitación”. En caso de no existir esta motivación, la rata simplemente escapa y aprende a evitar el lugar. La emoción que se le supone asociada es la ansiedad, y la patología es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

En un segundo nivel, el predador está presente y ha sido detectado por la presa, pero se encuentra a una distancia segura y no realiza un ataque. Por esta razón, este nivel de defensa ha sido denominado *amenaza distal*. En este caso el animal se “congela”, disminuyendo así la posibilidad de ser detectado por el predador, y se prepara para una defensa activa. O bien, si existe una vía de escape, el animal realiza un escape orientado y organizado. Las patologías asociadas son las fobias específicas.

El tercer nivel, la *amenaza proximal*, tiene lugar cuando el predador se aproxima a la presa a una distancia crítica, o efectivamente toca su cuerpo. En este caso el animal realiza una huida desorganizada o una inmovilidad completa. Estas se asocian al terror y al trastorno de pánico.

Entre las interacciones conespecíficas (entre miembros de la misma especie) existe una cuarta

estrategia de defensa, la *sumisión*, que se relaciona con la ansiedad normal (vergüenza) y con el trastorno de ansiedad social (fobia social).

Por el contrario, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo no parecen estar directamente relacionados con reacciones innatas de defensa.

Varios estudios han demostrado la existencia de estrategias de defensa homólogas en muchas otras especies, incluyendo animales no mamíferos, lo que muestra su extenso valor adaptativo. Estas estrategias existen y han sido investigadas igualmente en seres humanos.

Clasificaciones clínicas de la ansiedad patológica

Hay dos sistemas clasificatorios difundidos que ordenan la ansiedad patológica clasificándola 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 junto los “estresantes y somatomorfos”, (F40-F48, trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; la palabra “neurótico” en muchos sitios se ha abandonado porque es imprecisa y tiene un origen psicoanalítico con el que no todos están de acuerdo; a pesar de eso esta denominación sigue estando en la clasificación de la OMS).

Los trastornos de ansiedad son síndromes en que los síntomas de ansiedad, físicos y mentales, son importantes y persistentes y causan una alteración funcional significativa en el sujeto, no siendo secundarios a ningún otro trastorno. Los síntomas son significativamente parecidos entre los diferentes cuadros (al final, son todos manifestación de la angustia), pero varían en cuanto a la circunstancia y a la historia de cada uno. Hay trastornos ansiosos con síntomas *continuos* (trastorno por ansiedad generalizada) y otros con síntomas *episódicos*.

Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos, que no representan un peligro verdadero, son denominados trastornos de ansiedad fóbica (F40); en “otros trastornos de ansiedad” (F41) se incluyen el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno mixto ansioso-depresivo. 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).

Tabla 3. Cuadros de ansiiedad incluidos en las clasificaciones de la OMS y de la APA.

CIE 10	DSM-IV-TR
F40. Trastornos de ansiiedad 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 ansiiedad fóbica	Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno de ansiiedad fóbica sin especificación	Trastorno por estrés postraumático
F41. Otros trastornos de ansiiedad	Trastorno por estrés agudo
Trastorno de pánico	Trastorno de ansiiedad generalizada
Trastorno de ansiiedad generalizada	Trastornos de ansiiedad debidos a enfermedad médica
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Trastornos de ansiiedad inducido por sustancias
Otro trastorno mixto de ansiiedad	Trastorno de ansiiedad no especificado
Otros trastornos de ansiiedad especificados	
Trastorno de ansiiedad 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 ansiiedad y depresión	

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 ansiiedad. 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 nomenclatura. 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 ansiiedad, así 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 3 menciona los trastornos de ansiiedad incluidas en una y otra clasificación.

Semiología de la ansiiedad

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 ansiiedad de la situación le provoca. La piel está pálida, el cabello ha perdido su docilidad.

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

Naturalmente no todos los síntomas se dan en un mismo sujeto sino ciertas constelaciones. Según qué constelación de síntomas y signos se encuentre, qué intensidad alcancen, cuánto persistan y qué relación tengan con los estímulos ambientales o internos podrá decidirse si se trata de ansiiedad normal o patológica y de ser este el caso, el nombre que reciba el cuadro será según la constelación sintomática que predomine. En la medida que la ansiiedad aumenta de intensidad, estos signos se marcan aún más alcanzando su máxima expresión en el pánico.

Quien sufre de ansiiedad 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 esto 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.

Este capítulo tratará de los trastornos de ansiedad generalizada, pánico, fobias específicas, social y agorafobia. Los trastornos adaptativos, así como los trastornos por estrés agudo y postraumático serán vistos en capítulo aparte.

Los trastornos de la ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

El TAG es un trastorno de ansiedad continuo (no episódico) que puede iniciarse generalmente en la adolescencia y podría persistir toda la vida, con etapas de mayor o menor intensidad sintomática.

La característica esencial del TAG es la experiencia de ansiedad y preocupaciones excesivas y recurrentes acerca de una serie casi infinita de acontecimientos en la vida de un sujeto, (acontecimientos que no necesariamente se materializan), como enfermedades o accidentes propios o de familiares y otras preocupaciones múltiples y presentimientos. Esto constituye la *expectación ansiosa* (“siento como si me fuera a pasar algo, pero no sé qué es”). El estado de preocupación persistente es experimentado como algo difícil de controlar, y no está limitado ni predomina en ninguna situación particular (como en el caso de las fobias, o en la preocupación por tener una crisis de pánico). Estas preocupaciones se asocian a otros síntomas psíquicos y físicos, como sensación de inquietud o impaciencia (‘nerviosismo’), una fácil fatigabilidad, problemas en la concentración (sensación de tener ‘la mente en blanco’), irritabilidad variable, tensión muscular (lo que lleva con frecuencia a dolor de cabeza) y alteraciones del sueño. Además hay quejas por sudoración, mareos, palpitaciones. El paciente con un TAG se muestra inquieto, tenso, tal vez se aprecien signos físicos como palidez y sudoración. Es posible que llore, pero el llanto refleja temor y no tristeza, lo que hace una diferencia con la depresión.

Los síntomas somáticos de un trastorno por ansiedad generalizada son el resultado de la hiperactividad del sistema simpático y al aumento de la tensión muscular. El meteorismo se debe a la ingestión de aire; en los trastornos ansiosos existe una dificultad para inspirar, y no para espirar, como en el asma; la hiperventilación agrega además sensación de mareo, lo que contribuye al malestar del cuadro. El mareo es más bien una sensación de inestabilidad (y no crisis rotatorias). Algunos pacientes refieren visión borrosa aunque su agudeza visual sea normal. La cefalea toma la forma de constricción o presión, en general bilateral y frontal u occipital. El dolor lumbar, en los hombros o en las piernas es parte de las molestias frecuentes.

Los pacientes muchas veces llegan a consultar precisamente por estos síntomas físicos, por lo que hay que descartar cualquier patología orgánica y enseguida explorar los síntomas más

Información relevante. Los tres componentes de la ansiedad o angustia

La ansiedad o angustia es similar al miedo y tiene tres componentes: neurovegetativo, motor y cognitivo.

- El componente neurovegetativo se expresa por un conjunto de manifestaciones físicas como palpitaciones, 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 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, 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. La sensación de desasosiego o inquietud puede expresarse como deseos de huir lejos, de no querer que nadie les hable, de querer estar a solas, de volver a su ambiente habitual si se encuentran fuera de él.

Tabla 4. Síntomas del trastorno de ansiedad generalizada

1. **Psicológicos**
 - **expectación ansiosa**
 - **preocupación excesiva** } Síntomas claves
 - fatigabilidad
 - irritabilidad
 - Inquietud o impaciencia ('nerviosismo')
 - Falta de concentración o 'mente en blanco'
2. **Somáticos**
 - Sistema neuromuscular
 - Temblor
 - Parestesias
 - Tinnitus
 - Mareo
 - Cefalea
 - Dolores musculares
 - Gastrointestinales
 - Sequedad de boca
 - Dificultad para tragar
 - Molestias epigástricas
 - Meteorismo
 - Aumento de las deposiciones o deposiciones blandas
 - Respiratorios
 - Opresión torácica
 - Dificultad para la inspiración
 - Hiperventilación
 - Cardiovasculares
 - Palpitaciones
 - Molestias precordiales
 - Percepción del latido cardíaco
 - Genitourinarios
 - Micción frecuente o urgente
 - Disfunción eréctil
 - Molestias menstruales
 - Amenorrea
3. **Trastornos del sueño**
 - Insomnio
4. **Otros síntomas**
 - Depresión
 - Obsesiones
 - Despersonalización

psíquicos.

En el TAG se produce un insomnio de conciliación, en donde los pacientes suelen quedarse pensando en las preocupaciones (reales o fantaseadas) que tienen. A veces el sueño también es intermitente.

No es raro que refieran pesadillas; a veces aparecen crisis de despertar angustiantes, que si se exacerban puede entonces calificarse como crisis de pánico. En ese caso el diagnóstico cambia. Es raro el despertar precoz con incapacidad para volver a conciliar el sueño. Esto es más propio de la depresión, por lo que, si existe, deben investigarse síntomas depresivos (y hacer el diagnóstico). Aunque los otros síntomas de la Tabla 4 no son características importantes del síndrome, pueden ser también los síntomas inicialmente referidos por los pacientes con trastornos de ansiedad.

Es importante investigar la hiperventilación, que es una respiración rápida y profunda que ocasiona un descenso de la concentración de dióxido de carbono en la sangre, lo que provoca una sintomatología típica y desagradable (aunque es mucho más típico del trastorno de pánico) que el paciente interpreta como un agravamiento de su condición. Los síntomas somáticos

Tabla 5. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada (CIE-10, OMS)

- A. Existe un período de al menos 6 meses con una significativa tensión, preocupaciones y sentimientos de aprensión acerca de eventos y problemas cotidianos.
- B. Por lo menos deben presentarse cuatro de los síntomas de la siguiente lista, uno de los cuales debe ser de los ítems (1) al (4):
- Síntomas de activación autonómica**
 1. palpitaciones o aumento de la frecuencia cardíaca;
 2. sudoración;
 3. temblor;
 4. boca seca (no debida a medicación o deshidratación);
- Síntomas toracoabdominales**
 5. dificultad para respirar;
 6. sensación de crisis;
 7. dolor o molestia torácica;
 8. náuseas o molestia abdominal;
- Síntomas psicológicos**
 9. sensación de mareo, inestabilidad o desmayo;
 10. sensación de que los objetos no son reales (desrealización), o que el sujeto está distante o "no ahí en realidad" (despersonalización);
 11. temor a perder el control o "volverse loco";
 12. temor a morir;
- Síntomas generales**
 13. bochornos o escalofríos;
 14. insensibilidad u hormigueo;
- Síntomas de tensión**
 15. tensión muscular o molestias y dolores;
 16. inquietud e incapacidad para relajarse;
 17. nerviosismo exagerado, al límite, o tensión psíquica;
 18. sensación de nudo en la garganta, o dificultad para tragar
- Otros síntomas inespecíficos**
 19. respuesta exagerada a sorpresas menores, estar asustado;
 20. dificultad para concentrarse, o "mente en blanco", debido a preocupación y angustia;
 21. irritabilidad persistente;
 22. dificultad para dormirse debido a las preocupaciones.
- C. El trastorno no cumple criterios para un trastorno de pánico, trastorno fóbico, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.
- D. Cláusula de exclusión más utilizada. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno físico, o a un trastorno por uso de psicotrópicos, tal como consumo excesivo de estimulantes, o abstinencia de benzodiazepinas.

inexplicables de un paciente es posible que sean consecuencia de la hiperventilación.

Algunos pacientes con trastorno por ansiedad generalizada experimentan ocasionalmente *ataques de angustia (o pánico)*, esto es episodios súbitos de ansiedad extrema. Sin embargo, los ataques de pánico son también más típicos del trastorno de pánico.

La duración de los síntomas se ha definido por consenso. El *trastorno por ansiedad generalizada* se diagnostica sólo cuando los síntomas han estado presentes durante varios meses.

Ejemplo1

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 infundados 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 qué 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.

Prevalencia

En Chile Vicente et al (7) han informado una prevalencia de vida de 2,6% (4,1% en la mujer y 0,9 % en el hombre), y de seis meses de 1,2% (2,0% en la mujer y 0,4% en el hombre). Es decir, es un cuadro con una clara diferenciación sexual, con una proporción mujer/hombre de 4/1.

Diagnóstico diferencial

El trastorno por ansiedad generalizada tiene que diferenciarse de otros cuadros en los que la ansiedad puede ser un síntoma importante, así como de enfermedades físicas que producen síntomas similares.

- El **trastorno depresivo** puede distinguirse del trastorno de ansiedad por el mayor peso de los síntomas depresivos en relación con los ansiosos, y por el momento de aparición, en que la ansiedad precede a la depresión en los trastornos por ansiedad generalizada. Es importante en estos casos la entrevista a un familiar.

Sin embargo, hay que destacar que el TAG es frecuentemente comórbido con la depresión, y al remitir la depresión, suele permanecer el TAG. El TAG comórbido con depresión, por otra parte, es mucho más incapacitante que cuando se presenta puro.

- **Esquizofrenia.** La ansiedad es un síntoma corriente en la esquizofrenia. Por lo general se descubre preguntando por la causa de la ansiedad, que en el paciente con esquizofrenia va a ser atribuida a una condición delirante (percepción delirante de daño).

- En la **demencia** presenil o senil la ansiedad puede ser un síntoma precoz del que hay que estar alerta. En todo paciente mayor que consulte por ansiedad hay que hacer pruebas de memoria.

- La **abstinencia** de drogas o alcohol o el abuso de cafeína pueden provocar ansiedad. La abstinencia de alcohol provoca diversos grados de ansiedad, en especial por la mañana.

- Hay cuadros somáticos que cursan con ansiedad. Son ejemplos la **tirototoxicosis**, que produce irritabilidad, inquietud, temblor y taquicardia; el **feocromocitoma** y la **hipoglicemia**, que puede dar un cuadro muy similar a una crisis de angustia.

- Un cuadro netamente somático puede cursar con una importante ansiedad si el paciente está temeroso de la evolución, sobre todo si tiene familiares que hayan muerto por esa misma causa.

- Hay que tener en cuenta que los síntomas ansiosos son muy variables y comprometen una gran cantidad de sistemas orgánicos. No es raro que el médico explore en forma poco razonable cada uno de los sistemas comprometidos, lo que suele aumentar la ansiedad del paciente porque cree que no se logra descubrir “la causa” de sus síntomas (puede ser el gatillante de un cuadro hipocondríaco). En estos casos lo más valioso es una evaluación psiquiátrica detallada antes de emprender una batería de exámenes innecesarios.

Etiología

Factores predisponentes

1. La contribución exacta de los factores genéticos es difícil de precisar. 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 estudio con gemelos, el cambio del criterio de duración de 1 a 6 meses redujo aún más la importancia de los factores genéticos en el TAG, pero 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%).

2. Es probable que el tipo de creencias de peligro o inseguridad que están en la base del trastorno se hayan originado en los tipos de vinculación familiar en la infancia, pero no se ha logrado demostrar alguna causa específica. La ansiedad es frecuente en la infancia, pero la gran mayoría de los niños ansiosos no llegan a ser adultos ansiosos, y entre los pacientes adultos ansiosos no todos han tenido síndromes ansiosos en la infancia.

3. Las personalidades de tipo evitativo (temerosos del contacto y la evaluación social) y obsesivo (rígidos, autoexigentes) son con frecuencia un elemento predisponente para los cuadros ansiosos.

4. 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 antagonistas de la BZ como el flumazenil y los agonistas inversos como la beta-carbinalina 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.

Factores precipitantes

Es frecuente que un TAG sea consecuencia de un trastorno adaptativo o de un estrés agudo de variados orígenes (enfermedades graves, crisis en relaciones personales, conflictos laborales).

Factores de mantención

Los trastornos por ansiedad generalizada suelen hacerse crónicos por la persistencia de los acontecimientos estresantes que los han provocado. En la mantención de la ansiedad hay tres procesos cognitivos: *atención selectiva* a los signos ambientales que se perciben como peligrosos, *sobrevaloración de los riesgos* y utilización de *estrategias (innecesarias) de autoprotección* (como la evitación). Aunque así la ansiedad se controla en forma inmediata, a largo plazo estos procesos contribuyen a la cronificación de la ansiedad. Por ejemplo, un sujeto puede examinar a las personas que le rodean buscando señas de rechazo, percibir alguna expresión que le sugiere el rechazo y finalmente alejarse por completo de la situación, antes de haber hecho nada.

Tratamiento del TAG

Es lógico utilizar los ansiolíticos como tratamiento de primera línea. Aunque son altamente eficaces en el corto plazo, no es claro que lo sean en el largo plazo. Por lo general los pacientes recaen cuando se interrumpe la medicación. Por otro lado, se ha observado que el tratamiento psicológico tiene mejores resultados (disminuye las recaídas) y es tan rápido como la medicación. Por eso, los MG deberían conocer los principios básicos de este tratamiento.

Tratamiento inicial

Dado que la ansiedad es un componente esencial en la depresión, debe hacerse todo el esfuerzo por descartar en primer lugar este diagnóstico.

Cuando el tiempo de evolución del TAG es pequeño (por ejemplo, menos de 6 meses), suele bastar como tratamiento un apoyo que se traduce por escuchar las quejas del paciente y explorar y resolver las dudas que tenga. Por ejemplo, explicarle el origen y consecuencias de los síntomas somáticos que tenga.

Si los síntomas son muy intensos, debe indicarse una benzodiazepina por un tiempo limitado, tal vez no mayor a tres meses.

Tratamiento a largo plazo

La causa principal de cronificación es la incertidumbre acerca de lo que pueda ocurrir. La planificación del tratamiento puede ser por sí misma una manera de reducir la incertidumbre y mejorar el pronóstico.

Tratamiento de la hiperventilación

Un factor importante de mantención de los síntomas es la hiperventilación. Una manera práctica de controlarla es respirar dentro de una bolsa por un rato. Hay que ofrecerle una explicación muy clara al paciente para que lo haga. Por ejemplo, se puede realizar un experimento conductual, pidiéndole al paciente que hiperventile mientras está en la consulta misma. Esto tiene dos objetivos: demostrarle que no le va a pasar

Factores cognitivos en la mantención del TAG

Los tres principales factores de tipo cognitivo que mantienen el TAG son:

- **Atención selectiva** a los signos ambientales o aspectos de la situación que se consideran señales de peligro inminente (aunque no lo sean).
- **Evaluación inadecuada** de la información recogida, que sobredimensiona los potenciales peligros y subestima las capacidades del sujeto para enfrentarlo.
- **Conducta de autoprotección**, evitando la situación tanto desde un punto de vista cognitivo ('no tengo que pensar en eso'), emocional ('voy a pensar en otra cosa que me haga sentir bien') y conductual (alejarse).

Estas estrategias funcionan y por eso el sujeto las sigue utilizando. Sin embargo, en el largo plazo sólo ayudan a mantener la situación sin cambios.

Información adicional. Preocupaciones y metapreocupaciones en la mantención de la ansiedad

La ansiedad generalizada suele mantenerse a través de circuitos retroalimentados, que se inician por lo general con algún *evento crítico precipitante*, como por ejemplo, pensar en el hijo que se fue solo a la escuela en la mañana (un evento que ocurre a diario y que no tiene porqué significar algún problema). El hecho de preocuparse intensamente (con todos los síntomas concomitantes) a su vez es *evaluado* por el paciente en forma negativa, por ejemplo, pensando: "me voy a volver loco de preocupación", "me hace mal preocuparme", "no puedo dejar de preocuparme". Es esta *segunda preocupación* (la preocupación por la preocupación) la que resulta ser a la larga patológica. De manera técnica se le llama *metapreocupación*. La metapreocupación aumenta la ansiedad porque interpreta los síntomas (que son normales) como pérdida de control, o como efecto dañino de preocuparse. El paciente en esta situación no es capaz de darse cuenta que la simple preocupación inicial es una respuesta aceptable y normal.

nada cuando se sienta mareado, y probar que la hiperventilación es causa de variados síntomas.

Manejo de la ansiedad

Analizando los episodios recientes de preocupación, se puede demostrar cómo el paciente las aumenta en un círculo vicioso. ("Cuando se notó preocupado y ansioso, pensó que algo malo podía ocurrirle ¿Qué es lo peor que le podría ocurrir? ¿Qué hizo entonces? ¿Con eso que hizo, se le pasó la preocupación o la aumentó? ¿Qué hubiera pasado si no hubiera hecho nada?"). Típicamente las tentativas de *control mental* o de *evitación* de situaciones que hace el paciente (por ejemplo, al tratar de *no pensar* en determinadas cosas, o al *evitar* ver las noticias para no exponerse a hechos negativos) sólo logran empeorar las cosas. Con esto el sujeto se priva de practicar *estrategias alternativas*, como por ejemplo analizar qué pasaría si no hiciera *nada*.

La preocupación por algunos síntomas (metapreocupación) es una causa esencial de la cronificación del trastorno. Por ejemplo, el temor a que los síntomas sean señas de un trastorno grave, o pérdida de control, o que los demás puedan detectar estos síntomas, lo que trae una sensación de ridículo. Las bases de estas técnicas de

control de la ansiedad consisten en el cuestionamiento de las bases lógicas que están detrás de las preocupaciones, sobre todo de las metapreocupaciones. Se puede cuestionar la evidencia que apoya la preocupación, cuestionar las evaluaciones de incontabilidad o de trayectoria catastrófica, cuestionar la idea de que la preocupación es dañina (“¿Porqué podría hacerle daño la preocupación?”). En suma, se trata de *normalizar* el fenómeno de la preocupación.

Naturalmente, la ansiedad también puede manejarse con medicamentos, haciendo la salvedad que no parecen útiles en el largo plazo.

Benzodiazepinas: Las BZP están indicadas a corto plazo o como primera elección en el alivio de la ansiedad. No deben usarse en la depresión, ni en los trastornos de personalidad. El diazepam es la BZP estándar de larga acción. Ha mostrado ser eficaz en la ansiedad, aunque no todos los estudios muestran un efecto importante. Si se opta por una BZP, tal vez la mejor elección sea esta.

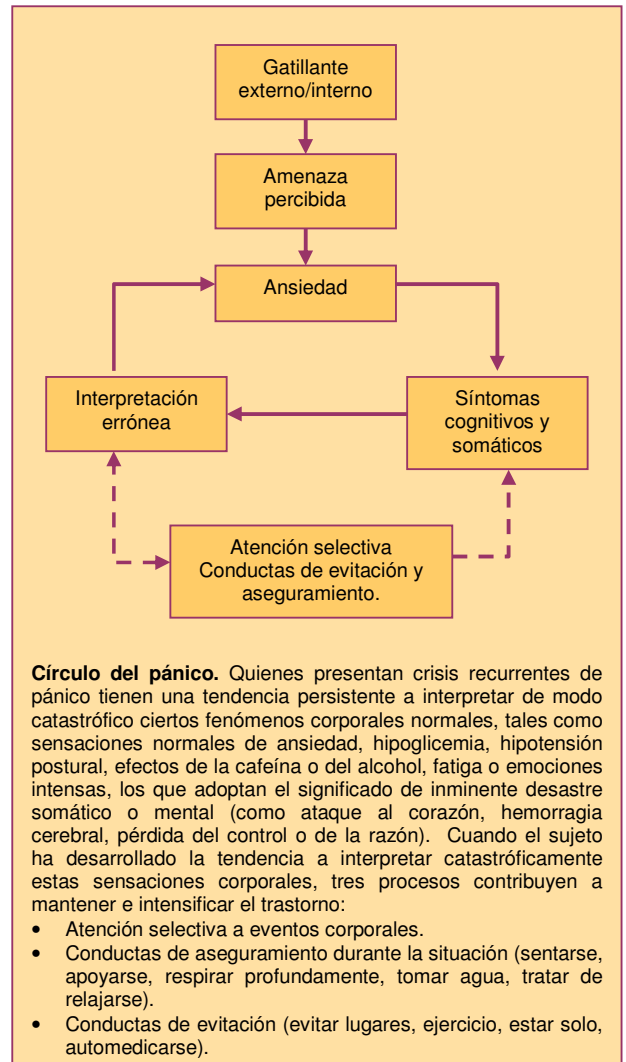
Tricíclicos: Pueden ser útiles en la ansiedad persistente e incapacitante que no forma parte de una reacción de estrés o de adaptación. Necesitan varias semanas para mostrar su efecto, pero este puede ser *muy potente*. Un ensayo a doble ciego controlado con placebo con 230 pacientes en 8 semanas, mostró 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.

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.

Betabloqueadores: Se usan ocasionalmente. 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. Sin embargo, hay estudios que lo muestran menos eficaz que el diazepam. 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. Los betabloqueadores parecen ser no-adictivos pero podrían aparecer síntomas físicos de abstinencia en el tratamiento a largo plazo.

Trastorno de angustia o de pánico

El trastorno de angustia o de pánico es un cuadro que se caracteriza por la presencia de crisis de angustia (o pánico) repetidas o recurrentes, o bien, aún cuando se haya sufrido sólo uno de estos ataques, existe un acentuado temor a tenerlo de nuevo, o hay una preocupación constante a perder el control, sufrir un infarto del miocardio o a “volverse loco”. La CIE-10 lo llama también “ansiedad paroxística episódica”. Las



crisis no se limitan a ninguna situación en particular y son por lo tanto *imprevisibles* (si las crisis aparecen ante situaciones específicas, entonces se trata de una fobia).

Una crisis de angustia o ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso, pavoroso y aterrador acompañado de la sensación de muerte inminente, que alcanza su máxima intensidad en los primeros minutos. Se acompaña de la sensación de sofocamiento o falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento; 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.

A medida que pasa el tiempo, las crisis que eran espontáneas pueden volverse cada vez más situacionales. Es frecuente que se complique con una *agorafobia*.

Prevalencia

En Chile el trastorno de pánico tiene una prevalencia de un 1,6%, siendo muchísimo más frecuente en mujeres (2,5%) que en hombres (0,7%).

Diagnóstico diferencial

Las crisis de angustia pueden ocurrir en muchas condiciones, además del trastorno de pánico. Hay que descartar un TAG, una fobia específica, un síndrome de abstinencia al alcohol. Como en otros cuadros de ansiedad, también hay que descartar condiciones médicas corrientes, como la hipoglucemia o la tirotoxicosis. Las crisis son frecuentes en la depresión, por lo que hay que buscar sus síntomas.

Etiología

Hay variadas hipótesis. Es probable que las crisis sean el resultado de un control deficiente de respuestas autonómicas, pero es la evaluación cognitiva catastrófica la que perpetúa el fenómeno.

Pronóstico

Muchos pacientes se recuperan en el curso de unas pocas semanas. Los casos más graves pueden demorar varios meses. Un paciente que no se recupera antes de seis meses debe ser evaluado por psiquiatra.

Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento inicial de una crisis de pánico es *evitar que se convierta en un trastorno de pánico*. Los pacientes suelen consultar por primera vez en un servicio de urgencia. En ese lugar, una vez descartada una patología orgánica, la primera medida es asegurarle al paciente que lo que siente no tiene ninguna gravedad, y por muy desagradable que sea, de eso no se va a morir ni volver loco (que son los temores habituales de los pacientes). Una mala medida es decirle que “no tiene nada”, porque el paciente sí tiene algo (una crisis de angustia), y con eso puede impedirse la solución del trastorno dado que el paciente insistirá en que tiene alguna patología grave que no se ha estudiado bien (es frecuente la complicación del trastorno de pánico con la hipocondría). Si los síntomas son muy intensos, la siguiente medida es utilizar una benzodiazepina. Lo habitual es el lorazepam inyectable (2 mg) o bien sublingual (igual). Para el tratamiento a mediano plazo, lo habitual es el uso de alprazolam a razón de 0,5 mg tres veces al día. Para el largo plazo, se utilizan los antidepresivos. Generalmente se usa la imipramina, pero debe tenerse la precaución de iniciar con dosis pequeñas (incluso 12,5 mg/d), porque es activante y por sí misma provocar síntomas que el paciente interpreta como angustia.

Agorafobia

La CIE-10 la considera junto a las demás fobias. La agorafobia tiene la característica de aparecer ante una multitud de estímulos (y no ante uno en especial). Originalmente se denominaba así a la fobia a lugares abiertos (el ágora o plaza pública griega), pero actualmente se considera agorafobia a un conjunto de fobias más o menos relacionadas entre sí, que consisten en la aparición de ansiedad o comportamientos de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede

resultar difícil o embarazoso (multitudes en supermercados, grandes tiendas, el Metro o los buses, el ascensor), 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 (en general cualquier sitio más o menos lejos del hogar).

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

La agorafobia puede acompañarse o no de crisis de angustia (pánico), de modo que en el diagnóstico se especificará esta condición.

Plan de tratamiento para una crisis de angustia

Explicar al paciente con claridad:

- la ausencia de letalidad de los síntomas que percibe.
- el círculo del pánico: cómo la interpretación errónea de la gravedad de los síntomas provoca un aumento de los síntomas.
- las consecuencias de las conductas de evitación y aseguramiento.

Evaluar el uso de medicación:

- si los síntomas son muy intensos.
- si hay síntomas depresivos.

Contactar con salud mental para terapia cognitiva

Ejemplos clínicos de crisis de angustia con y sin agorafobia

Ejemplo 2

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. Refiere que 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, buscando apresuradamente 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 un psiquiatra. Él no se convence que “no tenga nada al corazón” e insiste en que debe ser tratado por el cardiólogo. Se mantiene con un constante temor a que se le repita el ataque y vigila sus latidos cardíacos.

Ejemplo 3

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. 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. Sólo visita al médico, que se ubica en otro sector de la ciudad, si va acompañada.

Ejemplo 4. Ansiedad normal en el ámbito clínico

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 terminante-mente. 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.

Tratamiento de la agorafobia

Como en cualquier trastorno de ansiedad, la primera medida es siempre descartar la existencia de un síndrome depresivo.

El principal factor de mantenimiento de la agorafobia es la *evitación* de los sitios donde la persona se siente en peligro. Por lo tanto, el tratamiento de base consiste en exponer al paciente en forma progresiva a la situación problemática. Para hacerlo, primero se debe tomar el cuidado de explicar cuidadosamente las razones del procedimiento, y el paciente tiene que comprenderlo perfectamente, porque evidentemente la primera reacción es un aumento de la angustia. Por ejemplo, se puede hacer una lista muy cuidadosa de las situaciones que le provocan ansiedad, darles un valor nominal (de 1 a 10, o algo así), y comenzar por aquella que el paciente sienta que puede controlar mejor, o que percibe como menos amenazadora (por ejemplo, caminar hasta la esquina de la casa). El elemento fundamental para el éxito del tratamiento es que el paciente *perciba la ansiedad y no que la evite*. Para eso, hay que interrumpir sus estrategias típicas de aseguramiento (p.e. salir acompañado, llevar al perro, llevar un diazepam en el bolsillo). Una vez dentro de la situación amenazadora, el paciente tiene que permanecer en ella *hasta que la angustia cese*. Si el paciente se devuelve a la casa, o se toma un medicamento antes de que cese la angustia, el ejercicio no tiene ningún valor. La angustia tiene que cesar por sí misma.

Afrontar la agorafobia

Sólo afrontando la situación problemática sin sus estrategias de evitación y percibiendo la ansiedad, el paciente podrá mejorarse.

En cambio, la evitación o el uso de estrategias compensadoras (como las BZP) por lo general cronifican el problema.

Los pasos a seguir son:

- Explicar la lógica del procedimiento.
- Realizar una lista de las situaciones problemáticas.
- Valorar la ansiedad de cada una de las situaciones, ordenándolas de menor a mayor.
- Elegir la menos problemática para empezar.
- Interrumpir las estrategias de aseguramiento típicas (incluye el estar sin medicación ansiolítica).
- Indicar la realización de la acción fóbica permaneciendo en el lugar hasta que desaparezca la angustia.
- Evaluar el resultado.

Si el paciente no logró permanecer en la situación fóbica hasta su desaparición, hay que analizar con cuidado los temores que pueda tener, y repetirlo hasta tener éxito. Puede utilizarse momentáneamente otra situación como alternativa, pero finalmente se debe volver a la situación original.

Normalmente cuando los pacientes superan la primera etapa (p.e. llegan hasta la esquina de la casa, sufren la angustia, comprueban que no les pasa nada, y sienten cómo desaparecen los síntomas) experimentan un alivio significativo a sus temores. Esta experiencia positiva permite pasar a otras etapas con mayor probabilidad de éxito, hasta llegar a las etapas difíciles (marcadas con “10”).

Los pacientes que presentan crisis de angustia espontánea (pánico) durante la exposición suelen tener un peor resultado. Para estos casos está indicada la medicación, de preferencia con antidepresivos. Hay que considerar que los antidepresivos son lentos en su acción, demorando hasta dos o tres semanas en hacer efecto. Entonces se puede intentar nuevamente la exposición. Si con estas medidas no mejora, debe solicitarse ayuda especializada.

Para el tratamiento farmacológico puede optarse entre los ISRS, como fluoxetina, paroxetina y citalopram, y los tricíclicos como la imipramina. Pueden ser necesarias dosis elevadas si las crisis son muy sintomáticas.

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 una mejoría durante muchas semanas. Dosis de 75 mg/día pueden ser eficaces. Los efectos adversos de los tricíclicos son tratados con detalle en el capítulo sobre tratamiento farmacológico de la depresión.

Una vez controladas las crisis espontáneas, y, de persistir la agorafobia, hay que realizar la exposición graduada sistemática hasta que el paciente quede libre de sus temores.

Fobia específica

Un sujeto fóbico se pone nervioso en forma inapropiada o evita ciertos objetos o situaciones específicos. Sus síntomas son similares a los de cualquier otro trastorno de ansiedad. 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. La exposición al estímulo provoca una inmediata respuesta de ansiedad que podría llegar a tener las características de una crisis de angustia (pánico). Algunas de estas situaciones se consideran parte de la agorafobia cuando se vinculan a los pensamientos de inseguridad típicos de la agorafobia. La persona que la sufre tiene conciencia de que se trata de una situación irracional, y que el temor es excesivo. Aunque la mayoría de las personas con una fobia no tengan un gran problema en su vida cotidiana, a veces los síntomas son muy importantes y llegan a ser realmente incapacitantes. Sin embargo, 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, por lo que las personas evitan pedir ayuda.

Ejemplo 4

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 5

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.

Prevalencia

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, aunque son raros los sujetos que consultan por esta causa.

Diagnóstico diferencial

El principal diagnóstico diferencial es la depresión, como ocurre con todos los trastornos de ansiedad. Suelen asociarse varias fobias específicas (p.e., fobia a las arañas y a los lugares cerrados). También se asocian al trastorno de angustia, al trastorno de ansiedad generalizada y a la fobia social. En todos estos casos se debe hacer el diagnóstico de mayor importancia por la incapacidad, y el que haya aparecido previamente.

Etiología

Las fobias son muy frecuentes en la infancia y mejoran espontáneamente, aunque no es claro el motivo que las provoca y las hace desaparecer (son frecuentes en niños las fobias a animales y heridas). Algunas pueden persistir hasta la vida adulta. Al comienzo de la edad adulta son más frecuentes las situacionales (incluyendo la agorafobia). Los motivos por los que se adquiere la fobia son principalmente por aprendizaje condicionado (una situación angustiosa asociada al estímulo que era neutro), por modelado (ver a otra persona experimentando miedo ante el estímulo), y por información o instrucción (saber que algo podría hacer daño). Entre el 10% y el 25% de los casos no se puede identificar el evento con el que comienzan.

Pronóstico

Las fobias de la infancia tienen un buen pronóstico y desaparecen espontáneamente (fobia al colegio, a los animales). Las fobias en el adulto tienen una evolución variable. Hay fobias de carácter no asociativo (sin condicionamiento) que son más difíciles de erradicar. Muchas desaparecen espontáneamente con el tiempo, pero podrían invalidar de manera importante a una persona.

Tratamiento

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 de las fobias es relativamente sencillo, aunque suele demandar algún tiempo. Parte por acoger al paciente informándole que se trata de un cuadro clínico, y no de una “maña” o de una característica personal. Si el estímulo debe enfrentarse una o sólo 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 clonazepam o alprazolam antes de iniciar el viaje y a la mitad del vuelo si este será de muchas horas.

El tratamiento en el resto de los casos es muy similar al de la agorafobia. Su elemento central es la exposición al estímulo y la interrupción de los mecanismos de aseguramiento o de evitación. Para eso, tal como en la agorafobia, el paciente tiene que tener una explicación lógica comprensible del motivo por el que tiene que proceder así. Por ejemplo, partir examinando cuál es el

real nivel de peligro que enfrenta con el estímulo (p.e. las arañas, o pasar por un puente, o visitar al dentista), examinando la evidencia y dando respuestas racionales: “la araña no puede hacerme nada si paso cerca de ella; las arañas no saltan; la mayoría de las arañas son inofensivas”. La exposición al estímulo puede hacerse con imaginería (imaginando durante la consulta la situación temida), o bien planificando cuidadosamente una situación real de exposición en forma gradual (p.e. acercándose cada día un poco más al estímulo). La exposición real es más efectiva que la imaginería, pero a veces sólo puede hacerse con imaginería (p.e. cuando el paciente se niega a enfrentar el estímulo, cuando la situación no es frecuente, o cuando es riesgosa). La exposición gradual dentro de una jerarquía de situaciones de temor es esencial para el éxito del tratamiento, pero debe hacerse exposiciones frecuentes, ojalá diarias. El modelado a veces es una alternativa (el médico o psicólogo realiza la exposición al estímulo para que el paciente observe que “no pasa nada”). Cuando estas prácticas no funcionan, debe requerirse ayuda especializada. Normalmente los MG derivan estos pacientes al equipo de salud mental porque el tratamiento demanda algún tiempo.

Ejemplo 6

Una mujer 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 tratársela.

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.

Fobia social (o trastorno de ansiedad social)

La fobia social es el temor marcado y persistente a ser enjuiciado negativamente por otras personas en situaciones sociales (exponer ante un auditorio, comer en público, asistir a una fiesta, conversar con alguien del sexo opuesto). Este temor aparece inevitablemente cada vez que el sujeto se expone a la situación temida, con síntomas similares al resto de los trastornos de ansiedad. Suele manifestarse como temor a ruborizarse, a que se le note que tiemblan las manos, sensación nauseosa o necesidad imperiosa de micción. Puede

desembocar en una crisis de angustia. Generalmente se desarrolla una ansiedad anticipatoria y conductas de evitación ante la posibilidad de afrontar una de estas situaciones. La conducta de evitación no tiene porqué ser absoluta. Se puede manifestar sólo como aislamiento dentro de una situación social, o simplemente como permanecer en silencio. Sin embargo, la conducta de evitación puede ser muy significativa y llegar en algunos casos a un completo aislamiento social.

Como en el resto de las fobias, la persona reconoce que se trata de una situación no razonable, y que el temor que experimenta es excesivo, provocándole una interferencia significativa con las actividades de la vida cotidiana. Algunas fobias son hacia situaciones muy puntuales, como hablar en público, o tener algún tipo de encuentro con personas del sexo opuesto. Pero hay fobias difusas que abarcan casi cualquier situación social fuera del círculo familiar o de los amigos más directos. Las personas con esta fobia suelen tener una baja autoestima. No es raro que haya algún grado de abuso de alcohol como una manera de evitar la ansiedad en la situación fóbica.

La fobia social puede ser circunscrita a una o sólo algunas situaciones sociales, o puede abarcar la gran mayoría de las interacciones sociales en que tiene que entrar un sujeto.

Prevalencia

Se estima una prevalencia de alrededor de 2,5%, de manera más o menos similar en ambos sexos. Pero, siendo menos frecuente que la fobia específica, este tipo de paciente consulta más.

Diagnóstico diferencial

Se debe diferenciar del trastorno por ansiedad generalizada. En este las preocupaciones son variadas y no están circunscritas a situaciones de enjuiciamiento social. También hay que distinguir si la fobia social se acompaña o es parte de un síndrome depresivo.

Un diagnóstico diferencial importante es con el trastorno de personalidad de tipo evitativo. En este, la falta de confianza y timidez se inician sin que existan situaciones sociales conflictivas previas, y es de desarrollo más insidioso. Sin embargo, no siempre es tan clara la diferenciación entre ambos trastornos.

Etiología

La causa no es bien conocida. Suele iniciarse durante la adolescencia al enfrentar situaciones de aceptación social. Es probable que existan entonces situaciones traumáticas (en diverso grado) que generen ansiedad social. De ahí en adelante, se generan temores por la posibilidad de mostrar síntomas ante situaciones similares, en un fenómeno parecido al de la ansiedad generalizada (se tiene temor de demostrar temor). También se ha postulado la ausencia de modelos apropiados (padres u otras figuras), y una deficiencia de reforzamiento social en las conductas interpersonales autoafirmativas. Los familiares de primer grado tienen un riesgo unas 10 veces mayor que el resto de la población.

Pronóstico

La fobia social tiende a ser un trastorno crónico que abarca toda la vida de un sujeto. Comparada con el trastorno de angustia (pánico), es menos probable que remita. Tiene una alta comorbilidad, y en estos casos su pronóstico es peor.

Tratamiento

Los ansiolíticos y los ISRS han demostrado eficacia en el tratamiento. La fenelcina (un inhibidor de MAO) se ha demostrado altamente eficaz. El problema con la mayoría de los tratamientos farmacológicos, es la alta tasa de recaídas cuando se discontinúan. Por eso es preferible la terapia cognitivo-conductual, que sí ha demostrado altas tasas de mejoría (comparables a las del tratamiento farmacológico) y con mucho menores tasas de recaídas. Incluso, hay estudios que han demostrado que el tratamiento combinado es menos eficaz, lo que se explica porque el uso de medicación disminuye la ansiedad ante las situaciones fóbicas, y la ansiedad es relevante para el tratamiento (recuérdese que el paciente *tiene que sentir ansiedad* en la situación que debe afrontar de modo terapéutico).

La terapia usualmente parte de la base de que la persona evalúa constantemente lo que piensan los otros (“van a reírse, van a pensar que soy un tonto”) y evalúa simultáneamente sus sensaciones y síntomas (“me siento mal, estoy temblando y se va a notar, me puse colorado, se van a dar cuenta que tengo miedo”). La ansiedad social vendría del deseo de generar una impresión favorable en los demás, además de creencias acerca de los riesgos:

- Comportarse de modo inaceptable e inapropiado
- Como resultado, sufrir consecuencias desastrosas.

En la fobia social existe una necesidad imperiosa de transmitir una impresión favorable, junto a una marcada inseguridad en poder lograrlo. A esto contribuye una autoimagen fluctuante e insegura, que lleva a elevadas estimaciones de peligro.

Esta situación de potencial peligro podría no ser confirmada si el sujeto se comportara de manera “normal” (por ejemplo, si simplemente hablara en público sin pensar en cómo se siente o en cómo “lo están mirando”). Pero existen una serie de factores que evitan la “desconfirmación” o refutación del peligro, entre ellos principalmente las conductas de evitación (evitar la situación problemática), las conductas de aseguramiento (por ejemplo, preparar una presentación en exceso, con mínimos detalles, o preparar un encuentro amoroso con un “libreto”). Por último, un factor que evita la desconfirmación son las situaciones sociales de cierta ambigüedad (por ejemplo, al hablar en público lo normal es que algunas personas sonrían y otras bostecen, o incluso cuchicheen, todo lo cual es interpretado por el sujeto como un enjuiciamiento intensamente negativo).

La terapia busca disminuir estas ideas desadaptativas y generar estrategias alternativas. Esta

terapia es relativamente compleja y de recurso de especialistas.

Ejemplo 7

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. Si evita almorzar en el casino. No puede comer frente a otros. Él 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 sólo 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 cognitivos 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.

Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) consiste en la aparición de ideas obsesivas, conductas compulsivas, y diversos síntomas de ansiedad acompañándolas. Las características de las ideas obsesivas están descritas con mayor detalle en el capítulo El Proceso Diagnóstico – Síntomas y Signos, pero en lo esencial, una idea obsesiva se experimenta como una intrusión en la mente del paciente que ocurre en contra de su voluntad, con la que lucha constantemente, pero a pesar de eso no puede evitarla. El paciente sabe que se trata de una idea de su propia mente, que resulta absurda, y eso es un importante elemento de diferenciación con una idea delirante, en que el paciente no sabe si es propia, no lucha contra ella y tampoco le parece irracional o absurda. En todo caso, lo más significativo de una idea obsesiva no es la intrusión en la mente del sujeto (esto también puede ocurrir en sujetos normales), sino la incapacidad de *desprenderse* de ella. Sin embargo, en los casos crónicos la resistencia va disminuyendo y puede llegar a ser mínima.

Una compulsión es un acto que tiene las mismas características de la idea obsesiva: se trata de algo experimentado como absurdo, contra lo que se lucha pero no se puede evitar. Los actos compulsivos en su gran mayoría derivan de ideas obsesivas. Los más frecuentes son los actos que se ejecutan con la finalidad de evitar la ansiedad por una *duda obsesiva*. Por ejemplo, una frecuente idea es la duda por algo que no se ha hecho

correctamente o por tener las manos realmente limpias y sin gérmenes. La duda se experimenta como intensa ansiedad y el sujeto tiene que devolverse a revisar si apagó la luz (un ritual de comprobación), o lavarse las manos repetidas veces (un ritual de limpieza). Sin embargo, lo característico de estos rituales es que, aunque logran aplacar la angustia de la duda obsesiva, lo hacen a costa de una repetición constante. Por esto, el sujeto suele perder largo rato en estos rituales. A la larga, estos mismos rituales son la causa de la mantención del trastorno (“si no lo hago, la angustia será insoportable”).

En el capítulo de Síntomas y Signos hay una lista de las ideas obsesivas y conductas compulsivas más frecuentes.

Prevalencia

El TOC es mucho más raro que el resto de los trastornos de ansiedad, alcanzando no más de un 0,2% de prevalencia anual, con una distribución similar entre hombres y mujeres.

Diagnóstico diferencial

Existen síntomas obsesivo-compulsivos en varios trastornos psiquiátricos, por lo que debe hacerse una diferenciación precisa entre ellos.

Trastornos de angustia (pánico). Los síntomas obsesivos tienen menor relevancia clínica que los síntomas angustiosos, y aparecen en etapas tardías del trastorno.

Episodio depresivo. Existen síntomas obsesivo-compulsivos con mucha frecuencia, pero aquí también los síntomas propios de la depresión son más relevantes y aparecen antes que los obsesivo-compulsivos.

Esquizofrenia. También en la esquizofrenia aparecen con frecuencia ideas obsesivas. A la inversa, las ideas obsesivas o las conductas compulsivas pueden adoptar características psicóticas. La diferenciación suele hacerse gracias al resto de los síntomas característicos de la esquizofrenia, pero en ocasiones esto no resulta fácil. En general, las ideas obsesivas en los esquizofrénicos tienden a adoptar características de extrañeza, extravagancia, o bien incongruencia entre la idea y el ritual. El paciente esquizofrénico no desea desprenderse de sus ideas obsesivas. A veces las ideas obsesivas son parte del prodromo de una esquizofrenia.

Demencia. Las ideas obsesivas son poco relevantes y si lo son el resto de los síntomas de una demencia.

Etiología

Factores predisponentes. Los familiares de un paciente con TOC tienen un mayor riesgo de tenerlo. Los estudios genéticos muestran una sólida evidencia para un componente genético, aunque todavía no es claro qué tipo de gen o genes estarían involucrados. Es muy probable que la expresión fenotípica de un TOC se deba a interacción de varios genes y de estos con el ambiente.

Neurobiología. Existe evidencia de alteraciones en los circuitos cerebrales fronto-subcorticales, que incluyen

la corteza orbitofrontal, ganglios basales y tálamo. Estudios neuropsicológicos muestran que los pacientes con TOC tienen déficits en las funciones ejecutivas y escasa flexibilidad cognitivo-conductual, así como en los procesos de toma de decisiones. Desde un punto de vista evolutivo, se ha especulado que el TOC es una disregulación de conductas normales que están involucradas en la percepción de las amenazas ambientales y en la protección contra el daño.

Factores precipitantes. Es frecuente encontrar algún acontecimiento importante para el sujeto que precipitó el trastorno. Sin embargo, no hay eventos específicos que puedan considerarse precipitantes por sí mismos.

Factores de mantención. Las conductas de comprobación y los rituales disminuyen en el corto plazo la angustia que provocan las ideas obsesivas, pero inevitablemente en el largo plazo son precisamente estas conductas las que mantienen el trastorno. Este es un hecho clave para el tratamiento.

Pronóstico

En el plazo de un año con tratamiento, cerca de los 2/3 de los pacientes obtienen una mejoría total o casi total. El tercio restante sigue un curso crónico, que pasa por períodos de remisiones y exacerbaciones. En algunos casos los síntomas pueden llegar a ser muy incapacitantes.

Ejemplo 8

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. El 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 ponérselos 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. Tiene una novia con la que sale. Trata siempre de ir al paseo Ahumada. Su novia le reclama que “porqué siempre al mismo lugar”. Él 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 yéndome 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 9

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 las palabras

"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".

Tratamiento

El TOC es un trastorno que requiere por lo general intervención de un especialista, de manera que a nivel de Atención Primaria se espera que el MG sepa diagnosticarlo correctamente, que descarte otra patología tratable (como depresión) y que lo derive a nivel secundario. Sin embargo, en casos leves en que los síntomas provocan sólo una pequeña incapacidad, es posible intervenir con un cierto grado de éxito.

Manejo general. En primer lugar se requiere aclarar todo tipo de dudas en el paciente. Es frecuente que los pacientes tengan temores de que el trastorno podría ser una señal de que "se están volviendo locos". Hay que explicar que el trastorno no evoluciona así, que no es probable que efectúen los actos que temen hacer (p.e. gritar obscenidades en una reunión de trabajo) y que la mayoría de los pacientes logran un control efectivo de su problema con algunas medidas relativamente sencillas. En seguida debe analizarse el proceso de ideación-compulsión, remarcando el hecho de que son los rituales los que mantienen el trastorno, y que no se deriva ninguna complicación del hecho de interrumpirlos. Es frecuente que los pacientes muestren algún tipo de estresores ambientales que pueden estar gatillando las ideas y conductas compulsivas, por lo que hay que procurar disminuir esos factores (para esto puede intentarse la Terapia de Resolución de Problemas, descrita en el capítulo de Trastornos del Ánimo).

En todo esto es importante lograr la colaboración de la familia, por ejemplo, al ayudar al paciente a evitar los rituales, o al disminuir los factores estresantes.

Manejo farmacológico. 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) sólo 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 y 75 mg) o 60-80 mg de fluoxetina (los comprimidos

Plan de manejo de un TOC leve

- Aclarar todas las dudas acerca del trastorno, en especial que el paciente no se volverá loco.
- Insistir en la resistencia ante los rituales.
- Si hay factores estresantes, aplicar Resolución de Problemas (ver capítulo Trastornos del Ánimo) para reducirlos.
- Lograr participación de la familia para que colaboren tanto en reducir los factores estresantes como en interrumpir los rituales.
- Indicar ISRS en dosis elevadas durante 6 meses.
- Si con estas medidas no mejora, derivar a psiquiatría (antes si empeora).

son 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.

Información adicional. Intervención psicológica en el TOC en casos leves

El objeto de las intervenciones en TOC es interrumpir los rituales que son la causa de la mantención del cuadro. En esto el tratamiento guarda relación con el resto de las intervenciones en trastornos de ansiedad. Los pasos en una intervención psicológica son:

- Analizar cada paso del ritual, comenzando por las ideas.
- Discutir la racionalidad de las ideas.
- Discutir los temores del paciente al no hacer el ritual.
- Mostrar que, aunque haya hecho el ritual, no se desprende de su duda ("Cuando se lava las manos, ¿se le pasa la duda sobre su limpieza?").
- Proponer una alternativa ("¿Y qué le podría pasar si no se lava las manos?"). Analizar las consecuencias "desastrosas" de la alternativa.
- Proponer la realización de "experimentos conductuales", para que el paciente practique la interrupción de los rituales.

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;
- 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, neurolépticas y antidepresivas.

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, hipoglucemia, hiperadrenocorticismos, 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 y 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 nerviosa, 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.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Es probablemente el más frecuente de los trastornos en Atención Primaria y probablemente sea aún más frecuente en la población general, pero es raro que estas personas demanden atención médica. En este trastorno no predomina ninguno de los dos sistemas de síntomas como para justificar un diagnóstico por separado. La OMS recomienda que, si ambas categorías de síntomas son intensas y son igualmente perturbadoras de la funcionalidad del sujeto, debería preferirse realizar dos diagnósticos y no sólo uno. Si por razones administrativas debe realizarse un solo diagnóstico, la OMS recomienda utilizar el diagnóstico de depresión. (Este tema está tratado más ampliamente en el capítulo Trastornos del Ánimo).

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, Ramírez C, Hernández O, Rojas J, Hernández 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. Vicente PB, Rioseco SP, Saldivio BS, et al. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECCP). *Rev Med Chile* 2002; 130(5): 527-536.
8. DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1985
9. Fyer A, Mannuzza S, Coplan J. Trastornos de ansiedad, trastornos por pánico y agorafobia en Kaplan H, Sadock B, eds. Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires: Intermédica, 1997; 1119-1131
10. Barlow D, Liebowitz M. Fobia específica y social en Kaplan H, Sadock B, eds. Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires: Intermédica, 1997; 1132-1145.
11. Gloger, S. Ataques de pánico, prolapso de la válvula mitral y clomipramina. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1983; 21: 210-214.
12. Figueroa, G. El trastorno de angustia y la enfermedad de Freud. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 363-370.
13. Bazire, S. Directorio de fármacos psicotrópicos 2000: Manual del profesional. Quay Books.
14. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva. 1993.
15. Graeff, FG. Serotonin, the periaqueductal gray and panic. *Neurosci Behav Rev* 2004; 28:239-259.
16. Shuhama R, Del-ben CM, Loureiro SR, Graeff FG. Animals defense strategies and anxiety disorders. *Anais da Academia Brasileira de Ciencias* 2007; 79(1):97-100

Hernández G, Vidal M, Gómez A, Ibáñez C, Pérez J.
Edición y redacción final:
Juan M. Pérez.
Documento para uso exclusivamente docente.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
2009