

TEMA 3- SÍNDROMES CLÍNICOS DE LA ANSIEDAD.

1.- TRASTORNO DE PÁNICO

- ☞ Trastorno en el que se presenta, de forma recurrente, el ataque de pánico.
- ☞ Considerado históricamente como una forma de "neurosis de ansiedad" y, posteriormente, como un "estado de ansiedad".
- ☞ A partir del DSM-III-R se entiende como una categoría con 2 subcategorías:
 - Trastorno de pánico con agorafobia.
 - Trastorno de pánico sin agorafobia.
- ☞ La agorafobia, también puede darse independientemente del pánico.
- ☞ La agorafobia es secundaria al pánico. (Previamente, la agorafobia tenía primacía sobre el pánico)

1.1.- EL ATAQUE DE PÁNICO

- ☞ Ataque de pánico: Experiencia, de aparición brusca (súbita), de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos.
- ☞ Freud: 3 características del "estado de pánico":
 - Comienzo espontáneo y brusco de intensa ansiedad.
 - Miedo a morir o a estar enfermo.
 - Presencia de síntomas físicos destacados.
- ☞ DSM-IV: Ataque de pánico: Episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan el pico en los 10 min al menos 4 de los siguientes síntomas.
 - Palpitaciones, golpeo del corazón o ritmo cardiaco acelerado.
 - Sudoración.
 - Temblor o sacudidas musculares.

- Sensación de respiración dificultosa o ahogo.
- Sensación de asfixia.
- Dolor o molestia en el pecho.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o pérdida de conciencia.
- Desrealización o despersonalización.
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensaciones de adormecimiento o cosquilleo).
- Ráfagas de frío o calor.

☞ El pánico es una forma de ansiedad cuyas manifestaciones sintomatológicas son básicamente de índole somático.

☞ Los ataques de pánico no siempre son de naturaleza espontánea: El primer ataque, frecuentemente ocurre en contextos de alta tensión emocional.

☞ Otra característica es su omnipresencia: La mayor parte de pacientes con trastornos de ansiedad, posee experiencias de ataques de pánico ⇒ El pánico es un trastorno común en todos los trastornos de ansiedad.

☞ El pánico también es común entre la población no clínica, exhibiendo un síndrome característico de pánico no clínico.

☞ Ambos tipos, clínicos (trastorno de pánico) y no clínicos (síndrome de pánico no clínico), experimentan sintomatología fisiológica, ocurren durante periodos de estrés y refieren una historia familiar similar de ataques de pánico.

☞ Difieren en:

- Los pacientes con trastornos de pánico experimentan más ataques de pánico inesperado, mientras que los no clínicos, asociados a situaciones de tipo social/evaluativa.
- Los pacientes con trastornos de pánico experimentan más cogniciones catastrofistas.

☞ El ataque de pánico no siempre conduce a trastorno de pánico.

1.2.- TIPOS DE ATAQUES DE PÁNICO

☞ Cada vez más autores asumen que sólo el primer ataque de pánico es auténticamente espontáneo y sorpresivo.

☞ Barlow: el pánico debería ser categorizado en base a los términos "señalado" y "esperado", con 4 combinaciones posibles:

- Señalado/esperado.
- Señalado/no esperado.
- No señalado/esperado.
- No señalado/no esperado.

☞ El DSM-IV distingue 3 tipos:

- Ataque de pánico inesperado (no señalado)
 - No asociado a un disparador situacional (señal)
 - Ocurre espontáneamente.
- Ataque de pánico limitado situacionalmente (señalado)
 - Asociado a un disparador situacional ("Señal").
 - Suele ocurrir casi siempre y de forma inmediata tras la exposición a la señal, o por anticipación a esta.
 - Característico de la fobia específica y social.
- Ataque de pánico predispuesto situacionalmente.
 - Suele estar asociado a disparadores situacionales (señal), pero puede ocurrir sin asociarse a la señal.
 - Puede no ocurrir inmediatamente tras la exposición a la señal.
 - Se da en el trastorno de pánico con agorafobia (a veces, en fobia específica y social).

- ☞ El diagnóstico de trastorno de pánico se establece únicamente, si el tipo de ataque de pánico es inesperado y no señalado.
- ☞ Aplicando los criterios del DSM-IV, es posible establecer un diagnóstico de pánico sin que exista miedo o ansiedad.

1.3.- EL TRASTORNO DE PÁNICO: DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA

- ☞ El diagnóstico de trastorno de pánico, según el DSM-IV, requiere que existan ataques de pánico inesperados recurrentes y, que al menos, un ataque haya estado seguido, durante un periodo mínimo de un mes, de:
 - Quejas recurrentes de tener nuevos ataques.
 - Preocupación de las implicaciones del ataque y sus consecuencias.
 - Un cambio significativo en la conducta relacionada con los ataques.
- ☞ Deben descartarse posibles causas biológicas (uso de sustancias) o una condición médica general (hipertiroidismo, prolapso de la válvula mitral o síndrome de intestino irritable).

1.4.- TRASTORNO DE PÁNICO: CONTINUIDAD VS DISCONTINUIDAD

- ☞ Klein y Klein: El ataque de pánico asociado a trastorno de pánico (inesperado) es cualitativamente diferente, del ataque de pánico que ocurre en las fobias.

Asumen que los ataques de pánico asociados a estímulos delimitados ("señales"), son cualitativamente diferentes de los restantes ataques de pánico (con o sin agorafobia).

Estos autores se basan en la evidencia farmacológica (buena eficacia de los psicofármacos sobre el pánico de tipo inesperado y predispuesto situacionalmente) y epidemiológica (la agorafobia surge como fenómeno secundario al pánico inesperado).

- ☞ Craske: Los ataques de pánico señalados (en fobias) poseen síntomas muy similares a los ataques inesperados (trastornos de pánico).
- Los sujetos con trastorno de pánico informaban más de síntomas fisiológicos y síntomas cognitivos asociados a las sensaciones corporales (síntomas de miedo a morir, miedo a perder el control o volverse loco parecen síntomas específicos del trastorno de pánico).
 - Las diferencias cuantitativas indican que los ataques de pánico reflejan mayor grado de ansiedad que la producida en reacciones a estímulos situacionales. Estas diferencias apoyan la hipótesis de la continuidad (el pánico ocuparía el extremo de un continuo de ansiedad representado por el máximo nivel de esta).
 - Interpretación cualitativa → el ataque de pánico se vincula particularmente a los componentes cognitivos. Favorecen la hipótesis de la “discontinuidad”.

1.5.-DOS CATEGORÍAS DE TRASTORNO DE PÁNICO: CON Y SIN AGORAFOBIA

- ☞ Un fenómeno común en pacientes con pánico: la ansiedad anticipatoria de desarrollar un nuevo ataque de pánico.
- ☞ Equivalente al concepto de "miedo al miedo" o "fobofobia".
- ☞ La mayoría, asocian la ansiedad anticipatoria a estímulos externos, a situaciones o lugares donde el escape es difícil o embarazoso, por lo que terminan desarrollando conductas de evitación.
- ☞ El miedo a esos estímulos acompañados de evitación se denomina agorafobia.
- ☞ Situaciones típicamente agorafóbicas: El estar fuera de casa, estar en lugares concurridos, estar en espacios cerrados, viajar en transportes públicos, conducir en autopista, estar en un puente, hacer cola, estar sentado en la silla de un dentista o de la peluquería.
- ☞ Existe el trastorno de pánico sin agorafobia y el trastorno de pánico con agorafobia.
- ☞ DSM-IV: Trastorno de pánico con agorafobia: Incluye, además de los criterios señalados para el trastorno de pánico sin agorafobia:
- Presencia de agorafobia (puede no darse evitación, en cuyo caso las situaciones se toleran con elevada ansiedad o requieren compañía).
 - Es preciso descartar el miedo/evitación a situaciones específicas (fobia específica), a situaciones sociales limitadas (fobia social), a estresores intensos (trastorno de estrés postraumático).

- Tampoco debe confundirse la agorafobia con el TOC, ni con el trastorno de ansiedad por separación.

☞ El DSM-III-R: especificaba el grado de evitación según 3 niveles:

- Evitación leve: Se da "algo" de evitación o se toleran las situaciones con cierto malestar.
- Evitación moderada: Puede provocar restricciones notorias al paciente (sale de casa con dificultades y no puede viajar solo muy lejos).
- Evitación grave: Impone restricciones serias al paciente (no puede salir de su domicilio sin compañía).

(El DSM-IV mantiene éstos 3 niveles, pero como especificaciones generales aplicables a cualquier trastorno).

☞ El trastorno de pánico con agorafobia es el cuadro que produce mayor malestar, desajuste e incapacitación, entre los trastornos de ansiedad.

☞ Noyes: Las personas con evitación fóbica grave exhiben mayor gravedad clínica general y el porcentaje de remisiones es menor. Mayor deterioro marital, laboral y social (diferencias no significativas).

☞ El abuso del alcohol y la depresión suelen ser factores que covarían con la mayor gravedad del trastorno de pánico y con un peor pronóstico.

☞ Muchos agorafóbicos (leves y moderados) desarrollan estrategias personales de coping para afrontar las situaciones amenazantes: utilizar animales de compañía, portar objetos (paraguas), situarse cerca de la salida.

3.- TRASTORNOS FÓBICOS

☞ FOBIA: Reacciones de miedo intenso, acompañado de evitación, inducida por situaciones que objetivamente no justifican tales respuestas.

☞ Característica central de los trastornos fóbicos:

- El miedo y la evitación están asociados a estímulos + o – específicos.
- Las reacciones de ansiedad y evitación no están justificadas por el peligro real de la circunstancia amenazante.

- La persona es consciente de que su miedo y evitación son excesivos (puede estar ausente en los niños).

☞ Torgersen. 5 categorías:

- 1) Fobias de separación (estar solo, viajar).
- 2) Fobias a los animales.
- 3) Fobias de mutilación (intervenciones quirúrgicas, sangre, inyecciones).
- 4) Fobias sociales.
- 5) Fobias a la naturaleza (montañas, océanos, lugares cerrados).

☞ Arrindel y cols: 4 dimensiones fóbicas:

- 1) Miedos a situaciones o sucesos interpersonales.
- 2) Miedo relacionado con heridas, muerte, enfermedad, cirugías.
- 3) Miedo a los animales.
- 4) Miedos agorafóbicos.

☞ DSM-IV 4 tipos de fobias específicas:

- 1) Tipo animal.
- 2) Tipo ambiente natural.
- 3) Tipo sangre, inyección, herida.
- 4) Tipo situacional.
- 5) Tipo inespecificado.

☞ Actualmente se consideran 3 formas básicas de fobias:

- 1) Agorafobia.
- 2) Fobia específica.
- 3) Fobia social.

3.1.- AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO

- ☞ La agorafobia puede darse independientemente del pánico ⇒ Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
- ☞ Las situaciones típicamente agorafóbicas son las mismas que las del trastorno de pánico con agorafobia (situaciones de las que resulta difícil o embarazoso escapar).
- ☞ La diferencia: En la agorafobia sin pánico el paciente, en lugar de tener miedo a que le sobrevenga un ataque de pánico ante tales situaciones, suele temer la aparición de algún síntoma que concurre durante un ataque de pánico (temen desmayarse, tener diarrea, tener vértigo).
- ☞ El DSM.IV establece que:
 - El paciente debe evitar las situaciones agorafóbicas, que tenga que soportarlas con excesiva ansiedad, o que necesite la compañía de alguien.
 - Además no debe reunir los criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico.
 - Criterios de exclusión: Efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una condición médica general.

Debe considerarse el posible diagnóstico de "fobia específica" si la evitación se limita a una o muy pocas situaciones específicas, o de "fobia social" si la evitación se limita a las situaciones sociales.

- ☞ El trastorno de pánico con agorafobia es la categoría de ansiedad más frecuente en los constructos clínicos. Sin embargo, la agorafobia sin historia de trastorno de pánico, es rara en las poblaciones clínicas ⇒ Esto contradice el concepto de primacía del pánico, junto con:
 - La agorafobia sin pánico es muy común en la población general.
 - La agorafobia posee tasas de prevalencia más elevadas que el trastorno de pánico.
- ☞ Los estudios clínicos tienden a indicar todo lo contrario, es decir q la mayoría de los pacientes agorafóbicos ha tenido ataques de pánico.

3.2.- FOBIA ESPECÍFICA

- ☞ Fobia específica: El miedo está claramente delimitado por un objeto o situación (animal, dentista, viajes en avión). La respuesta de ansiedad ante tales objetos suele ser inmediata. Puede producirse también ataque de pánico (limitado o predispuesto situacionalmente).
- ☞ Las fobias específicas son las que producen menor grado de incapacitación o perturbación de entre todas las fobias.
- ☞ Bastantes fobias específicas que se inician en la niñez, desaparecen en la edad adulta.
- ☞ De los 4 tipos de fobias específicas que establece el DSM-IV, las fobias a la "sangre, inyección y heridas", exhiben un patrón fisiológico característico. Es un patrón difásico: incremento inicial de la PA y FC y decremento posterior que, eventualmente, conduce al desmayo.

3.3.- FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)

- ☞ El miedo está generado por situaciones sociales en las que la persona es expuesta a desconocidos o a una evaluación y escrutinio de los demás.
- ☞ Induce respuestas de intensa ansiedad.
- ☞ También puede provocar ataques de pánico (limitado o predispuesto situacionalmente).
- ☞ Suele acompañarse de baja autoestima y tendencia a presentar miedo a las críticas.
- ☞ Es habitual su inicio en la adolescencia.
- ☞ No es tan incapacitante como la agorafobia, pero se hace necesario su tratamiento cuando interfiere mucho con la vida personal, académica o profesional.

3.3.1.- Varias formas de fobias sociales:

- ☞ Circunscritas a situaciones específicas (hablar o comer en público, relacionarse con el sexo opuesto).
- ☞ Generalizadas a situaciones difusas: pueden implicar casi todas las situaciones fuera del contexto familiar.
- ☞ Debe tenerse en cuenta la posibilidad de que exista un trastorno de personalidad de evitación.

3.3.2.- Destacan diferencias demográficas, clínicas y de respuesta a tratamiento en función del tipo de fobia social. (Heimberg y cols)

- ☞ Aislan 3 dimensiones y un conjunto residual de situaciones socio-fóbico-relevantes.
 - Centro de atención (hablar/interaccionar formalmente): Ser observado por otros y hablar en público.
 - Interacción social (hablar/interaccionar informalmente): Situaciones de interacción con desconocidos y fiestas.
 - Interacción asertiva: Expresión de desacuerdo o desagrado.
 - Comer o beber en público.

4.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

- ☞ En el TAG: La ansiedad no se limita a ninguna situación particular, sino que ocurre de forma crónica, sin que la persona sea capaz de discriminar q situaciones producen exactamente sus síntomas.
- ☞ DSM-III: Mal definido. Lo considera como un trastorno residual de ansiedad básica (No tenía entidad de trastorno específico de ansiedad). Baja fiabilidad diagnóstica del TAG según los criterios del DSM-III.
- ☞ Trabajos de la última década:
 - Se vio que el TAG podía conceptuarse como un trastorno con entidad propia.
 - Lo que realmente parecía caracterizar a los pacientes con ansiedad generalizada era la expectativa de aprensión o preocupación.
 - Presentan reacciones de activación autónoma mucho más modestas que el resto de pacientes con ansiedad.
 - Predominan los síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia.
- ☞ DSM-III-R: Incluye como síntomas centrales: La ansiedad y preocupación no realista o excesivos. Importancia de los fenómenos cognitivos, en particular la preocupación crónica y no controlable.

- ☞ El cuestionario de preocupación PSWQ parece ser un buen instrumento psicométrico para diferenciar los pacientes de TAG de otros trastorno de ansiedad, así como también de la población no clínica.
- ☞ DSM-IV: Mejora los criterios diagnósticos del TAG.

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva) durante la mayor parte de los días en al menos un período de 6 meses, sobre diversos tipos de sucesos y actividades (rendimiento laboral o escolar).
- B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian al menos a 3 (1 en los niños) de los 6 síntomas siguientes (algunos síntomas han estado presentes durante la mayor parte de los días durante los últimos 6 meses):
 - a) Inquietud o sensación de excitación o de estar al límite.
 - b) Fatigarse con facilidad.
 - c) Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco.
 - d) Irritabilidad.
 - e) Tensión muscular.
 - f) Alteraciones de sueño.
- D. El foco de ansiedad y la preocupación ansiosa no se limitan a las características de algún otro trastorno, como las preocupaciones por sufrir un ataque de pánico (característico del trastorno de pánico), sufrir una situación embarazosa en público (fobia social), contagiarse de una enfermedad (TOC), estar fuera de casa o de los seres queridos (TAS), engordar (AN), tener quejas de múltiples síntomas físicos (somatización) o por padecer una enfermedad grave (hipocondría), y la ansiedad y preocupación no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno de estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico, o un trastorno generalizado del desarrollo.

4.1.- NOVEDADES:

- ☞ Asimilación al TAG del antiguo trastorno de hiperansiedad de la infancia y adolescencia.
- ☞ Necesidad de establecer el diagnóstico diferencial con:
 - El TAG no debe ocurrir durante:
 - TEP.
 - Un trastorno de estado de ánimo (depresión).
 - Un estado psicótico.
 - Un trastorno profundo de desarrollo.

- El trastorno no debe estar producido por:
 - El uso de sustancias/medicación.
 - Por una condición médica general.

- La ansiedad y la preocupación no se referirán a:
 - Tener un ataque de pánico (trast de pánico).
 - Sentir vergüenza en público (fobia social).
 - Contaminarse (TOC).
 - Estar fuera de casa o separado de los familiares (TAS).
 - Ganar peso (anorexia o bulimia).
 - Tener múltiples síntomas somáticos (trast de somatización).
 - Tener una enfermedad seria (hipocondriasis).

5.- TRAST ASOCIADOS A FACTORES BIOLÓGICOS

📄 En el DSM-IV se definen 2 trastornos de ansiedad vinculados a factores orgánicos (no incluidos en el DSM-III):

- Trastorno de ansiedad debido a una condición médica general.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

📄 En ambas categorías la sintomatología central corresponde a una elevada ansiedad, ataques de pánico, obsesiones o compulsiones.

6.- SÍNDROMES DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA: TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (TAS)

📄 El DSM-III especifica 3 trastornos concretos de la infancia o adolescencia: Trastorno de ansiedad por separación (TAS), Trastorno de evitación. Y Trastorno de hiperansiedad.

- ☞ El DSM-IV, sólo mantiene el TAS.
- ☞ El trastorno de hiperansiedad es equiparado al TAG, y el trastorno de evitación a la fobia social.

6.1.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TAS SEGÚN EL DSM-IV:

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
2. preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3. preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
7. pesadillas repetidas con temática de separación
8. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

7.- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- ☞ Las mujeres son mucho más propensas a sufrir problemas de ansiedad que los hombres: Diferencias particularmente importantes en las fobias y el pánico, seguidos del TAS y del TAG. No diferencias en el TOC y fobia social.

- ☞ Una vez iniciado el trastorno de ansiedad puede adoptar:
 - Curso crónico (TAG).
 - Curso agudo (fobia específica).
 - Curso intermedio (trastorno de pánico con agorafobia).

- ☞ Las fobias específicas y sociales suelen tener comienzo en edades tempranas.
- ☞ El TAS tiene un periodo de máximo riesgo entre los 6 y los 11 años.
- ☞ Los trastornos asociados al pánico y a la agorafobia son los que aparecen más tardíamente.
- ☞ En términos generales los trastornos de ansiedad son problemas psicológicos de aparición temprana.
- ☞ El TEP tiene edades de comienzo variables.
- ☞ Los trastornos + frecuentes son las fobias específicas.
- ☞ El segundo trastorno + frecuente es el TAG.
- ☞ Los miedos son más frecuentes durante la infancia que en la edad adulta.
- ☞ El trastorno menos probable es el pánico sin agorafobia.
- ☞ Las fobias, el pánico y el TAG tienden a ser + comunes entre personas separadas, viudas y divorciadas. No existe relación entre el TOC y el estatus marital.
- ☞ El trastorno de pánico es mayor entre los individuos solteros.
- ☞ Se ha sugerido que los trastornos de ansiedad se asocian a niveles educativos bajos y niveles socioeconómicos bajos.
- ☞ El estatus de empleo es un factor de riesgo: Tasas importantes de trastornos de pánico y agorafobia en amas de casa o en desempleados. Los trabajos de menos especialización se asocian también a mayor riesgo.
- ☞ Diferencias étnicas: Parece que la raza negra es más vulnerable que la blanca a trastornos fóbicos (no a otros tipos de ansiedad). Hay que considerar éstas diferencias con precaución, pues podrían deberse a otros factores asociados.