

ARTÍCULO

## LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

*Ricardo Virgen Montelongo*

*Ana Cecilia Lara Zaragoza*

*Gabriela Morales Bonilla*

*Sergio J. Villaseñor Bayardo*

### INICIO

“Es una persona muy preocupada, muy insegura, ha de ser tímida, se inquieta y se asusta de todo, es alguien muy nervioso, como débil de carácter, pero así ya es su forma de ser...”

Entre adjetivos calificativos y despectivos ha ido y venido tanta y tanta gente sobreviviendo y soportando su propia vida, aceptando como inevitable el temeroso destino que les tocó vivir, llenando sus decisiones de incertidumbre y creyendo que esto es común al resto y que por lo menos no son los únicos que sufren de ello. Y, efectivamente, no son los únicos que padecen esta condición patológica, un trastorno o mejor dicho un grupo de trastornos que han logrado mermar la calidad de vida y el rendimiento de miles de personas las cuales comparten, la mayor parte de las veces calladamente, la desgracia de “ser nerviosos”. ¿Cómo atender entonces los problemas de estas personas si ni siquiera ellas mismas reconocen como una enfermedad su aparente forma de ser? Este es el objetivo fundamental de este apartado de los trastornos de ansiedad, un mal de muchos que pocos reconocen que y que la mayoría compartimos.

#### **¿Quién en su vida no ha experimentado un evento ansioso?**

Molestas palpitaciones, un miedo irracional, ahogo, temblores y la desagradable sensación de perder el control de la situación. Claro, esto podría ser común cuando existiera previamente un motivo lo suficientemente importante como para justificarlo, algo que pusiera en peligro la integridad o inclusive la vida propia. Este tipo de respuestas ante una amenaza son esperadas y hasta funcionales, son un factor que determina nuestra supervivencia. Pero cuando ese motivo al que nos referimos no existe, y en lugar de supervivencia se torna en sobrevivencia sostenida ¿Cómo se justifica entonces tal respuesta? Sólo como una enfermedad, esto son los trastornos de ansiedad.

Los síndromes ansiosos como los depresivos, son las formas de psicopatología más frecuente en México. Estudios reportados para 1999 en población mexicana encontraron que el 14.8% presentaba algún trastorno de ansiedad. Pero ¿Cuál sería la trascendencia de ésta información para nosotros como población general? Primero, el escaso conocimiento popular sobre las cuestiones de salud mental ha venido a representar uno de los principales problemas para el manejo de estas patologías. Los conceptos que se manejan sobre la ansiedad, son diversos, confusos y superficiales.

Se define como ansiedad a aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Se toman actualmente tanto la ansiedad y la angustia como sinónimos para los manejos clínicos. (Para mayores sutilezas nosológicas consultar la obra de Patiño Rojas). Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin.

Los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud:

- 1) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y AGORAFOBIA
- 2) CRISIS DE PANICO
- 3) FOBIA SOCIAL
- 4) FOBIA ESPECÍFICA
- 5) TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
- 6) TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

De estos la fobia social es el más común en la población general y el abuso de alcohol y otras drogas contribuyen en mucho al inicio de las crisis de pánico y de la agorafobia.

### **Generalidades**

En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. Es común que coincidan con trastornos depresivos y esto complica aún más su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío. Además, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, esto significa que el retorno a una adecuada funcionalidad (recuperación) es menor en esta clase de padecimientos. El inicio de la ansiedad frecuentemente se asocia con la presencia de algún evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen un curso crónico, éste es fluctuante, es decir hay intervalos asintomáticos.

En cuanto a la etiología de estos trastornos se ha propuesto como entidades de carácter hereditario, aunque aún no se tienen las bases concretas para asegurarlo. De la misma manera los procesos que explican cómo se generan los síntomas ansiosos se basan en hipótesis, entre las cuales destacan las siguientes: anomalías en la función respiratoria, alteración en la función del Locus Coeruleus, un punto donde se concentran los neurotransmisores noradrenérgicos en el cerebro, disfunción serotoninérgica y adenosinérgica; tanto la noradrenalina, la serotonina y la adenosina son receptores neuronales que modulan normalmente las respuestas emocionales, afectivas y cognitivas en el cerebro. Otras teorías proponen una alteración funcional global como en el sistema nervioso autónomo, encargado de los procesos fisiológicos involuntarios, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, o a nivel tiroideo, entre otros.

La ansiedad puede incrementarse con un sentimiento de vergüenza: "los otros se darán cuenta de que estoy nervioso". La ansiedad afecta a los procesos del pensamiento y del aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones. Siempre que se sospeche de un trastorno de ansiedad deben descartarse otras enfermedades médicas como las alteraciones de la tiroides, de la glicemia (azúcar en la sangre), del oído, del cerebro, del corazón y de la respiración, principalmente. Se diagnostica ansiedad generalizada cuando predominan una ansiedad o preocupación excesivas, persistentes y relacionadas con situaciones que se viven cotidianamente.

La agorafobia comúnmente acompaña a la ansiedad generalizada, se caracteriza por presentar una preocupación y temor intensos a encontrarse en lugar muy concurridos o en espacios abiertos. Al darse ésta situación la persona experimenta la mayor parte de los síntomas descritos anteriormente. Los temores agorafóbicos típicos son: el uso de los transportes públicos, autobuses, metro tranvía, aviones, ascensores, almacenes, supermercados, entre otros lugares. Clínicamente se observan conductas de evitación a estos lugares y el aislamiento también es marcado. Se hace diagnóstico de crisis de pánico o de angustia cuando se presentan episodios de ansiedad intensa, desproporcionada o sin motivo aparente que duran relativamente poco tiempo (normalmente menos de una hora) y se acompañan de síntomas somáticos, es decir, se experimenta sensaciones desagradables o dolorosas en alguna parte del cuerpo, como palpitaciones o taquipnea (respiración rápida), por ejemplo.

Las fobias sociales más frecuentes son el temor de hablar, comer o escribir en público, de utilizar los baños públicos y de asistir a fiestas o a entrevistas. Los pacientes experimentan miedo a sentirse avergonzados ante los demás, temen o evitan situaciones en las que podrían interactuar con otras personas o que estas puedan detectar y ridiculizar su ansiedad. La ruborización es la principal manifestación física y los síntomas cognoscitivos incluyen la tendencia a auto-observarse, a la auto-devaluación y a la infravaloración de la competencia social.

Esto puede contribuir a que el aislamiento social sea una limitante importante, o que disminuya el rendimiento profesional, inclusive se asocia con la ingesta de alcohol u otras sustancias. Las fobias específicas solo difieren de las anteriores en el elemento desencadenante de dicha sintomatología, siendo este muy diverso (animales, objetos, situaciones, etc.).

### **Fobias**

El término fobia deriva de la palabra griega phobos, que significa temor, pánico y terror, y de la deidad del mismo nombre, que provocaba pánico en sus enemigos. Ya en los papiros egipcios y en el Corpus Hippocraticum hay referencias a estos temores. El uso del término médico aparece por primera vez en un trabajo de Celso, quien habla de hidrofobia como síntoma importante de la rabia. Según Marks (citado en la Guía de autoevaluación y actualización en Psiquiatría sobre los trastornos de ansiedad, 2001) la fobia se empieza a utilizar en su sentido actual en 1801.

La fobia es "el miedo persistente, irracional, exagerado e invariablemente patológico frente algún estímulo específico o situación. Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica producen un estrés grave en la persona afectada, que habitualmente reconoce que su reacción es excesiva. La consecuencia es una necesidad imperiosa de evitar el estímulo temido". Las reacciones fóbicas alteran la capacidad de los afectados para funcionar en la vida.

### **Epidemiología**

Se ha observado en el hombre, al igual que en los primates, una respuesta de temor no aprendida hacia los ruidos intensos y frente a todos los estímulos novedosos, súbitos y bruscos. La frecuencia de fobia como tal, varía según la edad, el sexo y la cultura. En la población infantil son frecuentes los temores (90%). Con la maduración y el aprendizaje, estos miedos van disminuyendo, de forma que la mayor parte desaparecen al llegar a la pubertad. La edad media de inicio de una fobia determinada, es la siguiente: fobia simple (9-15 años), fobia social (16 años), agorafobia (29 años).

Respecto al sexo, la presentación varía según el tipo de fobia debido a:

- a) Diferencias biológicas;
- b) Facilitación social de agresividad y valentía en el varón, y
- c) Mayor tendencia en el varón a no admitir temores, porque ello lesiona su autoestima y la consideración social. Pero en general las fobias son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

La fobia específica es más frecuente que la fobia social y la agorafobia. La fobia de tipo sangre-inyecciones-daño, tiene una prevalencia mujer-hombre de 1:1.

## **CLASIFICACIÓN:**

### **Fobias a estímulos externos:**

#### **A) Agorafobia**

Es el miedo irracional a espacios abiertos, lugares con mucha gente, o a dejar un lugar seguro (temor a salir del hogar, entrar en tiendas y almacenes, temor a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo). Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de las conductas de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar confinados en su casa.

Más que el temor a la situación misma, el agorafóbico teme quedarse indefenso en determinadas situaciones. Por eso el estar acompañado de alguien de confianza reduce su conducta de evitación.

### **B) Fobia social**

También llamado trastorno de ansiedad social. Es el temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. Tienen miedo excesivo a la humillación o turbación en diferentes escenas sociales, como a hablar en público, a orinar en un cuarto de baño público (también llamada "vejiga tímida) y a hablar en una cita. Puede ser una patología crónica e incapacitante.

### **C) Fobia específica**

El individuo con fobia específica anticipa el daño, como el ser mordido por un perro, o el pánico a perder el control cuando se encuentre en una situación determinada, o temer desmayarse al cerrarse una puerta. La fobia a los animales habitualmente son miedos monosintomáticos que comienza en la niñez antes de los ocho años de edad. Marks (citado en APM, 2001) afirma que los pacientes con estas fobias se condicionan en forma diferente a como lo hacen los fóbicos adultos.

#### **Fobias a estímulos internos:**

- a) Nosofobias
- b) Fobias obsesivas

Este grupo se superpone con otras patologías como la hipocondría, la depresión o la neurosis de angustia (en el caso de las nosofobias) y con las neurosis obsesivas (en el caso de las fobias obsesivas).

P.ej. Existe una fobia de origen interno llamada "Globo Histérico" (fobia al ahogo), en el cual, el individuo está obsesionado por el temor a ahogarse y ser incapaz de respirar al ingerir alimentos y hasta su propia saliva. Este síndrome suele diagnosticarse erróneamente con trastornos típicos de la alimentación. Sin tratamiento estos pacientes pueden perder peso hasta poner en peligro su vida. Se presenta casi exclusivamente en los pacientes con trastornos obsesivo-compulsivo.

### **Etiología y patogenia**

La causa de las fobias es multifactorial, debido a las interacciones entre factores biológicos, genéticos y ambientales. Las personas con fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño, pueden haber heredado un reflejo vaso-vagal particularmente potente, que acaba asociándose a emociones fóbicas. Diversos estudios revelan que ciertos niños están constitucionalmente predispuestos a las fobias porque han nacido con un temperamento específico conocido como de inhibición conductual a lo desconocido. El estrés ambiental crónico (como la muerte o separación de un progenitor, la humillación por parte del hermano mayor, la violencia intrafamiliar) actúa sobre esta disposición temperamental del niño para producir una fobia.

La fobia específica generalmente es el resultado de asociar un objeto o situación específica con emociones de miedo o pánico. Por ejemplo: Una persona que asocia el conducir con una experiencia emocional (un accidente), hace la asociación permanente entre conducir y el miedo ante la posibilidad de resultar herido. La asociación puede ser debida a un evento traumático vivido por la persona, o a la información obtenida por los padres o medios masivos de comunicación. El individuo que sufre de fobia social a menudo proviene de una familia donde la madre padece también fobias y es incapaz de imponer normas de conducta aceptables y corrige a través de regaños continuos. Los padres de este grupo son por lo general menos cariñosos, más críticos y más sobre-protectores que otros padres.

La hipótesis neurobioquímica de la fobia social se basa en el éxito del tratamiento farmacológico (antagonistas beta-adrenérgicos y antidepresivos). Los pacientes con fobia a hablar en público tienden a liberar más norepinefrina y epinefrina (a nivel central y periférico) que una persona no fóbica, o pueden ser más sensibles a los niveles normales de estimulación adrenérgica. La eficacia de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) ha llevado a formular la hipótesis de que la actividad dopaminérgica está relacionada con la patogenia del trastorno.

### **Manifestaciones**

Los pacientes pueden evitar o restringir sus actividades debido al miedo. Tienen dificultades para ir hasta la consulta del médico, ir de compras o visitar a sus conocidos. La ansiedad producida por las fobias se caracteriza por síntomas fisiológicos ante el objeto o situación temida, tales como aceleración de los latidos cardíacos, molestias gástricas, náuseas, diarrea, micción muy frecuente (ganas de orinar), sensación de ahogo, enrojecimiento del rostro, transpiración abundante, temblores y desmayos.

### **Diagnostico:**

Marks destaca las cuatro características que permiten definir un temor concreto como fobia:

1. Es desproporcionado a la situación que lo crea
2. No puede ser explicado o razonado
3. Se encuentra fuera del control voluntario
4. Conduce a la evitación de la situación temida.

La fobia social generalizada se distingue por la intensidad de la ansiedad que se experimenta en muchas situaciones sociales y por la angustia acompañante o interferencia en el funcionamiento. Los pacientes con fobia social generalizada pueden tener pocas amistades, experimentar dificultad para concretar citas con el sexo opuesto, abandonar la escuela prematuramente, rechazar las promociones en el trabajo, desmoralizarse y deprimirse, abusar del alcohol, y desarrollar otros trastornos psiquiátricos.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Las fobias pueden aparecer junto con muchos otros síntomas y síndromes psiquiátricos. El angustiado, el paranoico, el esquizofrénico, el depresivo, etc., pueden experimentar temores, pero cuya naturaleza y ubicación psicopatológica son distintas a las de la neurosis fóbica. Sólo con las obsesiones mantienen indudables conexiones, que se prestan a confusión.

### **Tratamiento**

Muchos pacientes con fobias no requieren de medicación. Solo en aquellos con depresión o ansiedad; así como en pacientes con fobia social incapacitante. La terapia conductista de desensibilización sistemática consiste en ir enfrentando gradualmente al paciente a situaciones u objetos similares a los temidos. La terapia implosiva los enfrenta directamente al estímulo temido en su expresión extrema para que experimenten lo injustificado de su miedo y así descienda el temor. Es importante que la persona con fobia evite consumir alcohol o medicamentos tipo benzodiazepinas para afrontar las situaciones temidas.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones, que son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como inapropiados y causan ansiedad o malestar. A pesar que la persona trata de ignorar tales pensamientos le es muy difícil lograrlo, por lo tanto intentará neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. Mientras que las compulsiones son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

El objetivo de estos actos es reducir la ansiedad que producen aquellos pensamientos sin embargo al tornarse excesivos pueden generar a la larga mucha más ansiedad. El trastorno de estrés post-traumático se genera posterior a que la persona ha estado expuesta (ya sea en plática o personalmente) a un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. La persona entonces responde con un temor u horror intensos, siendo esto reexperimentado persistentemente a través de recuerdos recurrentes del evento, sueños, flashbacks, una forma de actuar nuevamente el acontecimiento y a la exposición de estímulos que evoquen tal situación.

### **Tratamiento**

Antidepresivos: aquellos con acción ansiolítica (es decir que disminuyen los estados ansiosos), constituyen el tratamiento óptimo en esta clase de pacientes, sin embargo estos fármacos no ayudaran a los pacientes hasta después de algunas semanas, durante las cuales no solamente los síntomas pueden continuar, sino que pueden exacerbarse. Por lo anterior, es común iniciar el tratamiento con el antidepresivo y una benzodiazepina que alivie la sintomatología, Es frecuente que los temores del paciente inclusive a los propios fármacos que le pueden ayudar, sea un factor de abandono o mal apego al tratamiento, esto es importante tomarlo en cuenta, ya que mientras la dosificación se encuentra a cargo de un médico especialista no existiría riesgo alguno de efectos imprevistos o de problemas adictivos, una duda frecuente de aquellas personas que se acercan a la consulta.

Entre los antidepresivos más usados están los antidepresivos tricíclicos como la clomipramina y la amitriptilina; los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina y la fluvoxamina y; entre las benzodiazepinas más apropiadas se encuentran: el alprazolam y el clonazepam, estos siempre bajo una estrecha vigilancia médica por sus potenciales riesgos adictivos. Existen otros fármacos como los beta-bloqueadores que tienen efectos ansiolíticos, como el propanolol que es usado principalmente como antihipertensivo. La duración del manejo antidepresivo varía desde 6 meses hasta un año en promedio, sujeto a la evolución y la estabilidad que presente el paciente, esto lo determinará su médico tratante en los momentos de evaluación periódica durante las citas.

**Manejo Psicológico:** No obstante que en la clínica el tratamiento con fármacos es de primera elección, la psicoterapia de apoyo y la educación sobre la enfermedad son indispensables. Los pacientes responden mejor cuando adicionalmente se usan técnicas psicoterapéuticas con bases dinámicas o conductuales que son proporcionadas en la consulta psiquiátrica.

Existe una amplia información general sobre estos trastornos sin mencionar aquella de carácter médico exclusivamente, que es un caudal de datos, sujetos regularmente a actualización. Esto es muy favorable ya que como se mencionó en su momento, uno de los factores más importantes en donde se debe incidir es precisamente en la difusión de esta clase de información para la gente a quien le interese este y otros temas similares.

## **Bibliografía**

Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM). Autoevaluación y actualización en psiquiatría/Trastornos de Ansiedad, PSA-R8 (Psychiatric Self-Assessment & Review), Medical trenes, 96 páginas,2001.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. C.I.E. 10 capítulo V (F). Meditor, Madrid, 1993.

Consenso 2000. Guía práctica. Manejo del espectro depresión-ansiedad. México, UNAM. 128 páginas.

Disponible en:[http://www.mipunto.com/temas/2do\\_trimestre01/fobias.html](http://www.mipunto.com/temas/2do_trimestre01/fobias.html)

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 5ª. ed, Ed. MASON. BARCELONA, 2002. Pág.396

Walker J. R. et al. "Prevención de la recurrencia de la fobia social generalizada: resultados de un estudio de 24 semanas en pacientes que respondieron a 20 semanas de tratamiento con Sertralina". Journal of Clinical Psychopharmacology. Vol. 20, No. 6, Diciembre, 2000

Kaplan H. I, Sadock B. J. Sinopsis de psiquiatría. 8ª ed. Ed. Lippincott Williams & Wilkins-Panamericana. 1998. Pág.324 y 683.

Kolb L. C., Psiquiatría clínica moderna, 6ª ed. PRENSA MÉDICA MEXICANA S.A. DE C.V. MEXICO 1992. 562 páginas.

Jenike M. A., et al. Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico. 3ª ed. 2001. Ed.Harcourt. 127 páginas.

Patiño Rojas J. L. Psiquiatría Clínica. 2ª edición. Salvat. México, 1990. 413 páginas.

Kandel E. R., Schwartz J. H. & Jessell T. M. Principios de Neurociencias, 4a Edición. McGraw-Hill Interamericana, 2001, 1395 páginas.