

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se encuentran dentro de los trastornos mentales mas prevalentes, son trastornos crónicos que producen gran incapacidad al paciente; comparados con la población general, las personas con algún trastorno de ansiedad disminuyen su productividad laboral, producen gran carga a la familia y una considerable carga económica a la sociedad. En la practica médica casi siempre son sobreestimados, llevando a un sobre uso de los servicios médicos psiquiátricos y no psiquiátricos, por esto es importante que el medico esté preparado con herramientas clínicas y terapéuticas para realizar un reconocimiento oportuno, un manejo inicial y una adecuada remisión de ser necesario.

Los principales trastornos de ansiedad son: el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social (fobia social), fobia especifica, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo.

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad se encuentran dentro de los trastornos mentales mas comunes con una prevalencia en la vida de 10.4% a 28.8%, de estos solo el 25% recibe tratamiento y se estima que entre el 8.3% y el 20% de los pacientes que asisten a la consulta medica general presentan síntomas de algún trastorno de ansiedad.

Comparados con la población general, los pacientes con algún trastorno de ansiedad tienen 10 veces mas riesgo de tener comportamiento suicida y si presentan como comorbilidad algún trastorno del humor, principalmente trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar el riesgo aumenta significativamente.

Diagnostico de los trastornos de ansiedad

La ansiedad o angustia es una experiencia asociada con la expectativa de peligro no identificado con precisión ni claridad, pues cuando se logra identificar esta emoción se denomina miedo o temor. La ansiedad se acompaña de manifestaciones somáticas como taquicardia, palpitaciones, opresión torácica, mareo, parestesias en extremidades, temblor sudoración, palidez facial, hipertensión arterial, molestias abdominales, urgencia urinaria, etc, llevando a una conducta asociada de inquietud y vigilancia. En principio es adaptativa, esta al servicio de la integridad física y psicológica de los humanos e incluso obliga a las personas a

actuar y abandonar la pasividad, no obstante por su intensidad, duración o contexto puede convertirse en patológica. Ciertos criterios nos pueden ayudar a identificar cuando la ansiedad se convierte en un problema y puede llegar a considerarse un trastorno:

- Intensidad y (o) duración mayor de lo esperado (considerando las expectativas y comportamientos de acuerdo al contexto familiar, social y cultural)
- Produce alteración del funcionamiento social, ocupacional e interpersonal
- Las actividades diarias son interrumpidas por evitar ciertas situaciones o objetos en un intento por disminuir la ansiedad
- Ideas obsesivas, compulsiones, memorias de trauma clínicamente significativos

Es importante tener en cuenta que algunos pacientes pueden acudir a la consulta con síntomas inespecíficos como somnolencia, dolores vagos, cefalea, dispepsia, fatiga, dificultad para concentrarse, etc. Existen ciertos factores de riesgo y variables sociodemográficas asociados con los trastornos de ansiedad los cuales deben aumentar la suspicacia del médico:

- Historia familiar de ansiedad (u otro trastorno mental)
- Historia personal de ansiedad en la niñez o adolescencia
- Eventos estresantes o traumáticos en la vida, incluyendo abuso
- Sexo femenino
- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (particularmente depresión)

Cuando un paciente consulte con síntomas ansiosos excesivos o incontrolables, es importante identificar otras posibles causas de los síntomas como enfermedad médica, depresión, abuso de sustancias, síntomas secundarios a medicación, trastornos somatomorfos o trastornos psicóticos. Sin embargo la presencia de alguna de estas condiciones no excluye el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad, ya que estos pueden presentarse junto a alguna condición psiquiátrica o médica. La mayoría de pacientes no presentan un trastorno de ansiedad único, el 75% de las personas diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad presentan al menos una comorbilidad psiquiátrica, dentro de las más frecuentes encontramos otro trastorno de ansiedad, algún trastorno afectivo de tipo depresivo (depresión mayor, distimia), abuso de alcohol o sustancias, trastorno bipolar o trastornos de personalidad. Dentro de las condiciones médicas que pueden agravar o producir síntomas

ansiosos es importante descartar hipo e hipertiroidismo, hipoglicemia, ICC, embolismo pulmonar, arritmia, asma, EPOC, neumonía, disfunción vestibular, epilepsia del lóbulo temporal, migraña, síndrome intestino irritable, úlcera péptica, uso excesivo de cafeína, nicotina, alcohol, cocaína. Muchos medicamentos producen síntomas similares a la ansiedad o la exacerban, se debe tener especial cuidado con los ISRS (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina), ya que en algunos pacientes pueden aumentar síntomas de ansiedad durante las primeras dos semanas de tratamiento.

Trastorno de pánico

Antes de establecer una definición y profundizar en el concepto de pánico es importante hacer una diferenciación frente al concepto del miedo. El miedo es una emoción básica primitiva, parte fundamental de nuestro sistema motivacional defensivo y se asocia a características neurobiológicas y cognitivas. El miedo ocurre cuando hay una amenaza directa e inminente (ej: ir en un carro sin frenos hacia un precipicio), esto produce una respuesta física y cognitiva instantánea de la cual depende la supervivencia del organismo (respuesta de emergencia o reacción de alarma).

Los pacientes que presentan trastorno de pánico (TP) presentan la misma respuesta física y cognitiva que presentarían si se encontraran frente a una amenaza directa e inminente, pero sin la presencia de dicha amenaza. Además de los síntomas físicos, estos pacientes refieren gran miedo y terror, pensamientos de muerte, necesidad de escapar de la situación.

Los trastornos de ansiedad, incluyendo el pánico, han sido estudiados intensamente en los últimos 25 años logrando un gran avance en el entendimiento neurobiológico y psicológico de la ansiedad, ayudando a desaparecer la noción de que los trastornos de ansiedad son algo trivial.

Definición y diagnóstico

El trastorno de pánico (TP) es una enfermedad crónica y recurrente que se caracteriza por ataques de intensa ansiedad denominados ataques de pánico. El ataque de pánico se presenta de forma abrupta e intensa, con un rápido aumento de los síntomas luego del inicio y con un pico sintomático que se alcanza aproximadamente a los 10 minutos del inicio de los

síntomas, seguido por 1 mes o más de preocupación persistente acerca de la aparición de nuevos ataques o las consecuencias del ataque (morir, enloquecerse, perder el control). Los síntomas que caracterizan el ataque de pánico son psíquicos y somáticos. Dentro de los síntomas psíquicos se encuentra la disociación: caracterizado por despersonalización (el paciente deja de sentirse de la forma normal, se siente extraño, raro, las acciones las percibe como si las realizara en forma automática), desrealización (el paciente siente cambios en el entorno y lo percibe como algo irreal) miedo a morir, miedo a perder el control o a “enloquecerse”. Dentro de los síntomas somáticos se encuentran alteraciones a nivel cardiovascular (palpitaciones, dolor en el pecho), respiratorio (falta de aire, sofoco), gastrointestinal (nauseas, molestias abdominales), motor (temblor) y autonómico (sudoración, escalofrío).

El trastorno de pánico que ocurre durante la noche comparte las mismas características que el del día y presenta respuesta similar al tratamiento.

La ansiedad anticipatoria es el temor que presenta el paciente de sufrir una nueva crisis.

El trastorno de pánico puede ser progresivo e incapacitante especialmente si se complica con agorafobia (se estima que de un tercio a la mitad de pacientes con TP se complican con agorafobia). Ésta se define como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.

Dentro de los temores agorafóbicos se encuentra estar fuera de la casa sin compañía, mezclarse con la gente, hacer fila, pasar por un puente, viajar en bus, tren (metro) o automóvil, ir a centros comerciales, misa, estadio, etc.

Los pacientes con TP tienen menos funcionabilidad diaria que los pacientes con otras enfermedades crónicas como diabetes, artritis o enfermedad cardíaca. Comparados con pacientes sin TP presentan 2 veces mas consumo de alcohol, drogas y cigarrillo.

Es común encontrar otros trastornos psiquiátricos asociados, como depresión, trastorno bipolar, otros trastornos de ansiedad y abuso de alcohol. Es muy importante que el médico tenga también en cuenta que se ha encontrado asociación con ideación e intento de suicidio en pacientes con TP (casi 20 veces más riesgo comparado con pacientes que no tienen trastorno psiquiátrico), incluso sin que haya comorbilidad afectiva.

Por la característica de sus síntomas, es común que el paciente consulte al médico general, al servicio de urgencias u otros especialistas (cardiólogo, neurólogo, gastroenterólogo, otorrinolaringólogo) antes de llegar a la consulta psiquiátrica.

~~Los criterios que utilizamos para el diagnóstico del TP son los del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition)~~

~~1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes (mínimo dos) definidas como aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañados de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:~~

- a. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- b. Sudoración
- c. Temblores o sacudidas
- d. Sensación de ahogo o falta de aliento
- e. Sensación de atragantarse
- f. Opresión o malestar torácico
- g. Náuseas o molestias abdominales
- h. Inestabilidad, mareo o desmayo
- i. Desrealización o despersonalización
- j. Miedo a perder el control o volverse loco
- k. Miedo a morir
- l. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- m. Escalofríos o sofocaciones.

2. Por lo menos uno de esos ataques ha sido seguido durante 1 mes o más por 1 o más de los siguientes:

- a. Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- b. Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias
- c. Cambios significativos del comportamiento relacionados con la crisis

3. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej: drogas, fármacos) o una enfermedad médica (ej: hipertiroidismo).

4. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (ej: aparecen al exponerse a situaciones temidas), fobia específica (ej: el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo – compulsivo (ej: al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (ej: en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (ej: al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Epidemiología

La prevalencia de ataques de pánico durante la vida es del 15%, a un año es del 7.3%, sin embargo la prevalencia del trastorno de pánico es más baja siendo a un año es del 2 – 7% y del 4 – 7% durante la vida. Aunque algunos autores sugieren un aumento de la prevalencia en las últimas dos décadas esto podría explicarse por las diferencias en las metodologías diagnósticas y los cambios en los criterios diagnósticos.

Es dos veces más común en mujeres que en hombres, el modo de aparición presenta una distribución bimodal con un pico en la adolescencia tardía y un segundo pico en la mitad de los treinta. Se presenta una baja prevalencia en ancianos, posiblemente por cambios cerebrales relacionados con la edad en regiones a nivel cerebral que regulan la respuesta ansiosa.

Etiología

Los estudios de los últimos años sugieren que tener antecedente de trauma en la niñez o de maltrato son factores de riesgo para el desarrollo de TP; los eventos tensionantes de la vida posiblemente contribuyen al momento de inicio o mantenimiento del trastorno.

El tabaquismo y la dependencia a la nicotina en adolescentes ha sido implicado como factor de riesgo para trastorno de pánico de inicio tardío.

Suceptibilidad genética:

El TP puede existir en varias formas genéticas diferentes, se ha observado mayor riesgo de presentar la enfermedad en los familiares de primer grado de pacientes con TP y una

concordancia mayor del trastorno en gemelos monozigóticos que dizigóticos; el trastorno de comienzo temprano ha sido relacionado con una mayor carga genética.

Se ha encontrado un tipo específico de trastorno en el cromosoma 13 asociado a problemas de vejiga. También se ha encontrado un tipo específico de trastorno bipolar asociado a crisis de pánico, ligado al cromosoma 18.

Aspectos neurobiológicos:

Desde las primeras observaciones en las cuales se encontró que el lactato de sodio provocaba crisis de pánico en pacientes con el trastorno pero no en el grupo control de personas sin el trastorno, se han ensayado varios compuestos con diferentes mecanismos de acción, que han mostrado habilidades similares para provocar pánico en pacientes mas no en controles. Otros compuestos usados son: cafeína, isoproterenol, yohimbina, dióxido de carbono, CCK.

Algunos autores creen que estas sustancias inducen síntomas físicos que el individuo percibe de una forma que da lugar a la crisis de pánico, otros creen que estas sustancias estimulan sitios determinados en el tallo cerebral, que en individuos predispuestos, provocan la descarga autonómica masiva del ataque de pánico.

De estos agentes externos panicogénicos en pacientes predispuestos es importante tener en cuenta el papel de la cafeína.

El café aumenta nuestro estado de alerta y atención; la cafeína antagoniza la acción de la adenosina, bloqueando los receptores de adenosina, previniendo que la adenosina inhiba la liberación de norepinefrina, de este modo la cafeína, indirectamente, aumenta la norepinefrina y aumenta el estado de alerta. Se ha encontrado que los pacientes con TP (pero no en grupo control normal) que consumen cafeína, reportan niveles más altos de ansiedad relacionado con el grado de consumo: mas cafeína mas ansiedad, de hecho tienen una marcada sensibilidad a los efectos incluso de una sola taza de café.

El locus ceruleus situado en el tallo cerebral sintetiza la mayor parte de la norepinefrina del sistema nervioso central, recibe información del ambiente interno y externo, a través de fibras aferentes de los centros sensoriales y además envía fibras eferentes a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza cerebral y medula espinal, estructuras implicadas en las respuestas de ansiedad y miedo.

El aumento de las descargas neuronales a nivel del locus ceruleus, sería responsable de la producción de cada crisis de pánico. Esta hipótesis se sustenta en primera instancia en la

observación de los síntomas que comunican los pacientes, quienes experimentan los ataques de pánico con manifestaciones de una gran actividad del sistema nervioso autónomo. Por otra parte, existen numerosas evidencias experimentales sobre la reproducción de las crisis mediante la administración de sustancias que aumentan la liberación de norepinefrina como la yohimbina. Asimismo, psicofármacos como la imipramina, que en estudios clínicos poseen un demostrado efecto antipánico, disminuyen la frecuencia de descarga del locus ceruleus. Varios estudios sugieren compromiso del sistema serotoninérgico en la producción del TP, se han hecho manipulaciones del triptofano (aminoácido esencial precursor de la serotonina) en animales alterando la respuesta al miedo de estos; también por el efecto antipánico de los medicamentos que afectan la concentración de serotonina como la imipramina o los ISRS (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina).

La evidencia del papel del sistema benzodiazepina – GABA en el trastorno de pánico se basa en lo siguiente: los antagonistas del GABA (ácido gama – butírico) que es el principal neurotransmisor inhibitorio cerebral, tienen efecto ansiogénico, los medicamentos agonistas de los receptores benzodiazepínicos que activan el sistema GABA tienen efecto farmacológico beneficioso (ansiolítico, sedación, relajación muscular) en el TP.

Diagnostico diferencial

Es muy importante hacer una buena historia clínica, descartar condiciones o agentes que puedan imitar o ser la causa de una crisis de pánico como el hipertiroidismo, hipotiroidismo, epilepsia del lóbulo temporal, asma, arritmias cardiacas, feocromocitoma, consumo de café u otros estimulantes, abstinencia de alcohol, tratamiento con altas dosis de corticoesteroides.

Tratamiento

La mayoría de los pacientes con trastorno de pánico consultan por síntomas físicos y miedo a tener una condición seria como un infarto o “volverse loco”. Es muy importante explicar al paciente y la familia en términos que puedan entender los mecanismos biológicos que producen el trastorno, explicar que es una enfermedad sobre la cual no hay un control voluntario y por tanto evitar las afirmaciones “ponga de su parte”, “usted no tiene nada”, “es que usted es muy ansioso”.

Igualmente es importante explicar que hay factores externos que pueden precipitar una crisis de pánico (como el café, excesivo ejercicio, abstinencia de alcohol) y resaltar la importancia de un tratamiento farmacológico (para disminuir frecuencia e intensidad de los ataques de pánico) y psicoterapéutico (para tratamiento de la ansiedad anticipatorio y las fobias). Los estudios sugieren que la combinación de psicoterapia y farmacoterapia es superior al uso de psicoterapia o farmacoterapia de forma individual tanto en la fase aguda del tratamiento como de mantenimiento.

Psicoterapia

El inicio de los ataques de pánico casi siempre ocurre durante o luego de un periodo tensionante de la vida. Los pacientes con TP enfocan su atención en la posibilidad de tener un nuevo ataque o en cualquier sensación corporal que pueda ser señal de un nuevo ataque. La terapia cognitiva comportamental (TCC) es la psicoterapia más eficaz para el tratamiento del TP y la evidencia sugiere que es más eficaz que la medicación en la prevención de recaídas. Los componentes comunes de la TCC para el TP son:

Educación – reestructuración de procesos cognoscitivos: explicar el desarrollo del TP, corregir creencias erróneas, recomendar material de autoayuda.

Los pacientes con TP tienen una tendencia a interpretar las sensaciones corporales de una manera catastrófica. Explicarles que las reacciones físicas y los pensamientos durante un ataque de pánico son parte del TP y no corresponden a un infarto o a que se este “enloqueciendo”.

Exposición: exponer al paciente a los síntomas corporales que le producen miedo durante la crisis de pánico. Enseñar estrategias para producir síntomas (por ejemplo, hiperventilar produce mareo, aumenta frecuencia cardiaca) de modo que se presente la exposición repetidamente.

Exposición real a situaciones evitadas: exponer al paciente gradual y repetidamente a situaciones que evite, por miedo a presentar una nueva crisis.

Regulación de las emociones: técnicas de relajación, técnicas de respiración para disminuir hiperventilación.

Preparar al paciente para posibles recaídas en el futuro: prepararlo para periodos de intensa ansiedad o pánico.

Farmacoterapia

Es importante explicar que algunos efectos adversos del tratamiento farmacológico (taquicardia, boca seca, mareo, temblor) son más comunes en las primeras semanas de tratamiento, ya que los pacientes con TP pueden interpretar estos síntomas como el inicio de una crisis.

Como estos pacientes son muy sensibles a cualquier cambio físico se recomienda iniciar el medicamento elegido a dosis bajas y aumentar la dosis cada semana o cada 2 semanas hasta alcanzar el rango terapéutico.

Aunque alguna mejoría se empieza a observar en la primera semana de tratamiento, la mejoría significativa se empieza a observar entre las 6 a 8 semanas, por tanto no es aconsejable suspender la medicación hasta que el comportamiento evitativo se haya superado, incluso si está controlado el pánico. La evidencia sugiere completar al menos 8 a 12 meses de terapia, la discontinuación debe ser gradual, pero seguir con ejercicios de exposición y evitar las sustancias estimulantes como el café, nicotina o el consumo de alcohol.

Sugiero hablar de temas generales de la medicación, que hacen, efectos adversos, importancia de tomarlos, demora en inicio

~~Los medicamentos de primera línea son:~~

Fluoxetina

Paroxetina

Sertralina

Citalopram

Fluvoxamina

Venlafaxina

Escitalopram

~~Si el paciente no responde se debe adecuar la dosis antes de cambiar por otro medicamento de primera línea, si no responde se debe pasar a un medicamento de segunda línea como:~~

Imipramina

Clomipramina

Mirtazapina

Alprazolam

Clonazepam

Las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam) aunque son de segunda línea, se pueden usar al inicio si la ansiedad es severa o hay agitación.

Los estudios han mostrado que al iniciar con benzodiazepinas más ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) se alcanza una respuesta más rápida.

Hay buena evidencia que soporta el uso de antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina), se ubican en la segunda línea y no en la primera ya que son menos tolerados, cardiotóxicos y tienen mas altas tasas de discontinuación que los ISRS.

En los pacientes que no respondan al tratamiento se debe descartar alguna comorbilidad médica o psiquiátrica como el hipotiroidismo, hipertiroidismo, uso de alcohol, sustancias, cafeína, trastorno bipolar, que puedan afectar la respuesta terapéutica.

Los medicamentos de tercera línea se deben usar cuando no haya respuesta óptima al tratamiento con las dosis adecuadas y al menos 8 semanas con medicamentos de primera y segunda línea usados solos y en combinación.

Divalproato

Gabapentin

Fenelzina

Antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina, risperidona)

Pindolol

En el plan obligatorio de salud de Colombia (POS) contamos con los siguientes medicamentos:

Imipramina: antidepresivo tricíclico, primer medicamento ampliamente estudiado para el TP, se inicia con 25 mg en la noche y se aumenta cada 3 días o 50 mg/día aumentando cada semana hasta la dosis máxima de 300 mg/día. La mayoría de los pacientes necesitan al menos 150 mg/día, con dosis de 200 mg/día mas del 80% de los pacientes muestran una marcada respuesta a los ataque de pánico. No se recomienda su uso en pacientes con

~~trastorno de la conducción cardíaca, Insuficiencia cardíaca congestiva, glaucoma y prostatismo, no se debe administrar concomitantemente con IMAOS.~~

~~Fluoxetina: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), estos se han convertido en el tratamiento de primera elección en el trastorno de pánico, dada la gran seguridad, facilidad de administración y meno efectos adversos.~~

~~La fluoxetina ha mostrado ser superior al placebo en la fase aguda y de mantenimiento del TP. Al iniciar con la dosis habitual (20mg/día) puede producir síntomas como nerviosismo, sensación rapidez e insomnio, siendo estos la principal razón por la que los pacientes suspendan la medicación tempranamente, se sugiere iniciar tratamiento con 5 a 10 mg/día aumentando cada semana hasta la dosis máxima de 80 mg/día. No se debe administrar concomitantemente con IMAOS.~~

~~Clonazepam: Benzodiazepina, posee algún riesgo de tolerancia, dependencia y abstinencia, por lo que en general el tratamiento con benzodiazepinas se debe reservar para los pacientes en los que el tratamiento antidepresivo haya fallado; en pacientes con severa ansiedad puede ser de ayuda iniciar concomitantemente benzodiazepinas (las cuales se deben disminuir gradualmente luego de varias semanas) con antidepresivos.~~

~~Dentro de las benzodiazepinas, el clonazepam generalmente es la primera opción por su larga acción que permite dar 2 veces al día o incluso una vez al día y también por producir menos síntomas de retirada comparado con el alprazolam. Se sugiere iniciar 0.5 mg/día aumentando hasta la dosis máxima de 4 mg/día de acuerdo a la eficacia y tolerabilidad. La discontinuación debe ser gradual para prevenir la abstinencia, se recomienda disminuir el 15% de la dosis total cada semana. No debe utilizarse en los casos en los que exista hipotonía muscular ni en miastenia gravis, como tampoco concomitantemente con el alcohol.~~

Trastorno obsesivo compulsivo

Los avances en epidemiología, psicofarmacología, neurobiología, neuropsicología y genética han mostrado que el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una entidad común y no algo exótico como antes se creía, para la cual existe tratamiento.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones se caracterizan por la presencia de pensamientos no deseados, impulsos o imágenes, los

cuales son recurrentes e invaden la mente del paciente en contra de su voluntad y le causan gran ansiedad. Las compulsiones son comportamientos repetitivos (lavado de manos, ordenar, verificar) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras silenciosamente) que la persona se siente obligada a hacer en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas reglas que deben ser aplicadas rigidamente.

Estas obsesiones y compulsiones recurrentes causan gran malestar, consumen tiempo e interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, sus actividades sociales y laborales.

Diagnostico

~~Los criterios que utilizamos para el diagnóstico del TOC son los del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition)~~

~~A. Se cumplen para las obsesiones y las compulsiones~~

~~Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:~~

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

~~Las compulsiones se definen por 1 y 2:~~

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) 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
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

~~B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.~~

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

~~Pautas para el diagnóstico CIE – 10 F42~~

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, los síntomas obsesivos, los actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- La idea o la realización del acto no deben ser en sí misma placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no deben considerarse placentero en este sentido).
- Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

La mayoría de los pacientes presentan una mezcla de diferentes obsesiones y compulsiones; dentro de las obsesiones mas comunes encontramos: miedo a la contaminación (gérmenes, suciedad, secreciones corporales, VIH), duda patológica (habré cerrado la puerta?), obsesiones somáticas, necesidad de simetría, cometer un o agresivo inaceptable (y si cojo el cuchillo y mato a mi hijo?), repetición de imágenes sexuales; las compulsiones mas comunes són: verificar, lavado y limpieza, conteo, simetría, tocar determinados objetos, acaparamiento generalmente de cosas inútiles.

Muchos pacientes ocultan sus síntomas ya que reconocen lo irracional de sus ideas y comportamientos; algunas preguntas que nos pueden ayudar a identificar las obsesiones y compulsiones en pacientes que consulten con síntomas de ansiedad son:

- Hay alguna idea, pensamiento, imagen o impulso desagradable, que le incomode, que este presente constantemente, por irracional que pueda parecer y que usted no sea capaz de sacarlo de su cabeza?

Por ejemplo estar contaminado por algo, hacerle daño a alguien, etc

- Hay algún comportamiento o alguna acción que tenga que repetir, que no tenga sentido para usted o no quiera realizar?

Por ejemplo lavarse o limpiar excesivamente, verificar varias veces, contar cosas repetidamente, etc

- Usted gasta demasiado tiempo en terminar sus actividades diarias?

Epidemiología

La prevalencia a un año del TOC es del 0.7 al 2.1%, con una prevalencia en la vida del 2 – 3%. La edad promedio de inicio es a los 19 años (rango desde 14 a 30 años), aunque también puede ocurrir en la niñez; la prevalencia no parece ser influenciada por el nivel socioeconómico o educacional, ni por la raza. El TOC es mas común en mujeres, con una relación mujer : hombre de 1.5:1 aunque no es tan prevalente como otros trastornos ansiedad.

El TOC es considerado uno de los trastornos mentales que mas carga de heredabilidad tiene, aproximadamente una quinta parte de los miembros del núcleo familiar de una paciente con TOC muestran signos de TOC, y entre mas temprano aparezcan los síntomas existe mayor probabilidad de tener un familiar de primer grado afectado. Entre un 56 – 83% de los pacientes con TOC tienen al menos otro trastorno mental, el mas común es depresión, seguido de fobia social, trastorno de la alimentación y abuso de alcohol

Tratamiento

Psicoterapia

La introducción de la terapia cognitiva comportamental (TCC) en el tratamiento del TOC mejoro el pronóstico de los pacientes con TOC, los elementos que incluye son:

- Educación: Los síntomas del TOC producen gran malestar y por lo general el paciente los oculta. Se debe educar al paciente acerca del TOC, se recomienda el uso de manuales o libros explicativos. También se debe dar información a la familia sobre los síntomas del TOC, involucrarlos en el tratamiento, se debe evitar el acompañamiento de familiares en los comportamientos compulsivos
- Exposición: Ofrecer exposición in vivo a situaciones que provoquen ansiedad y comportamiento compulsivo (ej: tocar objetos contaminados), ofrecer exposición imaginaria a pensamientos obsesivos temidos (contenido religioso, agresivo o sexual). Enseñar prevención de respuesta, la cual se debe trabajar conjuntamente con la

exposición, con esta se busca reducir y eliminar el comportamiento compulsivo (ej: no lavarse las manos luego de tocar tierra), las compulsiones mentales o rituales.

- Solución de problemas: El TOC causa gran discapacidad a los pacientes, cuando el paciente haya mejorado de sus síntomas debe reconstruir su vida laboral o académica, las relaciones sociales y familiares.

Farmacoterapia

~~Es muy importante tener en cuenta que el TOC es difícil de tratar, por esto se debe preservar cualquier ganancia obtenida con la terapia inicial. Los medicamentos de segunda y tercera línea se deben tener en cuenta desde las fases tempranas de tratamiento~~

~~Los medicamentos de primera línea son: fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina. Si la respuesta es adecuada se debe optimizar la dosis.~~

~~Si el paciente no responde se debe adecuar la dosis antes de cambiar por otro medicamento de primera línea, si no responde se debe pasar a un medicamento de segunda línea como: clomipramina, venlafaxina, citalopram, mirtazapina, adjuntar risperidona.~~

~~Hay buena evidencia que soporta el uso de clomipramina en TOC, se ubica en la segunda línea y no en la primera ya que es menos tolerado, seguro y tienen mas altas tasas de discontinuación que los ISRS.~~

~~Si el paciente no responde con fármacos de segunda línea se debe reevaluar buscando alguna comorbilidad medica o psiquiatrica (hipotiroidismo, hipertiroidismo, abuso de sustancias, trastorno bipolar) que pueda afectar la respuesta al tratamiento.~~

~~Los medicamentos de tercera línea se deben usar cuando no haya respuesta óptima al tratamiento con las dosis adecuadas y al menos 8 semanas con medicamentos de primera y segunda línea usados solos y en combinación. Estos medicamentos son: Clomipramina IV, escitalopram, fenelzine, adjuntar mirtazapina, olanzapina, quetiapina, haloperidol.~~

~~Es importante que el paciente reciba las dosis adecuada (tener en cuenta que las dosis usadas en el TOC son mas altas que las usadas en la depresión: fluoxetina 20 — 80 mg/día, sertralina 50 — 200 mg/día, paroxetina 40 — 60 mg/día), por el tiempo adecuado. En el manejo agudo la medicación se debe usar como mínimo 6 meses aunque algunas guías recomiendan continuar farmacoterapia por 1 a 2 años. Muchos pacientes requieren medicamentos durante toda la vida, particularmente en ausencia de tratamiento psicológico.~~

~~La combinación de farmacoterapia y psicoterapia aumenta la respuesta al tratamiento, el cumplimiento a la exposición y disminuye las tasas de recaída si el medicamento es discontinuado. El uso de medicamentos antidepresivos y TCC ha demostrado ser útil en el tratamiento de comorbilidad depresiva y ansiosa que frecuentemente acompaña al TOC~~

Trastorno de ansiedad social

El trastorno de ansiedad social (TAS) se caracteriza por un miedo intenso y persistente, a situaciones de relación interpersonal, donde el individuo se siente sometido al escrutinio de los demás, percibiendo la sensación de ser humillado o rechazado. La persona con TAS es conciente de padecer un miedo excesivo e irracional, evita situaciones como hablar en público, trabajar en grupo e, inclusive decir su propio nombre en público. El TAS ha sido descrito como “la enfermedad de las oportunidades perdidas”, ya que la persona limita sus relaciones interpersonales, su funcionamiento laboral, académico o social, e inclusive su rutina diaria. Es importante el reconocimiento de este trastorno por parte del médico, ya que el paciente por lo general no consulta porque cree es parte de su “forma de ser”, tornandose en un cuadro crónico e invalidante.

Diagnóstico

~~Los criterios que utilizamos para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad social son los del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition)~~

- A.** 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. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
- B.** La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los

temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

~~Pautas para el diagnóstico CIE—10 . F40.1~~

- a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible

Dentro de los criterios diagnósticos del CIE – 10 se requiere que se presenten al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida y uno de los siguientes síntomas:

- Ruborización
- Miedo a vomitar
- Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar

La mayoría de personas refieren cierto grado de angustia ante algunas situaciones sociales, pero el diagnóstico de TAS se debe considerar cuando la ansiedad causa una marcada angustia y alteración funcional. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad.

El TAS puede ser generalizado cuando es precipitado por la mayoría de situaciones y desempeños sociales, o no generalizado cuando se limita a ciertas situaciones o desempeños sociales (ej: hablar en público). Algunas preguntas que nos pueden ayudar a identificar el TAS en los pacientes que consulten con síntomas de ansiedad son:

- En general, usted es demasiado ansioso o preocupado cuando tiene que hablar en público, dirigirse a personas de autoridad o hablar con extraños por temor a ser criticado, avergonzado o humillado?
- Usted se siente incomodo cuando es el centro de atención?
- Para usted es difícil interactuar con otras persona?
- Usted se ruboriza o tiembla cuando tiene que hacer algo en público, como hablar, comer, o firmar un cheque?

Epidemiología

La prevalencia en la vida es entre el 8 – 12%, es mas común en mujeres que en hombres (relación 3: 2), tiene un inicio temprano con un pico inicial entre los 0 y 5 años y otro segundo pico entre los 11 y los 15 años, es raro el inicio después de los 25 años. El TAS es generalmente crónico con una duración promedio de 20 años o mas.

Por su limitación en las relaciones interpersonales, la alteración en el funcionamiento laboral, académico o social, las personas con TAS tienden a tener menor nivel educativo, menor nivel socioeconómico y a ser solteros; comparados con la población general, las personas con TAS presentan mayores alteraciones a nivel funcional, físico y de salud. La presencia de alguna comorbilidad aumenta dramáticamente la incapacidad y alteración relacionada con el TAS.

Tratamiento

Psicoterapia

El uso de la terapia cognitivo conductual (TCC) se ha asociado con mejoría significativa en los pacientes con TAS, los elementos que incluye son:

- Educación: se debe dar una explicación al paciente sobre el trastorno y su tratamiento, se recomienda el uso de manuales o libros explicativos..
- Exposición: ofrecer exposición imaginaria a situaciones que son difíciles de llevar a cabo con regularidad en la vida diaria, ofrecer exposición in vivo a situaciones que provoquen ansiedad social, proporcionar exposición mediante el juego de roles (ej: simular una entrevista de trabajo)
- Reestructuración cognitiva: reducir los pensamientos negativos que tiene el paciente sobre el mismo y sobre los otros, se debe trabajar con el paciente para examinar y cambiar las actitudes perfeccionistas y la excesiva personalización.
- Entrenamiento en habilidades sociales: trabajar las destrezas sociales débiles (contacto ocular, conversación), asertividad, manejo de conflictos.

Farmacoterapia

~~La terapia farmacológica de los pacientes con TAS generalizada se debe iniciar con los medicamentos de primera línea: escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina o venlafaxina, si el paciente no responde se debe adecuar la dosis antes de cambiar por otro medicamento de primera línea, si no responde se debe pasar a un medicamento de segunda línea como: clonazepam, alprazolam, bromazepam, gabapentin, pregabalina, citalopram. Aunque las benzodiazepinas aparecen en la segunda línea, pueden usarse en cualquier momento si se presenta un ataque agudo y severo de ansiedad en pacientes con SAD que no tengan como comorbilidad abuso de alcohol y de sustancias. Se debe tener especial precaución con el uso de benzodiazepinas ya que un 25% de pacientes con TAS tienen como comorbilidad el abuso de sustancias.~~

Si el paciente no responde con fármacos de segunda línea se debe reevaluar buscando alguna comorbilidad médica o psiquiátrica (hipotiroidismo, hipertiroidismo, abuso de sustancias, trastorno bipolar) que pueda afectar la respuesta al tratamiento; los medicamentos de tercera línea se deben usar cuando no haya respuesta óptima al tratamiento con las dosis adecuadas y al menos 8 semanas con medicamentos de primera y segunda línea usados solos y en combinación. Estos medicamentos son: fluoxetina, bupropion, mirtazapina, divalproato, topiramato, olanzapina, quetiapina, clomipramina.

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno crónico caracterizado por una dificultad excesiva y persistente de controlar la angustia, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental particular (ansiedad libre flotante), se caracteriza por excesiva ansiedad cognitiva y síntomas físicos generalizados y persistentes. Es muy importante que el médico general este familiarizado con este trastorno ya que la mayoría de los pacientes con TAG hacen un uso alto de los servicios de salud y en la consulta médica hacen mayor énfasis en quejas somáticas, dolor, fatiga, depresión o alteraciones del sueño y no tanto en los síntomas de nerviosismo o ansiedad cognitiva

Diagnóstico

~~Los criterios que utilizamos para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad generalizada son los del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition)~~

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por 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 (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

~~Pautas para el diagnóstico CIE — 10 . F41.1~~

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a)** Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b)** Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c)** Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

La ansiedad generalizada produce a menudo síntomas de hiperactividad autonómica como dificultad para respirar, palpitaciones, mareos, sudoración excesiva, sequedad de boca, polaquiuria, náuseas o diarrea. La diferencia con el trastorno de pánico es que estos síntomas deben estar presentes de manera relativamente continua, la mayor parte del tiempo en un periodo no menor de 6 meses, pero con una intensidad menor.

Los pacientes con TAG presentan múltiples incapacidades que afectan el trabajo, la educación y la interacción social

Algunas preguntas que nos pueden ayudar a identificar el TAG en los pacientes que consulten con múltiples quejas somáticas inexplicables, múltiples preocupaciones, humor depresivo o alteraciones del sueño son:

- ¿Que clase de asuntos lo tienen preocupado?
- ¿Usted se preocupa excesivamente por las preocupaciones normales del diario vivir, como la familia, salud, trabajo, o las finanzas?
- ¿Sus amigos o su pareja le dicen que usted se preocupa demasiado?
- ¿Usted tiene dificultad para controlar sus preocupaciones?
- ¿Estas preocupaciones le dificultan conciliar el sueño, o le producen algún malestar físico como cefalea, molestias estomacales o fatiga?

En cuadro

Epidemiología

La prevalencia en la vida en la población general del TAG es del 6%, a un año es del 1 – 3%, es mas frecuente en mujeres que en hombre (relación 2:1). El TAG se asocia con altas tasas de comorbilidad; el 68% de las personas con TAG reportan una prevalencia actual de al menos otro trastorno psiquiátrico (principalmente depresión, otro trastorno de ansiedad o abuso de sustancias)

Tratamiento

Psicoterapia

La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado que disminuye los síntomas de ansiedad y es mas efectiva que no usar tratamiento o usar un tratamiento psicológico no específico para el TAG, los elementos que incluye son:

- Educación: Se debe educar al paciente acerca del TAG, explicarle cuales son los síntomas físicos y cognitivos que se presentan, se recomienda el uso de manuales o libros explicativos.
- Intervención cognitiva: trabajar en solución de problemas, planear actividades de disfrute que aumenten el bienestar, enfocarse en metas y tareas mas relevantes, trabajar tolerancia mas que evitación de actividades que provoquen ansiedad, preparar al paciente para periodos de aumento de ansiedad al verse expuesto a experiencias amenazantes relacionadas con sus preocupaciones (enfermedad, finanzas, etc)

Farmacoterapia

La terapia farmacológica de los pacientes con TAG se debe iniciar con los fármacos de primera línea como el escitalopram, paroxetina, sertralina o venlafaxina. Los antidepresivos tienen el beneficio adicional de ser efectivos contra los síntomas depresivos y la preocupación rumiante (la característica central del TAG). Si el paciente no responde se debe adecuar la dosis antes de cambiar por otro medicamento de primera línea, si no responde se debe pasar a un medicamento de segunda línea como: benzodiazepinas (alprazolam, bromazepam, lorazepam), bupropion, imipramina y pregabalina. Aunque las benzodiazepinas aparecen en la segunda línea, pueden usarse en cualquier momento si se presenta un ataque agudo y severo de ansiedad.

Si el paciente no responde con fármacos de segunda línea se debe reevaluar buscando alguna comorbilidad médica o psiquiátrica (hipotiroidismo, hipertiroidismo, abuso de sustancias, trastorno bipolar) que pueda afectar la respuesta al tratamiento. Los medicamentos de tercera línea se deben usar cuando no haya respuesta óptima al tratamiento con las dosis adecuadas y al menos 8 semanas con medicamentos de primera y segunda línea usados solos y en combinación. Las opciones de tercera línea son: hidroxicina, mirtazapina, trazodona, adjuntar olanzapina y risperidona,

Trastorno de estrés postraumático

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad definido como la coexistencia de tres síntomas principales: reexperimentación, evitación e hipervigilancia, que

persisten al menos por un mes; ocurre en personas que fueron víctimas de: exposición a combates, sufrir algún accidente serio, ser víctima de un ataque físico, robo, abuso sexual, ataque terrorista o natural

Es un trastorno complejo en el cual se produce disfunción a múltiples niveles: afectivo, de las relaciones interpersonales, la homeostasis física y psicológica y su funcionamiento social.

Es un trastorno caracterizado por altos niveles de ansiedad y frecuentemente depresión, en el cual es posible identificar el inicio de los síntomas y de los cambios del comportamiento.

En este trastorno interactúan eventos estresantes, factores constitucionales, fisiológicos y ambientales.

Una discusión en los últimos 20 años ha sido por qué en algunos individuos se desencadena y en otros no, ante los mismos eventos estresantes, por lo tanto se habla de una vulnerabilidad individual, de hecho la mayoría de personas expuestas a un evento traumático no desarrollan un trastorno psiquiátrico.

Son personas que consultan con frecuencia a los servicios de salud, usualmente tienen menos ingresos y más divorcios que en la población general, tienen más dificultades con la educación de sus hijos y cambian frecuentemente de trabajo. Puede llegar a constituir un problema de salud pública y por eso es prioritario su prevención, reconocimiento y manejo.

Diagnóstico

~~Los criterios que utilizamos para el diagnóstico del TEPT son los del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition)~~

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

El TEPT frecuentemente se acompaña de otros trastornos psiquiátricos: otro trastorno de ansiedad (TAS, TOC, trastorno de pánico), depresión mayor, trastorno de personalidad, trastorno por abuso de sustancias, que pueden complicar el diagnóstico y manejo. Hay algunos síntomas que lo diferencian de otros trastornos de ansiedad, como pesadillas, flashbacks sobre el evento, evitación de claves que recuerdan el acontecimiento e hipervigilancia; dentro de las manifestaciones también se describen alteraciones de la memoria, lo que puede hacer difícil la reconstrucción de los acontecimientos y puede llevar a que el paciente consulte después de años de lo ocurrido.

Algunas preguntas que nos pueden ayudar a identificar el TEPT en pacientes que consulten con síntomas de ansiedad son:

- Le causan molestia o le preocupan imágenes, pensamientos o recuerdos de algún evento desagradable que le haya pasado a usted o a alguien cercano, en el pasado? Por ejemplo:
 Haber estado en un incendio o accidente serio?
 Haber sido atracado, asaltado o abusado?
 Presencio usted algún asesinato o atraco?

Es importante tener en cuenta que el TEPT es solo uno de los posibles trastornos que se pueden desarrollar luego de la exposición a un evento traumático; otros trastornos que se pueden desarrollar son: otros trastornos de ansiedad, depresión o abuso de sustancias.

Epidemiología

La probabilidad de sufrir un evento traumático a lo largo de la vida es alta, en los hombres adultos se habla del 97% . Los efectos de la guerra y de los desastres no se limitan sólo a quienes son los directamente afectados, sino también a aquellas personas que de alguna manera son testigos. Gran cantidad de personas está sometida a situaciones de violencia interpersonal como evento traumático, y en caso muy frecuentes, de manera crónica.

En la población general, el estudio ECA encontró una prevalencia del 1%, con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. En otros estudios se ha encontrado prevalencia hasta del 9.5%. Hasta el 60% de los hombres con TEPT, han sido sometidos a más de un evento traumático. Las causas más asociadas con TEPT han sido violaciones, combates, muerte de un ser querido.

Respecto a la edad, se ha demostrado que a mayor edad, mayor posibilidad de haber sufrido TEPT, pero la exposición a un evento traumático a mayor edad, lleva a menor riesgo de desarrollar TEPT. El estar casado o haberlo estado, se ha encontrado como un factor protector. En las mujeres la principal causa de TEPT fue la violación. En EU se considera el 4º trastorno psiquiátrico más frecuente y con altos niveles de discapacidad.

- TEPT en combatientes y prisioneros: los soldados y combatientes constituyen un grupo de riesgo para el desarrollo de TEPT. Esto se ha comprobado en soldados luego de la guerra de Vietnam, en sobrevivientes de los campos de concentración Nazi, entre otros, con hallazgos que demuestran la influencia de los niveles de exposición, el tipo de estresor, el rol que tenga el combatiente, el nivel de educación previo, y su estado psicopatológico previo.

- TEPT en el contexto de desastres: Hay una gran variedad de desastres y accidentes que pueden llevar a TEPT, incluso meses después del episodio. En estos casos no se ha encontrado influencia de la edad, el sexo, o el estrato socioeconómico.

- TEPT en casos de violación: la violación es una situación que afecta cientos de mujeres y puede llevar a TEPT. En estos casos la víctima tiene gran temor y desesperanza, depresión, su autoestima baja, insomnio, ansiedad, hipervigilancia, dificultades en la concentración, fatiga, hostilidad, síntomas todos de TEPT. También es frecuente que presenten flashbacks,

pesadillas, evitación de todo lo que les recuerde el acontecimiento. La mitad de las víctimas desarrollan disfunción sexual, los intentos suicidas aumentan 9 veces. Los síntomas al igual que en otras situaciones de estrés, pueden aparecer gradualmente en días o semanas e incluso después de años. 44% de las mujeres víctimas de violación no vuelven a enamorarse ni a tener relaciones íntimas con un hombre. Los síntomas son más severos cuando hay asociado bajo nivel socioeconómico y desempleo. Se ha encontrado que hay un grupo de mujeres vulnerables a violación, aquellas que han sido muy inasertivas en su vida, han necesitado asesoría psicológica, son depresivas, han tenido intentos suicidas, sin significar esto que sean ellas las que provoquen el ataque.

Tratamiento

Psicoterapia

Se recomiendan intervenciones cognitivo – comportamentales tempranas dirigida a personas que muestren trastorno de estrés agudo o altos niveles de ansiedad, luego de una experiencia traumática.

La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado eficacia en el manejo del TEPT, esta incluye:

- Educación: se debe proporcionar al paciente información acerca del TEPT y su tratamiento, se recomienda el uso de manuales o libros explicativos
- Exposición: se debe ayudar al paciente gradualmente a que confronte situaciones temidas, memorias, emociones e imágenes asociadas con la experiencia traumática, hasta que haya una reducida disminución de la ansiedad, eliminar comportamientos evitativos.
- Aproximación cognitiva: identificar patrones de pensamiento disfuncionales, asociados con depresión, ansiedad, rabia o culpa; se debe enseñar al paciente a cambiar las cogniciones irracionales y reemplazarlas por creencias mas reales y funcionales; disminuir hipervigilancia reenfocando la atención; enganchar al paciente en actividades positivas y actividades dirigidas a una meta; superar el aislamiento social y el impacto que pueda tener en la vida afectiva.
- Regulación de la emoción: manejo de destrezas para ayudar a disminuir angustia, enseñar relajación muscular, técnicas de respiración

Farmacoterapia

Existen pocos datos en cuanto al uso de medicamentos para prevenir el TEPT luego de una experiencia traumática; se ha encontrado que el uso de propranolol administrado inmediatamente después del trauma, disminuye la severidad de los síntomas del TEPT, y disminuye la probabilidad de desarrollar un subsecuente TEPT.

~~La terapia farmacológica del TEPT se debe iniciar con los medicamentos de primera línea: fluoxetina, paroxetina, sertralina o venlafaxina, si la respuesta no es adecuada se debe~~

ajustar la dosis. Si no hay adecuada respuesta con la dosis óptima o el medicamento no es tolerado, se debe cambiar se debe cambiar por un medicamento de primera o segunda línea o adjuntar un medicamento de segunda línea. Los pacientes con TEPT hacen pocas ganancias durante el tratamiento, por esto es importante preservar cualquier pequeña ganancia alcanzada con la terapia inicial, por lo tanto medicamentos de segunda o tercera línea pueden ser usados en estadios iniciales de tratamiento. Los medicamentos de segunda línea son: fluvoxamina, mirtazapina, fenelzina, adjuntar risperidona u olanzapina

En los pacientes que no respondan al tratamiento se debe descartar alguna comorbilidad médica o psiquiátrica como el hipotiroidismo, hipertiroidismo, uso de alcohol, sustancias, cafeína, trastorno bipolar, que puedan afectar la respuesta terapéutica.

Los medicamentos de tercera línea se deben usar cuando no haya respuesta óptima al tratamiento con las dosis adecuadas y al menos 8 semanas con medicamentos de primera y segunda línea usados solos y en combinación; los medicamentos de tercera línea son: amitriptilina, imipramina, escitalopram, adjuntar carbamazepina, lamotrigina, topiramato, quetiapina, clonidina, trazodona, buspirona, bupropion, prazosín y citalopram

Fobia específica

La fobia específica se caracteriza por un miedo irracional y excesivo a un objeto o situación específico y conduce al individuo a evitar tales situaciones u objetos; dentro de las fobias mas comunes encontramos el miedo a los animales, insectos, tormentas, alturas, estar en un lugar cerrado, ir al dentista, a la sangre. Cuando la persona se expone a la situación temida presenta síntomas de ansiedad en gran intensidad. El impacto de la fobia en el estilo de vida del paciente varia considerablemente; si la persona presenta fobia a la culebras la alteración en la vida del paciente puede ser muy poca, pero si la fobia es al dentista o a volar, se pueden presentar serias consecuencias a nivel laboral y de salud.

Diagnóstico

Los criterios que utilizamos para el diagnóstico de Fobia específica son los del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition)

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

~~Pautas para el diagnóstico CIE—10 . F40.2~~

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Las fobias específicas casi siempre ocurren simultáneamente con otra fobia específica, o con otro trastorno de ansiedad. Algunas preguntas que nos pueden ayudar a identificar fobias específicas en los pacientes que consulten con síntomas de ansiedad son:

- Usted siente temor intenso o ansiedad ante:

Animales (arañas, serpientes, perros, gatos, aves, ratones, perros)?

Alturas, tormentas, estar cerca del agua?

Sangre, inyecciones, toma de muestras mediante agujas?

Manejar, volar, estar en un sitio cerrado como ascensores o cuartos cerrados?

- Este miedo interfiere con su vida o le causa gran malestar o angustia?

Epidemiología

La prevalencia en la vida es del 12.5% y a un año es del 8.7%, la edad de inicio por lo general es a los 7 años (rango entre 5 a 12 años), aunque esto varía dependiendo del subtipo específico de fobia; la fobia a animales y a sangre – inyección – lesión por lo general inician en la niñez y las fobias situacionales (manejar, claustrofobia) generalmente inician en la adolescencia tardía o adultez temprana. A pesar de ser un trastorno común es raro encontrarlo en la práctica psiquiátrica o médica general

Tratamiento

Psicoterapia

Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es considerada uno de los trastornos más tratables, la farmacoterapia se usa de forma mínima; los tratamientos psicológicos con eficacia demostrada en fobias específicas son:

- Tratamiento basado en la exposición: todas las fobias
- Exposición (real, virtual): volar, alturas
- Exposición combinada con ejercicios de tensión muscular (para prevenir desmayo): fobia a animales y a sangre – inyección – lesión.
- Terapia cognitiva y exposición: fobia odontológicos

Farmacoterapia

~~Hay pocos estudios sobre el tratamiento farmacológico de las fobias específicas; los pocos estudios con benzodiazepinas han medido la eficacia en combinación con terapia de exposición y no han encontrado un efecto adicional benéfico con la medicación. Las benzodiazepinas son casi siempre usadas en la práctica clínica para proporcionar alivio agudo de síntomas en caso que sea necesario para un paciente con una fobia específica que tenga que enfrentar una situación temerosa (ej. procedimiento dental, viaje en avión). Hay pocos estudios sobre el uso de antidepresivos en las fobias específicas.~~