



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

UNAM IZTACALA

Trastornos de Ansiedad

ENSAYO MONOGRAFICO
QUE PARA OBTENER MENCIÓN HONORIFICA
Y TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA
Lidia Renata Romero Martínez

Directora: Lic. Juana Olvera Méndez

Dictaminadores: Mtra. Esther María Marisela Ramírez Vázquez

Mtro. Enrique Bernabé Cortés Vázquez



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. Trastornos de ansiedad	6
1.1. Perspectivas teóricas	8
1.1.1. Perspectiva psicodinámica	8
1.1.2. Perspectiva conductual	9
1.1.3. Perspectiva cognoscitiva	10
1.1.4. Modelo médico	11
1.2. Clasificación general	13
1.3. Incidencia y prevalencia de los de los trastornos de ansiedad en México	15
1.4. Síntomas físicos, psíquicos y conductuales	18
2. Descripción de los trastornos de Ansiedad	19
2.1. Trastornos fóbicos de ansiedad	20
2.2. Otros trastornos de ansiedad	22
2.3. Trastorno obsesivo compulsivo	25
2.4. Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	26
2.5. Trastorno de personalidad ansiosa evasiva	29
3. Evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad	29
3.1. Tratamiento médico	32
3.2. Tratamiento psicológico cognitivo conductual	34

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad ocupan una alta incidencia en el total de enfermedades incapacitantes en México; se espera que con el paso de los años, factores ambientales aumenten considerablemente la alta estadística que hoy día se presenta.

Dado que el estudio de la génesis de estos trastornos ha mostrado una correlación entre factores biológicos y psicológicos, es fundamental que el psicólogo que practica la clínica conozca los fundamentos de dicha patología.

Por lo anterior, el objetivo de esta revisión es, describir los elementos fundamentales de los trastornos de ansiedad, integrando los componentes básicos para conocer a cerca de estas psicopatologías.

INTRODUCCIÓN

Día a día el ser humano se enfrenta a diversas situaciones que generan en él respuestas adaptativas que le permiten subsistir; tales respuestas van desde aquellas que son placenteras hasta las que por su naturaleza someten a los individuos a estados psicoemocionales estresantes y que generalmente se ven acompañadas por respuestas ansiosas.

Estas respuestas tienen tres componentes que influyen directamente en el hombre: las respuestas fisiológicas, las psíquicas y las conductuales. En consecuencia y dado que el hombre es un ente integrado, al verse afectado en estas áreas puede generarle reacciones que llegan a ser incapacitantes.

Es sabido que en México, existe una alta incidencia de presencia de trastornos mentales y se sabe que entre estos, los que más destacan son los trastornos de ansiedad. En un estudio realizado en el 75% de la población urbana en México se demostró lo anterior, resaltando que los trastornos de ansiedad representan un total del 14.3% como padecimiento en la población en general. Desafortunadamente se predice que para años posteriores esta tendencia incrementará razonablemente debido al

agitado ritmo de vida al cual están sujetos no sólo los mexicanos sino la población mundial en total.

Sin embargo, dada la confusión de los síntomas característicos del trastorno con otras patologías, es difícil que un paciente que acude a un servicio de atención primaria sea correctamente diagnosticado pues en tales casos el rasgo común es un largo andar incluyendo la visita a especialistas que no hacen más que afirmar que el problema no es de índole biológico.

Por otro lado, el estudio de algunas psicopatologías ha sido hasta hace poco aceptado, por ejemplo fue hasta después de la segunda guerra mundial que se dió una relevancia a los procesos psicológicos como determinantes de la ansiedad. Por esta razón, hasta hoy poco se sabe de los trastornos de ansiedad y de los aspectos relacionados con sus consecuencias.

Dado que hoy día se ha encontrado una correlación entre factores biológicos y psicológicos como determinantes en la génesis de los trastornos de ansiedad, es fundamental que el psicólogo, sobre todo si este se inserta en el área clínica conozca a fondo los elementos básicos relacionados con dichos trastornos, con el fin de colaborar con un diagnóstico adecuado, que brinde al paciente la posibilidad de una mejora en su calidad de vida; sobre todo resaltando que, muchos de los trastornos en sus fases iniciales logran ser controlados solamente con apoyo psicoterapéutico, sin verse en la necesidad de recurrir a la medicación.

Por ello, el objetivo del presente trabajo es, describir de manera general los elementos fundamentales de los trastornos de ansiedad, con el fin de entender los componentes básicos y necesarios para conocer a cerca de esta psicopatología.

El trabajo consta de tres apartados; el primer apartado describe los conceptos básicos que permiten el estudio de los trastornos de ansiedad rescatando: elementos históricos del origen de su estudio, las diferentes perspectivas desde las cuales se han estudiado y la clasificación general de estos trastornos, así mismo se mencionan los datos epidemiológicos más relevantes encontrados en la población mexicana.

Dentro del segundo apartado, en base a la clasificación hecha por el CIE- 10, se describe de manera general cada trastorno que pertenece a los denominados trastornos de ansiedad.

Finalmente en el tercer apartado describen elementos que incluyen la evaluación y el tratamiento de manera global de los trastornos de ansiedad; se destacan los fármacos utilizados dentro del enfoque médico para el tratamiento de esta patología, además de cerrar mostrando las técnicas cognitivo conductuales que se utilizan frecuentemente en el tratamiento psicoterapéutico.

1. Trastornos de Ansiedad.

Todo organismo por naturaleza biológica, tiende a responder de manera específica ante diversos estímulos con respuestas adaptativas, que le permitan incrementar la posibilidad de superar las situaciones que se le presentan. En consecuencia, el ser humano al igual que otros seres vivos, dependen de la activación de respuestas físicas y emocionales, como responsables de motivar el comportamiento.

La ansiedad, es entendida como una emoción psicobiológica básica; adaptativa ante un peligro o desafío, cuyo fin es librar la situación de riesgo. La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que hace referencia a congoja o aflicción y da como resultado una perturbación psicofísica, caracterizada por un malestar psicofisiológico, que incluye: perturbación, inquietud o zozobra; por una inseguridad o temor ante lo que se percibe como amenaza inminente (Cía, 2002).

La ansiedad es una respuesta que permite y ayuda a la supervivencia del hombre, abriéndole la posibilidad de responder de manera un tanto instintiva, alertándolo o preparándolo para actuar ante un peligro. Estas respuestas, incluyen conductas de evitación o huida, un claro ejemplo se observa ante la presencia de un algún desastre natural (terremotos, inundaciones, incendios, etcétera.) en donde los seres vivos responden con conductas que mayormente tienen como fin salvaguardar su vida.

Sin embargo, esta respuesta de ansiedad, en diversas ocasiones sobrepasa los límites que la hacen útil para el ser humano, generando en este una respuesta contraria, convirtiéndola en una “ansiedad patológica”. Cía (2002) sostiene que la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica, depende de que en la segunda, se

presenta una respuesta exagerada que no necesariamente está ligada a un peligro u objeto externo y que, para quien la padece puede llegar a ser incapacitante.

La ansiedad patológica, también llamada “trastorno de ansiedad” incluye a groso modo: a) cogniciones persistentes que imponen sensaciones de fallar o de vergüenza, b) cambios fisiológicos, que incluyen palpitaciones, náuseas sudoración, entre otros, c) cambios comportamentales como: morderse las uñas, los labios, etcétera y d) cambios emocionales que incluyen, angustia, miedos e irritabilidad (Cía, 2002).

Dada la amplia gama de síntomas que acompañan a este trastorno, el estudio de la ansiedad se remonta a hace más de cien años en donde a través del tiempo los síntomas de ansiedad han recibido diversos nombres, y han sido también en diversas ocasiones confundidos con otras patologías.

En 1871 Mendes Da Costa (citado en Abe y Pérez, 1972) tras la observación de casos de soldados en el hospital Militar de Filadelfia que habían participado en la Guerra de Secesión, con síntomas cardíacos (palpitaciones, taquicardia, mareos, respiración jadeante) sin lesión aparente ante esfuerzos mínimos o en reposo, concluyó que el corazón se había vuelto irritable dada su hiperactividad y excitación frecuente, siendo esta actividad la responsable de que se padeciera lo que el denominó “corazón irritable” señalando que, los síntomas hacían referencia a trastornos funcionales más no cardíacos.

De igual manera y ante síntomas similares, Myers, lo denominó “corazón de soldado” mientras que Millar popularizó el llamado cuadro de “neurastenia” caracterizado por múltiples síntomas en donde intentó abarcar varias enfermedades que se denominaban hasta entonces postración nerviosa, astenia, discapacidad nerviosa, etcétera. Se acuñaron también nombres como: “disfuncionalismo cardíaco”,

“síndrome del esfuerzo”, “astenia neurocirculatoria”, entre otros para explicar la aparición de síntomas especialmente cardiacos pero sin causa o daño fisiológico aparente. Sin embargo, fue hasta 1918 cuando Fraser y Wilson comprobaron que era posible reproducir el cuadro de síntomas a sus pacientes mediante la administración de adrenalina, dando cuenta del papel del sistema nervioso simpático en la génesis de los síntomas. Más tarde, en 1941 Woods logró la reducción de síntomas mediante la administración de epinefrina, siendo entonces hasta finales de la segunda guerra mundial que se estudiaron de manera más específica los síntomas de ansiedad bajo el nombre de “reacción ansiosa”, prestando una especial atención a problemas psíquicos subyacentes, más que a los síntomas problemas cardiacos (Cía, 2002).

1.1 Perspectivas teóricas

Los aspectos psicológicos de la ansiedad, pueden ser descritos desde diferentes corrientes teóricas que intentan explicar el origen de dicho padecimiento. Dentro de estas teorías destacan las que estudian aspectos psicodinámicos, ambientales y cognoscitivos.

1.1.1 Perspectiva Psicodinámica

La teoría psicodinámica sobre la ansiedad descrita por Freud desde 1894, logró describir un cuadro de síntomas al que denominó “neurosis de angustia”, dentro del cual se incluían una excitabilidad general con insomnio, además de la llamada espera angustiosa (luego descrita como ansiedad anticipatoria), referida como permanente y latente. Así mismo, las manifestaciones clínicas que acompañaban dichas sensaciones eran: perturbaciones de la actividad cardiaca y respiratoria, sudores nocturnos, temblores y convulsiones, ataques de bulimia, diarreas y ataques de vértigo locomotor (Freud 1984).

Desde la perspectiva Freudiana, la ansiedad es entendida como un afecto del Yo con una fuerza psicológica propia que es una señal ante el peligro, sin embargo, las perspectivas actuales, consideran que la ansiedad es una señal para el Yo de un impulso implacable que intenta adquirir representación consciente y liberarse. Como señal, se provoca en el yo la adaptación de medidas defensivas contra las presiones del ello, en tal caso, si las defensas tienen éxito, la ansiedad desaparece, si la represión no es completamente efectiva se presentan entonces síntomas psiconeuróticos (Cía, 2002).

De tal modo que las teorías psicoanalíticas diferencian cuatro categorías de la ansiedad: 1) Ansiedad del Superyó (sentimientos de culpa por acción equivocada, temor por ser descubierto); 2) Ansiedad de Castración (miedo a las lesiones corporales o a la disminución de la capacidad personal); 3) Ansiedad de separación (anticipación temerosa ante la pérdida de un vínculo significativo); y 4) Ansiedad impulsiva o del Ello (temor de perder el control sobre los propios impulsos).

1.1.2 Perspectiva Conductual.

Por otro lado la perspectiva conductual, sostiene que la ansiedad viene condicionada a determinados estímulos ambientales que desencadenan respuestas condicionadas que generalmente son situaciones que para el individuo inducen temor y genera en consecuencia respuestas evitativas. Desde esta perspectiva, se presentan dos problemas que se deben analizar para poder entender la génesis de la ansiedad; en el primero de ellos se cuestiona el hecho de que aunque determinados eventos traumáticos se asocian con la aparición del trastorno de angustia, en muchos casos ante la presencia de este tipo de eventos no se logra evocar una respuesta ansiosa. El segundo cuestionamiento se basa en que la evidencia clínica no confirma la idea de

que los sujetos con trastornos de ansiedad padezcan episodios traumáticos repetidos, y por lo tanto la respuesta de ansiedad debería extinguirse, por lo que aun cuando las bases de las teorías del aprendizaje son sólidas en investigaciones animales pareciera que no logran serlo completamente en los humanos (Hollander y Simeon, 2004).

1.1.3 Perspectiva cognoscitiva.

Por su parte las teorías cognoscitivas, han logrado proporcionar de la especificidad del contenido cognitivo en los diversos trastornos de ansiedad, sosteniendo que determinados sesgos en el procesamiento de la información facilitan pensamientos característicos de los sujetos que padecen trastornos específicos (Hollander y Simeon, 2004).

Desde el modelo cognoscitivista de Beck, la ansiedad clínica está basada en el constructo central del esquema, entendido como el cuerpo integrado de conocimiento acumulado en la memoria a largo plazo que guía procesos de evaluación, codificación, organización y recuperación de la información, mediante los cuales, los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados. En el caso de la ansiedad, Beck y Emery (1985, citados en Cía 2002) sostienen que existen esquemas desadaptativos que distorsionan los procesos que comprenden la percepción, la acumulación y la recuperación de la información, haciéndolos hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación en donde no se responde de igual manera a ante los aspectos benignos, así como la interpretación constante de estímulos ambiguos como amenazantes.

1.1.4 Modelo médico.

Por su parte la perspectiva médica, basada en las bases biológicas del comportamiento, ha tenido varias hipótesis que le permiten concluir que factores influyen para el desencadenamiento de la ansiedad patológica.

A partir de los años sesenta, con el descubrimiento del ínter flujo neuronal, que dio pie a la manipulación de este tanto para bloquearlo como para favorecerlo, generando en consecuencia grandes avances en el tratamiento de las enfermedades mentales, modificando el panorama social y psiquiátrico de la enfermedad. La perspectiva médica, sostiene que la ansiedad es una emoción normal en situaciones apropiadas pero cuando es excesiva o se presenta en situaciones inadecuadas puede ser incapacitante. Biológicamente, la ansiedad se relaciona con el incremento bilateral del flujo sanguíneo en una porción discreta de la terminación anterior de cada lóbulo temporal (Ganong, 2001).

Gómez (2007), sostiene que las investigaciones neurobiológicas, han demostrado que en los pacientes con síntomas dicha patología, se revelan tres neurotransmisores implicados en los estados de ansiedad:

1) Noradrenalina (NA): Sustancia que actúa como neurotransmisor y estimulante del sistema nervioso simpático, encargada de regular una serie de actividades involuntarias como: el ritmo cardíaco, la presión arterial, la sudoración, etcétera. Se localizan en el locus coeruleus del puente límbico del cerebro en la médula espinal. En animales, que ha demostrado que su estimulación genera una respuesta de miedo, mientras que su ablación logra el completo bloqueo de esta respuesta (Gómez, 2007).

Las neuronas secretoras de noradrenalina reciben el nombre de neuronas noradrenérgicas y están presentes en la mayoría de terminaciones posganglionares

símpáticas, almacenándose en los botones sinápticos de las neuronas que lo secretan. La noradrenalina es secretada por la médula suprarrenal y además de simular los efectos de la descarga de los nervios noradrenérgicos ejerce (junto con la adrenalina) efectos metabólicos que incluyen: la glucogénesis hepática y en el músculo esquelético, movilización de ácidos grasos libres, incremento del lactato plasmático y estimulación del índice metabólico. Además incrementa la fuerza y frecuencia de las contracciones del corazón, produce vasoconstricción en la mayor parte de los órganos, e incrementa la presión sistólica y diastólica (Ganong, 2001).

2) Serotonina (5HT): La relación que se encuentra con esta sustancia en relación a los trastornos de ansiedad se basa en que, se ha constatado de la eficacia terapéutica basada en tratamientos para patología depresiva (cuya etiología está comprobado, se relaciona directamente a la serotonina) en algunos trastornos de ansiedad.

Los cuerpos serotoninérgicos se localizan en su mayoría en los núcleos del rafe en el tallo y se proyectan hacia la corteza del sistema límbico y el hipotálamo. Se forma en las células cromafines del tubo digestivo y es transportado por las plaquetas. En el SNC participa en la inhibición del enojo, la agresión, la temperatura, el humor, el sueño y la sexualidad, su inhibición está directamente relacionada con la ansiedad. Existe evidencia de que las fibras serotoninérgicas inhiben el dolor, participan en la patología depresiva y pueden tener participación de los ritmos circadianos (Ganong, 2001).

3) Ácido Gamma-aminobulítico (GABA): que en los trastornos de ansiedad se apoya en la eficacia de las benzodiazepinas que propician la actividad de dicho neurotransmisor en el receptor GABA-A.

El GABA es el principal mediador inhibitorio en el cerebro, si bien se encuentra en todo el cerebro, su mayor concentración está en el cerebelo, es el neurotransmisor del 20% de la sinapsis del SNC, es el mediador responsable de la inhibición presináptica. El incremento en la conductancia de Cl⁻ producida por los receptores GABA, se potencia por el uso de benzodiazepinas, fármacos con actividad ansiolítica que también son eficaces como relajantes musculares anticonvulsivos y sedantes. Es sabido que la disfunción en la reabsorción del GABA produce desórdenes neurológicos y algunas patologías como: epilepsia, esquizofrenia, depresión, ansiedad y parkinson (Ganong, 2001).

De manera general, se dice que la serotonina y el GABA son los responsables de generar ansiedad en los sujetos cuando estos saben que van a ser expuestos a determinados estímulos amenazantes, así mismo, se les considera responsables de las reacciones evitativas (Gómez 2007).

Por otro lado, y dada la alta incidencia que se relaciona con la herencia, se cree que este es un factor que puede ser determinante en la aparición de diversos trastornos de ansiedad, por ejemplo según Ayuso (1988, citado en Echeburúa, 1998) los trastornos de pánico, están directamente relacionados con una alta prevalencia familiar y una transmisión genética sin embargo no todos los trastornos presentan dicha relación, tal es el caso de los trastornos de ansiedad generalizada, en donde desde lo sostenido por dicho autor no se encuentran dichas relaciones.

1.2 Clasificación general de los Trastornos de Ansiedad.

Una vez englobados algunos de los elementos más significativos de lo que es el intento por explicar la génesis de los trastornos de ansiedad es necesario explicar cómo es que se han logrado clasificar. Galletero y Guimón (1989, citados en Echeburúa,

1998) señalan que, la ansiedad patológica puede manifestarse de tres formas: a) de forma brusca, episódica y en forma de crisis (trastorno de pánico), b) de forma persistente, continua y sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada) y c) tras un estrés identificable (trastorno de estrés postraumático). Señaló también que puede ser identificada cuando un sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes o rituales (trastornos obsesivos compulsivos.)

Es importante destacar que tanto el CIE-10 en su apartado de psiquiatría, como el DSM IV se han dado a la tarea de clasificar los trastornos de ansiedad. El CIE-10 elabora esta clasificación en las siguientes categorías: trastornos fóbicos, trastornos de ansiedad, reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación, además de trastorno de personalidad ansiosa. Dividiendo los trastornos fóbicos en: agorafobia, fobias sociales y fobias específicas; englobando los otros trastornos de ansiedad en: trastorno de pánico, ansiedad generalizada y trastorno mixto de ansiedad y depresión. Por su parte, las reacciones de estrés intenso incluyen: la reacción aguda al estrés, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de adaptación (Echeburúa, 1998).

Las diferencias que se pueden encontrar entre el CIE-10 y el DSM IV se basan en el para él segundo, no se incluye el trastorno de ansiedad y depresión, en que cataloga los trastornos obsesivos como una forma más de trastorno de ansiedad sin categoría específica, además de dar un papel superior al trastorno de pánico y de nombrar a las fobias específicas como fobias simples (Ver cuadro 1 elaborado por Echeburúa (1998), en donde se muestran ciertas modificaciones que permiten una fácil comparación de la clasificación de ambos manuales).

Cuadro I. Clasificación de trastornos de ansiedad en CIE-10 y DSM IV.

CIE-10	DSM IV
F40 Trastornos fóbicos F40 Agorafobia F40.1 Fobia Social F40.2 Fobia Específica F41 Otros trastornos de ansiedad F41.0 Trastornos de Pánico F41.1 Trastornos de ansiedad generalizada F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión F42 Trastorno obsesivo compulsivo F43 Reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación F43.0 Reacción de estrés aguda F43.1 Trastorno de estrés postraumático F43.2 Trastorno de adaptación F60.6 Trastorno de personalidad ansiosa (por evitación)	300.21 Trastorno de pánico con agorafobia 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico 300.23 Fobia Social 300.29 Fobia simple 300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada 300.30 Trastorno obsesivo compulsivo 300.81. Trastorno de estrés postraumático 309.24 Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso 301.82 Trastorno de personalidad por evitación

***Orden modificado por Echeburúa (1998) para facilitar la comparación con el CIE10.**

1.3 Incidencia y prevalencia de los trastornos de ansiedad en México.

Los trastornos de ansiedad, ocupan buena parte de la incidencia total de los trastornos mentales en México, Frenk y Cols. (1999, citados en Medina - Mora, Borges, Muñoz, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003) sostienen que en este país los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad. Resaltan que cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son de índole neuropsicológico (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo). Además se espera que factores como: la pobreza, el

incremento de población, el envejecimiento, el consumo de drogas, etcétera aumenten de manera considerable estas cifras en años posteriores.

De manera específica, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina - Mora y cols.,2003) realizada a la población urbana que representa el 75% de la población total en México, demuestran que del total de los trastornos mentales, los de ansiedad fueron los más frecuentes (14.3%), señalando también que en las categorías de presencia de algún trastorno en los últimos doce y treinta días, fueron también los trastornos de ansiedad los que encabezaron la lista (Medina - Mora y cols., 2003).

Los trastornos de ansiedad se presentaron mayormente en mujeres y se observó que en la población total las fobias específicas fueron las más comunes (7.1%), así mismo las fobias sociales tuvieron un alta incidencia representando el 4.7% de la población total. Trasciende también que tanto las fobias sociales como específicas fueron dos de las tres patologías más frecuentes en mujeres (Medina - Mora y cols.,2003).

Dentro de los trastornos de ansiedad se encontraron los siguientes datos presentados en el cuadro 2 para el inicio de las patologías pertenecientes a dicho trastorno.

Cuadro 2. Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México edad de inicio de los trastornos psiquiátricos.

Trastorno	Media	Mediana
Agorafobia	19.60	17
Trastorno de ansiedad generalizada	25.72	27
Trastorno de pánico	24.48	18
Trastorno de estrés posttraumático	19.77	19
Fobia Social	13.98	13
Fobia Específica	9.72	7

***Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México (Medina - Mora y cols., 2003).**

Por otro lado, el cuadro 3 muestra datos relevantes correspondientes a la prevalencia de los trastornos de ansiedad por región, cabe aclarar que, los datos fueron obtenidos sólo en la población urbana.

Cuadro 3 Prevalencia de trastornos de ansiedad.

Cualquier Trastorno de Ansiedad	Área Metropolitana	Noreste	Norte	Central Oeste	Central Este	Sureste	Total
Diagnóstico	15.2	12.5	16.4	15.8	13.6	12.3	14.3
Últimos 12 Meses	7.6	6.2	10.1	11.2	8.3	5.8	8.1
Último Mes	3.4	1.8	5.3	3.1	3.1	2.2	3.2

*Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México (Medina - Mora y cols., 2003).

De igual manera, en el cuadro 4 se muestran datos que revelan el uso de servicios a causa de los trastornos de ansiedad, datos que evalúan desde visitas médicas a nivel primario, con especialistas, hasta aquellos casos que acuden a niveles de atención religioso o espiritual.

Cuadro 4. Patrones de uso de servicios para México por trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses.

Trastorno	Especialista Psiquiatra o psicólogo u orientador o psicoterapeuta o enfermera en salud mental o trabajador social.	Medicina General Médico familiar, general o de cabecera o algún otro médico como cardiólogo o enfermera, terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud	Salud Especialista o medicina general.	Otros Consejero espiritual o religioso, curandero, yerbero, quiropráctico o espiritista
Trastorno de Pánico	17.1	11.6	25.6	3.2
Fobia Específica	6.7	4.6	10.7	0.0
Fobia Social	4.9	4.5	8.8	0.3
Agorafobia	7.1	4.7	10.3	0.0
Trastorno de Ansiedad generalizada	3.6	0.8	4.4	0.8
Trastorno de estrés posttraumático	7.3	6.6	13.9	3.1
Cualquier trastorno de ansiedad.	6.9	4.8	10.9	0.8

*Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México (Medina - Mora y cols., 2003).

1.4 Síntomas físicos, psíquicos y conductuales.

Como se ha descrito hablar de ansiedad patológica, implica englobar una serie de patologías que en conjunto forman parte de dicho trastorno. Frances y Ross (2002) sostienen que, desafortunadamente a pesar de que estos trastornos están bien definidos, generalmente se pasan por alto o se diagnostican mal.

Existen pues una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos que se deben tomar en cuenta al momento del diagnóstico pues caracterizan la presencia de algún tipo de trastorno de ansiedad (Bobes, Bousaño y Gonzáles, 2003). Dentro de los síntomas físicos, psíquicos y conductuales se destacan:

Manifestaciones periféricas:

- 1) Cardiovasculares: taquicardias, palpitaciones dolor precordial.
- 2) Respiratorias: Disnea, sensación de ahogo.
- 3) Digestivas: Nudo en el estómago, náuseas, vómitos, aerofagia, meteorismo, dispepsia, diarrea, estreñimiento.
- 4) Genitourinarias: micción frecuente, interferencia con la esfera sexual.
- 5) Neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueos, parestesias, cefaléas.
- 6) Neurovegetativas: sequedad de la boca, sudoración, escalofríos, mareo, inestabilidad.

Manifestaciones psíquicas conductuales:

- a) Aturdimiento, desasosiego, irritabilidad.
- b) Miedo incoercible, aprensión.
- c) Agobio psicológico.

- d) Deseo de escapar.
- e) Miedo de perder el control.
- f) Desrealización (sentimiento de extrañeza referido al propio sujeto)
- g) Despersonalización (Sentimiento de extrañeza referida al propio sujeto).
- h) Dificultad para la concentración.
- i) Incapacidad para estarse quieto.
- j) Movimientos o actos repetitivos.
- k) Inhibición y bloqueo psicomotor.

2. Descripción de los trastornos de ansiedad.

De manera general, se puede decir que el concepto que especifica los trastornos de ansiedad, tiene dos características en común: 1) los pacientes con estos trastornos normalmente experimentan ansiedad, preocupación y aprensión, que es más intensa y se prolonga durante periodos más largos de tiempo en relación con la ansiedad que presentaría una persona sin esta patología en su vida diaria y 2) estos pacientes desarrollan mecanismos de evitación, rituales o pensamientos repetitivos para protegerse de la ansiedad (Fauman, 2003).

Es importante tener presente que la clasificación de los trastornos de ansiedad, se realiza en función de la presencia o ausencia de estímulos externos, de la etiología del trastorno y el carácter de los síntomas. En consecuencia a continuación se describe de manera general, los aspectos que componen dicho trastorno según la clasificación hecha por el CIE-10 (1992).

2.1. F40. Trastornos Fóbicos de ansiedad

Los trastornos fóbicos de ansiedad, son un grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada por situaciones bien definidas que en general no son peligrosas y cuyo resultado es la evitación a estas situaciones o el enfrentamiento con pánico. La preocupación del paciente con trastornos fóbicos de ansiedad, puede centrarse en síntomas particulares como: palpitaciones y sensación de desvanecimiento y a menudo se asocia con pensamientos secundarios a la muerte, a la pérdida del control o a la locura. Existe la presencia de ansiedad anticipatoria que hace referencia a una inquietud persistente por parte del paciente ante la posibilidad de sufrir más crisis, además de que suele coexistir con la depresión (CIE-10, 1992).

40.0 Agorafobia.

La agorafobia, hace referencia a un conglomerado bien definido de fobias que abarcan el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a lugares comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos; lugares donde se manifiestan ataques de angustia (pánico). Dentro de los síntomas que aparecen con frecuencia se encuentran: los depresivos y obsesivos, así como el desarrollo de fobias a la interacción social, estos como rasgos secundarios. Es sabido que estos pacientes, evitan la situación fóbica por lo cual, algunos agorafóbicos presentan poca ansiedad, ya que son capaces de evitar dichas situaciones (CIE-10).

Hollánder y Simeon (2004) sostienen que aproximadamente la mitad de las personas que padecen trastorno de pánico cursan con agorafobia, en donde al combinarse dichas patologías, la ansiedad del individuo se extiende al temor de cualquier situación en la que se pudiera presentar un ataque. La agorafobia es más prevalente en el sexo femenino (2 o 3 mujeres por cada hombre). El curso de la enfermedad es progresiva, iniciando con ataques en lugares específicos y extendiéndose a cualquier situación que implique que el individuo salga de casa. El tratamiento suele ser complicado y en general requiere el uso de psicofármacos (Bobes y cols., 2003).

40.1 Fobias Sociales.

El CIE-10 (1992), Define la fobia social como el temor a ser escudriñado por la gente, lo que lleva al paciente a evitar la situación social. Las fobias más profundas se asocian directamente con una baja autoestima y temor a la crítica. Se pueden presentar síntomas de rubor, temblor de las manos, deseo urgente de orinar y náuseas. Es importante destacar que, en ocasiones estos pacientes están

convencidos de que dichos síntomas secundarios a la ansiedad, son su problema primario. Los síntomas pueden progresar hasta convertirse en ataques de pánico.

La fobia social, suele ser un trastorno discapacitante que reduce la calidad de vida del paciente Stein y Kean (2000, citados en Hollánder y Simeon, 2004) sostienen que los pacientes con fobia social, demuestran estar incapacitados en un amplia gama de actividades, que van desde abandonar la escuela, hasta dejar de lado todas las actividades que impliquen contacto social. Es importante señalar que las fobias sociales pueden limitarse a situaciones específicas como es el hecho de comer o hablar en público o bien ser difusas en incluir prácticamente todas las actividades que estén fuera del círculo familiar.

40.2 Fobia específica.

Las fobias específicas o simples son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como: la cercanía de ciertos animales, las alturas, la oscuridad, los lugares cerrados, etcétera. A pesar de que las situaciones desencadenantes suelen ser discretas, su aparición puede provocar pánico (CIE-10, 1992). Sin embargo, es importante señalar que a pesar de que puede existir la presencia de pánico o ansiedad, en este caso, el temor no es hacia los síntomas (como en el caso del trastorno de pánico o de la agorafobia), sino a que se cree que la situación ante la cual se enfrenta es de peligro, presentando un miedo excesivo que rebasa el pensamiento racional (Wilson, 2001).

Las fobias específicas se presentan mayormente en mujeres y en general es uno de los trastornos con mayor prevalencia; pueden clasificarse de acuerdo a las situaciones u objetos temidos y en general se habla de cinco tipos (Bobes y cols., 2003):

- 1) Tipo animal: miedo a animales o insectos.
- 2) Tipo ambiental: miedo a tormentas, precipicios, ríos, etcétera.
- 3) Tipo sangre – inyección – daño: miedo a la visión de sangre o a la aplicación de inyecciones (marcada incidencia familiar).
- 4) Tipo situacional: miedo desencadenado en situaciones específicas: al conducir, en el elevador, al viajar en avión, etcétera.
- 5) Otros tipos: miedo al atragantamiento, al vómito, a infecciones, etcétera.

2.2. F41 Otros trastornos de ansiedad.

Esta categoría abarca trastornos en los cuales la manifestación de la ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a una situación específica del entorno (CIE-10, 1992). Puede haber también síntomas depresivos y obsesivos e incluso elementos de la ansiedad fóbica, siendo estos secundarios o menos graves.

Según Wilson (2001), cuando una persona sufre ataques de ansiedad en situaciones no determinadas, uno de los mayores obstáculos para la recuperación, se relaciona con el temor por parte del paciente de que estos ataques sean síntoma de una enfermedad grave.

41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

Según lo descrito por el CIE-10 (1992), el rasgo fundamental de los trastornos de pánico, son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico) que no se restringen a situaciones particulares o a un conjunto de circunstancias y que, por lo tanto son impredecibles. Entre los síntomas predominantes de dicha patología, se encuentran: 1) el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, sensaciones de asfixia y vértigo, 2) sentimientos de despersonalización y de irrealidad, y 3) hay también temor

secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Existe una mayor frecuencia de aparición en mujeres y la edad de aparición se sitúa entre los 25 y 30 años.

A pesar de que como se ha descrito, las crisis de angustia deben ser inicialmente espontáneas Massana y Massana (2005) sostienen que a medida de que avanza la enfermedad, las crisis suelen volverse situacionales. En consecuencia, Gorman y Shear (2006) señalan que las crisis de angustia pueden ser de varios tipos y entre las más frecuentes se encuentran: a) las crisis inesperadas (no se asocian a un determinante conocido), b) las crisis de angustia con predisposición situacional (se producen de manera más probable ante determinadas situaciones, aunque no es una característica obligatoria) y , c) crisis con determinante situacional (que se producen de manera casi inmediata tras la exposición a un desencadenante situacional).

El también llamado trastorno de angustia, debe ser diagnosticado sólo tras la aparición de crisis repetitivas durante un mes como mínimo y debe descartarse que sus efectos sean consecuencia de efectos fisiológicos de alguna sustancia, de la suspensión brusca de estos o bien de alguna enfermedad hormonal (Massana y Massana, 2005).

F40.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

Desde lo descrito por el CIE-10 (1992), este trastorno se caracteriza, por una ansiedad generalizada y persistente que no se restringe a ninguna circunstancia, es decir pareciera que “flota libremente”. Los síntomas principales son variables pero incluyen una permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, vértigo, atollondramiento y malestar epigástrico. En general los pacientes manifiestan temores a una próxima enfermedad, a algún accidente que bien le ocurra a ellos o a alguno de sus familiares.

Vallejo (2006), sostiene que el trastorno de ansiedad generalizada suele presentarse en niños, y su ansiedad generalmente se encuentra centrada en su propia capacidad, en el acierto de sus conductas, en su rendimiento y se extiende a situaciones poco familiares a él. Dentro del grupo de niños vulnerables para desarrollar esta patología, se encuentran aquellos pequeños perfeccionistas y rígidos que constantemente buscan seguridad en la confirmación y aprobación de los adultos. Dentro de las principales manifestaciones, los niños con dicho trastorno se presentan muy irritables, además de presentar la sintomatología común para el trastorno de ansiedad generalizada.

Al igual que la mayoría de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada se presenta en proporción dos mujeres por cada hombre y suele presentarse en forma comórbida con otros trastornos (trastorno de pánico, bipolar, trastorno de abuso o dependencia de sustancias y agorafobia).

F40.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular si se les considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y depresión y son lo suficientemente graves para ser considerados por separado, deben registrarse ambos y por lo tanto esta categoría no debe ser utilizada (CIE-10, 1992).

El concepto de dicho trastorno, corresponde a un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos como: ánimo deprimido, alteraciones del ritmo del sueño o alteraciones del apetito, apatía, disminución de la concentración o de la atención, abandono del autocuidado o pensamientos de muerte.

Este síndrome depresivo está acompañado por un cortejo de síntomas muy dispares (trastornos digestivos, mareos, palpitaciones) propios de la ansiedad generalizada.

2.3. F42. Trastorno obsesivo compulsivo.

Dentro del trastorno obsesivo compulsivo, se encuentra la presencia de pensamientos obsesivos o de actos compulsivos, recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran en la mente del paciente una y otra vez en forma estereotipada, estos pensamientos son angustiantes y a menudo el paciente intenta rechazarlos sin tener éxito; a pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios aun cuando estos sean involuntarios y repugnantes. Los actos o ritos compulsivos, son comportamientos estereotipados repetidos una y otra vez, no son agradables ni tienen un fin útil. Su función es prevenir algún suceso, objetivamente improbable; a menudo un daño causado a o por el paciente, quien teme que al romper el ritual el daño pueda ocurrir. Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento es ineficaz, por lo cual hace intentos repetidos para resistirse a él. Casi inevitablemente hay ansiedad, misma que empeora al tratar de resistir los actos compulsivos (CIE-10, 1992).

Se dice que en los trastornos Obsesivos compulsivos, con frecuencia se puede observar un patrón, en donde los pensamientos obsesivos generan una intensa ansiedad que se intenta aliviar con la ejecución de conductas compulsivas, en donde el alivio temporal que se siente, hace creer al paciente que la conducta fue eficaz y en donde desafortunadamente, los ciclos se repiten, pues los pensamientos vuelven a aparecer (Elliot y Smith, 2004). Estos trastornos aparecen de manera equitativa en hombres y mujeres (relación 1:1), apareciendo bien en la infancia o en los primeros

años de la vida adulta. Este trastorno suele tener un pronóstico de evolución crónico y variable que llega a ser incapacitante.

2.4. F43. Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación.

Esta categoría difiere de las otras por el hecho de que incluye trastornos identificables no sólo por su sintomatología y evolución, sino también por la existencia de una u otra de las siguientes influencias: 1) Un suceso vital excepcionalmente estresante que produce una reacción aguda de estrés, o 2) un cambio vital significativo que induce circunstancias desagradables prolongadas. Aunque el estrés psicosocial es menos grave (“sucesos vitales”) puede precipitar el inicio o contribuir a la presentación de diversas patologías, su presencia etiológica no siempre es clara y depende de la vulnerabilidad del paciente. Es decir, los sucesos vitales no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición y la forma del trastorno. Por el contrario se considera que los trastornos aquí agrupados surgen siempre como consecuencias directas del estrés grave o del trauma prolongado. El suceso estresante o las causas desagradables prolongadas constituyen el factor causal primario y esencial, al punto de que el trastorno no habría tenido lugar sin estos impactos. Los trastornos con esta categoría pueden ser considerados así como respuestas adaptativas patológicas al estrés grave o prolongado, en el sentido de que interfieren con los mecanismos de adaptación normales por lo cual inducen un deterioro del funcionamiento social del paciente (CIE-10).

43.0 Reacción al estrés agudo.

Trastorno transitorio que se desarrolla en una persona que no tiene ningún otro trastorno mental aparente, en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite un lapso de horas o días (máximo de 2 o 3 días). En la aparición y

en la gravedad de las reacciones agudas de estrés desempeñan un papel la vulnerabilidad individual y la capacidad de adaptación de cada persona. Los síntomas incluyen un cuadro cambiante y mezclado que comprende un estado inicial de aturdimiento con cierta constricción del estado de conciencia, con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. Este estado puede ser seguido tanto de un aislamiento ulterior de la situación circundante, como de agitación e hiperactividad. Con frecuencia hay signos de pánico grave ansioso (sudor, taquicardia y rubor). Habitualmente los síntomas aparecen minutos después del suceso y desaparecen dos o tres días después. Puede haber amnesia total o parcial del episodio (CIE-10).

F43.1 Trastorno de estrés postraumático

Según lo descrito por el CIE-10 (1992) este trastorno surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o situación estresante de naturaleza amenazante o catastrófica que probablemente causaría angustia generalizada a casi cualquier persona. Antecedentes como rasgos de la personalidad o bien historia de males mentales previos, inciden sobre una reducción del umbral, tras el cual se desarrolla el síndrome o se agrava su evolución, sin embargo ninguno de estos síntomas es suficiente para explicar su aparición. Sus características distintivas, incluyen episodios repetidos en los que se revive el trauma, aplanamiento emocional, desapego de los demás, falta de respuesta ante circunstancias, anhedonia, impedimento de actividades que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay una respuesta excesiva de alerta en la esfera autónoma, hipervigilancia, así como insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con los síntomas descritos y son frecuentes las ideas suicidas. El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un periodo de latencia que varía

desde pocas semanas hasta meses. La evolución es fluctuante y en algunos casos la evolución puede tener incurso crónico por años, generando cambios importantes de personalidad.

F43.2 Trastorno de adaptación.

Estados de angustia subjetiva y perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, que surge en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o suceso vital estresante. El factor estresante, puede haber afectado la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede también haber afectado un sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración) o bien haber representado una transición o crisis importante (jubilación, paternidad). La predisposición o vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación. Las manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación, sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar un futuro o continuar con la situación actual, así como deterioro para llevar a cabo la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastorno de conductas asociados, especialmente en adolescentes. El rasgo predominante puede incluir una reacción depresiva breve o prolongada, o una perturbación de otras emociones y conducta (CIE-10, 1992).

En general se dice que este trastorno tiene un pronóstico favorable con un tratamiento adecuado, en donde se retorna a un funcionamiento normal en un tiempo aproximado de tres meses (Bobes y cols., 2003).

2.4. F60.6 Trastorno de personalidad ansiosa (evasiva).

Trastorno de personalidad caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, inseguridad e inferioridad. Hay anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una

hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, conjuntamente con una restricción de los afectos personales y una tendencia a evitar ciertas actividades, por exageración habitual de los peligros y de los riesgos potenciales de las situaciones cotidianas (CIE-10, 1992).

Bloye y Davies (2000) señalan que la personalidad ansiosa, se acompaña también de sentimientos de inadecuación, evitando el establecimiento de relaciones personales y sociales, así como de una renuencia para asumir riesgos o formar parte de nuevas actividades.

3. Evaluación y tratamiento de los trastornos de Ansiedad.

Como se ha podido observar, el tema referente a los trastornos de ansiedad abarca una serie de patologías cuyos criterios diagnósticos están claramente definidos. Las pautas que dan pie al diagnóstico de dichas patologías, se encuentran principalmente en función del cumplimiento de una serie de síntomas que aparecen descritos en forma de cuadros en los cuales se logran evaluar síntomas fisiológicos, cognoscitivos y conductuales; así mismo buscan indagar el momento de la aparición, la evolución de la enfermedad, así como el tiempo durante el cual se han venido presentando los síntomas, incluyendo también la evaluación de factores medio ambientales que pudieran ser determinantes.

Evidentemente este estudio detallado va mostrando la pauta del tratamiento médico y psicológico logrando dar cuenta de un posible pronóstico hacia la mejoría del paciente. En consecuencia para conocer cual es el diagnóstico integral para la evaluación de los trastornos de ansiedad, es necesario referirse a los criterios diagnósticos ya determinados por manuales como el DSMIV o CIE10 pues las pautas diagnósticas son específicas para cada trastorno, sin embargo, a continuación se describen una serie de instrumentos que son de gran utilidad pues muestran un primer acercamiento hacia la sintomatología general que acompaña a los trastornos de ansiedad.

Considerando la amplitud de instrumentos existentes para la evaluación de los trastornos de ansiedad, Bobes y cols. (2001), han recopilado una serie de instrumentos, con los cuales esperan lograr en un primer momento evaluar la ansiedad en general, posteriormente utilizar otro instrumento que evite la contaminación de los

síntomas físicos en la medición de la ansiedad y la depresión, cerrando finalmente con un instrumento que evalúe en concreto el ataque de pánico.

1. Escala de Hamilton para la Ansiedad: Desarrollada en 1959, esta escala evalúa mediante 14 ítems la intensidad de la ansiedad, incluyendo aspectos psíquicos (cognoscitivos), físicos y comportamentales, incluyendo un ítem que evalúa específicamente el estado de ánimo deprimido, cuyo marco referencial son los últimos tres días para todos los ítems, excepto el último, que valora el comportamiento del sujeto durante la entrevista.

La escala Hamilton es heteroaplicada, es decir, el clínico se basa en su experiencia para decidir si los síntomas que se exploran están presentes y en que medida. Se cuenta con una escala tipo Likert de cinco valores (0-4) en donde 0 hace referencia a la ausencia del síntoma y 4 refiere una intensidad extrema del síntoma (Bobes y cols., 2001).

2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: Desarrollada por Zigmond y Snaith (1983, citados en Bobes y cols., 2001), tiene como fin detectar los estados de ansiedad y depresión en las personas en consultas externas no psiquiátricas. Esta escala, es autoaplicada pues el propio paciente es quien valora y asigna un valor a cada uno de los ítems. Este instrumento tiene como característica principal que en su elaboración, los autores tuvieron cuidado en que los datos no se contaminaran por síntomas atribuibles a las dolencias que llevan al paciente a la consulta externa de atención primaria.

Esta escala está formada por 14 ítems, la mitad de ellos evalúa ansiedad y la otra mitad evalúa depresión, además de estar basada en una escala Likert de 4 grados (0-4), con un marco de referencia de una semana.

3. Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (citado en Bobes y cols., 2001): Diseñada en 1995 con el fin de evaluar la gravedad del trastorno de pánico. Consta de 13 ítems que se agrupan en 5 escalas:

1. Ataques de pánico: enlista los síntomas más frecuentes para marcar cuáles se encuentran en el paciente (información descriptiva); 3 ítems evalúan la frecuencia de los episodios, la intensidad y el tiempo. Un cuarto ítem que no se contabiliza explora si las crisis son inesperadas o esperadas.

2. Agorafobia: Existe una lista de las situaciones que son mayormente evitadas por los pacientes, 3 ítems evalúan la frecuencia, el número de situaciones evitadas y la importancia que el sujeto les atribuye.

3. Ansiedad anticipatoria: Dos ítems evalúan la existencia entre los ataques de pánico y la ansiedad o temor ante la posibilidad de que estos se vuelvan a presentar, evaluando la frecuencia e intensidad.

4. Discapacidad: Tres ítems evalúan el grado de interferencia de los síntomas con las actividades de la vida cotidiana.

5. Preocupaciones por la salud: Dos ítems valoran las creencias del paciente sobre su trastorno, explorando hasta que punto el paciente cree que sus síntomas son de origen psíquico y que su organismo no va a sufrir repercusiones sobre sus ataques.

Existen dos formas en la aplicación de esta escala: la autoaplicada y la heteroaplicada, con una escala Likert de 5 valores (0 - 4).

Se puede decir que el tratamiento de los trastornos de ansiedad, gira en torno a dos ejes fundamentales que combinados ayudan al paciente a alcanzar una mejor calidad de vida en relación a su estado antes de iniciar el tratamiento, estos dos ejes son: el tratamiento médico y el tratamiento psicoterapéutico (cognitivo conductual).

3.1 Tratamiento Médico.

Dentro del tratamiento médico se supone que, se deben de seleccionar medicamentos adecuados para tratar la angustia (pánico), la ansiedad generalizada o ambas. Los antidepresivos, son inhibidores de la recaptación de serotonina y se han convertido en el tratamiento de elección del trastorno de angustia (pánico), esto por su eficacia, su perfil favorable de efectos secundarios y la ausencia de cardiotoxicidad (Cassem, 2002). Dado que el inicio de la medicación, estos fármacos pueden empeorar la situación del paciente, se recomienda comenzar con dosis más bajas de las que consistiría el tratamiento habitual.

Según Cassem (2002) se ha observado una mejoría significativa, después de dos o tres semanas a partir del inicio del tratamiento. Dentro de los efectos secundarios en el uso de antidepresivos, se pueden encontrar: náuseas, cefalea, disfunción sexual, apatía, además de otros síntomas gastrointestinales; en el caso de la interrupción del sueño, el tratamiento suele complementarse con el uso de algunos medicamentos hipnóticos.

Por otro lado el trastorno de ansiedad generalizada, suele tratarse con benzodiazepinas que constituyen pilar del tratamiento farmacológico ansiolítico. En comparación con los barbitúricos y los sedantes no barbitúricos (antes utilizados), las benzodiazepinas son ansiolíticos con menor efecto de sedación y menor morbilidad y mortalidad por sobredosis o suspensión brusca. (Cassem, 2002).

Para la elección del uso de benzodiazepinas, se debe decidir entre un efecto rápido o uno de comienzo lento para reducir la sedación, uno de acción corta cuando se requiera un aclaración rápido o uno de acción prolongada para disminuir los síntomas entre dosis y el rebote postratamiento. Dentro de sus efectos secundarios, se presenta

el síndrome de abstinencia (en relación con el tiempo de uso y la dosis medicada), aumentos de agresividad, hostilidad y ataques de ira, además de sumarse a los efectos causados por los demás depresores del sistema nervioso (Cassem, 2002).

3.2 Tratamiento psicológico desde la perspectiva cognitivo conductual

Por su parte, el tratamiento psicológico que ha sido reconocido para abordar de manera conjunta el tratamiento para los trastornos de ansiedad es el cognitivo conductual, que está basado en la combinación de técnicas cognitivas y conductuales. Evidentemente, cada trastorno cuenta con intervenciones y tareas específicas en las cuales se basa dicho tratamiento, sin embargo a continuación se presentan sólo los componentes más relevantes que acompañan el proceso de intervención, con el fin de rescatar elementos que describan la manera en la cual se lleva a cabo el proceso terapéutico desde esta perspectiva.

Jarret y Rush (1988, citados en Ruiz y Cano, 2002), sostienen que los objetivos de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad son: 1) reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica/ansiedad, 2) reducción de la conducta de evitación, huida o inhibición, 3) Facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento y 4) identificación y modificación de la base cognitiva del trastorno: distorsiones cognitivas y esquemas cognitivos (supuestos personales) que hacen vulnerable al sujeto a padecer ansiedad.

Todo proceso cognitivo conductual comienza con un proceso de evaluación, dentro del cual se incluyen cuestionarios, registros de auto observaciones, la elaboración de la historia clínica y el análisis funcional que da pie al comienzo de la intervención.

El proceso de intervención comienza con la socialización del paciente con el modelo cognitivo conductual, en donde se explica de manera sencilla y detallada al paciente la manera en que se trabajará durante las sesiones y la finalidad de la terapia. Posteriormente, se lleva a cabo de manera detallada la evaluación de pensamientos automáticos con el uso de auto registros, evaluando así la validez de los pensamientos y conductas asociadas, identificando los supuestos personales, que permitan al terapeuta hipotetizar sobre las variables que influyen en cada caso (Ruiz y Cano, 2002).

Una vez obtenidos y analizados los datos, se lleva a cabo la elaboración de un programa de intervención específico para cada caso, en el cual se especifican: el número de sesiones, las técnicas a utilizar, la duración de las sesiones y las tareas para casa.

Dentro de las técnicas cognitivo conductuales utilizadas en el tratamiento para los trastornos de ansiedad, Caballo (2002) describe las siguientes:

Técnicas Cognitivas:

*Cuestionamiento de pensamientos catastrofistas: en donde el terapeuta enseña al paciente a cuestionarse sus pensamientos catastróficos.

*Uso de la imaginación: el sujeto puede imaginar situaciones amenazantes y su afrontamiento con auto instrucciones de autocontrol.

*Reatribución de sensaciones internas: el sujeto aprende a buscar explicaciones más realistas a sus interpretaciones iniciales.

*Descatastrofización: el sujeto cuestiona sus predicciones negativas en base a la evidencia.

*Distracción: parada y cambio de pensamientos negativos, uso de tarjetas con listado de recuerdos positivos o características positivas del sujeto.

*Inoculación al estrés: el terapeuta identifica los diálogos internos del sujeto antes-durante-después de enfrentarse a la situación fóbica y su conexión con el afecto y conducta en cada fase.

*Identificación de los supuestos personales: el terapeuta suele utilizar la llamada “flecha descendente” para detectar los significados asociados a las anticipaciones negativas.

*Debate de creencias irracionales (supuestos personales): utilizando los principios de la R.E.T el terapeuta modela el como el paciente puede debatir las creencias disfuncionales que son la base de su trastorno.

Técnicas conductuales:

*Técnicas de relajación: induce distracción cognitiva y habilidad para la reducción de la activación ansiógena.

*Entrenamiento asertivo: dirigido a aumentar la habilidad de autoafirmación del sujeto y la reducción de inhibiciones conductuales.

*Técnicas de exposición: cuando es posible identificar situaciones respectivas y frecuentes relacionadas con la ansiedad, el sujeto puede aprender a enfrentarlas sin evitarlas (en vivo y/o en imaginación) de modo que se habitúe a ellas y desconfirme sus expectativas.

*Focalización sensorial: el paciente aprende a prestar atención a sensaciones internas agradables.

*Control respiratorio: ejercicios graduales para aumentar la respiración abdominal.

*Indicaciones educativas: Se instruye de manera educativa al paciente mediante técnicas que le ayuden a reducir los síntomas de ansiedad.

*Entrenamiento en habilidades sociales: indicado sobre todo en casos donde el sujeto no tiene habilidades para afrontar situaciones sociales y que refuerzan las cogniciones de incompetencia personal.

*Entrenamiento asertivo: es un tipo de habilidad social indicada en casos de inhibición social e incompetencia social.

Finalmente es importante destacar que actualmente, son cada vez más las instituciones relacionadas con la salud, que sostienen que el tratamiento cognitivo conductual ha mostrado evidencia de su alta eficacia por sí sólo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y se ha entendido que este tratamiento no sólo funciona como apoyo al tratamiento farmacológico, sino que dadas sus características es un herramienta fundamental para la mejora en la calidad de vida de los pacientes con trastornos de ansiedad. En consecuencia cada día son más los profesionales que ven un tratamiento integral cuyo principal apoyo sea la psicoterapia cognitiva conductual (Caballo, 2002).

CONCLUSION

Hablar de trastornos de ansiedad, implica incluir una serie de patologías cuya característica principal es, la presencia de un conjunto de síntomas que da cuenta de lo denominado por Cía (2002), como ansiedad patológica; haciendo referencia a esta como una respuesta exagerada ante la nula existencia de peligros reales u objetos externos. Se ha estudiado que esta respuesta ansiosa, puede convertirse en incapacitante, debido a que afecta al individuo en tres dimensiones distintas: la fisiológica, la cognitiva y la psíquica; por lo que las respuestas que generan llegan a ser ante un mal diagnóstico confusas y por ende el tratamiento inicial a estas patologías es inadecuado.

Curiosamente a pesar de que el estudio de los trastornos de ansiedad data de hace varios años, poco se sabe a cerca de estos; pues fue hasta hace poco que se aceptó la presencia de factores no médicos como determinantes de la ansiedad. Dentro de las perspectivas psicológicas que intentan dar cuenta del porqué de estos trastornos, destacan tres: la perspectiva psicodinámica, la conductual y la cognitiva.

La perspectiva psicodinámica se basa en lo descrito por Freud (1999) como neurosis de angustia para explicar los síntomas de ansiedad, entendiendo esta como una fuerza psicológica propia a una señal de peligro, aunque perspectivas actuales entienden a la ansiedad como un impulso implacable que intenta liberarse. Por su parte la perspectiva conductual, se basa en la presencia de factores ambientales generalmente desagradables para el individuo como desencadenantes de la ansiedad. Mientras que la perspectiva cognoscitiva del modelo de Beck habla de esquemas desadaptativos que distorsionan la manera en cómo se percibe e interpreta la información, haciendo que las personas con algún trastorno de ansiedad se conviertan

en hipersensibles a los aspectos dañinos de una situación, interpretando estímulos ambiguos como amenazantes (Cía, 2002).

Es interesante señalar que, de cada una de estas perspectivas la conductual ha recibido fuertes críticas; debido a que atribuye la aparición de la respuesta ansiosa a factores externos, sin embargo, existen diversos estudios que sostienen que en muchas ocasiones las bases conductuales para la aparición y mantenimiento de una conducta no se manifiestan en la presencia de los trastornos de ansiedad; probando que ésta perspectiva sólo puede ser aplicable en su totalidad en estudios con animales (Hollander y Simeon, 2004). A pesar de lo anterior, es interesante destacar que manuales especializados como el CIE-10 y el DSMIV, reconocen a la terapia cognitivo conductual como la opción psicoterapéutica de elección.

Por otra parte, es sumamente importante analizar lo dicho por el modelo médico, pues a pesar de que ha sido estudiado el origen biológico de la ansiedad psicopatológica, encontrando la aparición de tres neurotransmisores: noradrenalina, serotonina y GABA, como responsables de desencadenar dicha respuesta (Ganong, 2001), aún no se sabe si existe algún determinante biológico responsable de que la ansiedad patológica sólo se desencadene en algunas personas.

Es importante destacar también que, aún cuando la respuesta ansiosa es la característica principal que distingue a los denominados trastornos de ansiedad, esta respuesta suele manifestarse en formas distintas, destacando tres: 1) las que se presentan de manera brusca y episódica, 2) las que se presentan de manera continua y sin crisis y 3) las que se presentan tras un momento de estrés identificable (Galletero y Guimón, 1989, citados en Echeburúa, 1998).

Tras lograr identificar los diversos modos en los cuales se manifiesta la respuesta ansiosa, se ha logrado hacer una clasificación general en la cual se engloban todas las psicopatologías pertenecientes a los trastornos de ansiedad; los manuales encargados de realizar dicha clasificación son, el CIE-10 y el DSMIV, en donde se logran identificar algunas diferencias en cuanto al orden de la clasificación, a pesar de ello es importante destacar que su base parte justo de las diversas formas en la cual la respuesta ansiosa se manifiesta, por lo que al final estas diferencias terminan siendo poco significativas en relación a la explicación de los componentes de los trastornos de ansiedad.

Evidentemente dado que hablar de trastornos de ansiedad implica incluir diversas psicopatologías, existen diversos teóricos que dan cuenta de ellas, sin embargo dicha recopilación es muy extensa; por lo que, es fundamental resaltar aspectos básicos como: a) tener en cuenta que, los trastornos de ansiedad pertenecen a distintas subclasificaciones, dependiendo de la presencia o ausencia de estímulos externos como determinantes de la aparición de la respuesta ansiosa, de la etiología del trastorno y del carácter de sus síntomas, y b) saber que en la mayoría de casos, los síntomas aparecen en forma progresiva y no desaparecen solos, así como tener presente que en fases iniciales, una buena parte de estas psicopatologías, si no es que todas, logran controlarse sólo con apoyo psicoterapéutico, dejando la opción de medicación para fases más severas.

Es importante resaltar que se espera que para años posteriores, exista una creciente en la aparición de los trastornos de ansiedad a nivel mundial, debido al ritmo de vida al cual están sujetos las personas. En México la última encuesta epidemiológica de psiquiatría publicada reveló que del total de las enfermedades mentales, los

trastornos de ansiedad fueron los que encabezaron la lista, con un total del 14.3%, con lo que se demuestra que dichas patologías prevalecen de manera constante en la población mexicana (Medina- Mora y cols., 2003).

Desafortunadamente aun hoy día, con todo y una clasificación clara y precisa de la sintomatología de los trastornos de ansiedad, estos son generalmente mal diagnosticados debido a dos razones esenciales: 1) las manifestaciones físicas que en diversas ocasiones llegan a ser confundidas con síntomas de otras patologías y 2) que la atención primaria generalmente es deficiente y su único fin es el control de síntomas más no la elaboración de un diagnóstico de calidad.

Por lo anterior y ante un mal diagnóstico, el andar del paciente con trastornos de ansiedad llega a ser cansado, desesperante y desalentador; en donde tras una ardua búsqueda de respuestas, lo único que se consigue es incrementar la presencia de los síntomas y hacer creer con ello al paciente que su problema no tiene solución. Esta característica del proceso de diagnóstico de los trastornos de ansiedad obliga a todo clínico a conocer los fundamentos básicos de los trastornos de ansiedad, abriendo con ello la posibilidad de explorar mediante una serie de instrumentos si la sintomatología presentada corresponde a factores psicológicos más que fisiológicos; brindando así la posibilidad un tratamiento adecuado que garantice al paciente la mejora en su calidad de vida.

Afortunadamente, actualmente existe el conocimiento de que existe un tratamiento que funciona de manera eficiente ante la presencia de algún trastorno de ansiedad, mostrando que tanto el uso de fármacos como la psicoterapia cognitivo conductual mejoran notablemente los síntomas del paciente, logrando que en muchos casos estos desaparezcan.

Dentro de los fármacos utilizados, se destacan: el uso de antidepresivos para los trastornos de angustia y el de benzodiazepinas para el tratamiento de ansiedad generalizada. El tratamiento psicológico de elección es el cognitivo conductual en donde se incluyen diversas técnicas tanto cognitivas como conductuales que logran mejorar el control de los síntomas; es importante destacar que en muchos casos la psicoterapia es el tratamiento inicial para trastornos de ansiedad no graves, dando como consecuencia excelentes resultados.

Se dice entonces, que la psicoterapia cognitivo conductual cobra especial relevancia pues es el factor cognitivo la base psicológica a partir de la cual se explican la mayoría de manifestaciones de la respuesta ansiosa, y que en combinación con técnicas conductuales, se logra alcanzar un manejo integral tanto de conductas como de pensamientos que son el origen o bien que mantienen la ansiedad patológica.

Finalmente y tras la revisión de los diversos componentes de los trastornos de ansiedad, quedan rescatar dos elementos fundamentales con los cuales se logra cerrar el objetivo del presente trabajo: 1) entender y tener siempre presente que el ser humano es un ente integrado y en consecuencia debe ser entendido y estudiado como tal sabiendo que, en el caso específico de los trastornos de ansiedad se ven implicadas diversas esferas que explican su génesis y desarrollo, por lo tanto es imposible entenderlos sin la base fisiológica o sin la base psicológica y 2) ante la evidencia de los malos diagnósticos iniciales y dado que lo psicológico es un elemento crucial en la aparición de dicho trastorno el psicólogo debe empaparse del conocimiento que le permita brindar al paciente un diagnóstico y tratamiento adecuado que le permita una mejora en los diversos aspectos en los que se está viendo afectado.

REFERENCIAS

Abe, K. & Pérez, C (1972). Determinantes Genéticos de las variables psicofisiológicas. *Revista latinoamericana de Psicología* 4 (1), 75 – 88

Bloye, D. & Davies, S. (2000). Trastornos de personalidad. En: *Curso Crash de Mosby, lo Esencial en Psiquiatría*. Madrid: Elsevier España SA pp 173 – 177

Bobes, J. Bousaño, M. Gonzáles, M. y Saiz, P. (2003). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria*. Barcelona: Masson.

Caballo V, (2002). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad. En: *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (vol. 1): trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid: Ed. Siglo XXI

Cassem, N. (2002). Tratamiento farmacológico de la ansiedad. En: *Manual de psiquiatría en hospitales generales (4ª ed)*. Madrid: Elsevier España pp 205- 217.

Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos. Manual de diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos

Echeburúa, E. (1998) Clasificación de los trastornos de ansiedad. En: *Avances en tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámide pp 22 – 39

Elliot, C. & Smith L (2004). Conozca la ansiedad: qué es y qué no es normal. En: *Ansiedad para Dummies*. Bogotá Colombia: Norma pp 21 – 45

Fauman, M. (2003). Trastornos de ansiedad. En: *DSM-IV-TR: Guía de estudio*. Barcelona 143 – 155

Frances, A. & Ross, R. (2002). Trastornos de Ansiedad. En: *DSM-IV-TR: Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*. Barcelona: Masson pp. 143 – 150

Freud, S. (1999). La neurastenia y las neurosis de angustia. En: *Obras completas*. Buenos Aires Amorrortu

Ganong, W (2001). *Fisiología médica*. Estados Unidos: Manual moderno pp 283, 110, 287, 213, 286, 117

Gómez, G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. *Informes Psicológicos* (1) Medellín Colombia pp 101-119

Gorman, J & Shear, K. (2006). Guía clínica para del trastorno de angustia. En: *Guías clínicas para el tratamiento de trastornos psiquiátricos*. Estados Unidos: American Psychiatric Association Ars Medic

Hollánder, E. y Simeon D (2004). Epidemiología de los trastornos de Ansiedad. En: *Guía de trastornos de Ansiedad*. Barcelona: Masson pp 1 – 13

Hollander, E., Simeon, D. (2004). Teorías psicológicas. En: *Guía de trastornos de ansiedad*. España: Elsever pp 127- 135

Massana. J y Massana G (2005). Trastorno de ansiedad. En: *El miedo sin causa*. Barcelona: Morales Itorres Editoriales, Sl. Pp 13- 77

Medina-Mora M, Borges G, Muñoz C, Benjet c, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. (26) 4 pp 1 - 16

Organización Mundial de la Salud. CIE – 10 (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.

Ruiz, J. y Cano, J. (2002). Tratamiento de los trastornos de ansiedad. En: *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. España: R & C Editores pp. 101- 118

Vallejo, J (2006).Trastornos de personalidad. En: *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Pp 830- 839 Barcelona: Masson

Wilson, R. (2001). *No al pánico. Cómo controlar los ataques de angustia*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.