

### **T. 3: SÍNDROMES CLÍNICOS DE LA ANSIEDAD**

La ansiedad es una respuesta adaptativa, el problema surge cuando es demasiado intensa, frecuente o persistente.

Trastorno de ansiedad: presencia predominante de síntomas de ansiedad (irracionales, excesivamente intensos, persistentes y perturbadores)

Modelo categorial (DSM) (vs) Modelo dimensional

↳ Mejor para la comunicación, clasificación y predicción

La entrevista ADIS- M: procedimiento diagnóstico específico del DSM.

### **DMS-IV-TR (+ TOC, TEPT, TEA):**

#### **1. TRASTORNO DE PÁNICO (TP)**

Antes: neurosis de ansiedad (DSM-II) → Estado de ansiedad (DSM-III).

Y la agorafobia tenía primacía sobre el trastorno de pánico

+ DSM-III-R: TP (= T. con presencia recurrente de ataque de pánico) con/sin agorafobia

La agorafobia es secundaria al trastorno de pánico (idea no compartida por la OMS)

DSM-IV-TR:

- Ataques de pánico (crisis de angustia) inesperados recidivantes (en el DSM-III-R: 4/1 mes)
- al menos uno es seguida durante 1 mes (o+) de (1):
  - o inquietud a tener más ataques
  - o preocupación por sus implicaciones o consecuencias
  - o cambio del comportamiento
- no se debe a enfermedad (colon irritable, válvula mitral, hipertiroidismo) ni sustancia (cafeína...)
- no se explica mejor por f. social, f. específica, TOC, TEPT, T/separación

Definamos **EL ATAQUE DE PÁNICO** (o crisis de angustia)(antes: ataque de ansiedad):

La denominación ataque de pánico suele emplearse para denominar la experiencia, de aparición brusca (súbita), de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos.

**Freud** destacó tres características principales:

- Comienzo espontáneo y brusco de intensa ansiedad.
- Presencia de síntomas físicos destacados.
- Miedo a morir o estar enfermo.

En el **DSM-IV** se define el síndrome del ataque de pánico como un episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan el pico en los 10 minutos al menos cuatro de los siguientes síntomas (que son, sobre todo, de naturaleza somática):

1. Palpitaciones, golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas musculares.
4. Sensación de respiración dificultosa o ahogo.
5. Sensación de asfixia.
6. Dolor o molestias en el pecho.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o pérdida de conciencia.
9. Ráfagas de frío o calor.
10. Parestesias (sensaciones de adormecimiento o cosquilleo)
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse separado de sí mismo).
12. Miedo a perder el control o volverse loco.
13. Miedo a morir.

Otros datos:

- Los síntomas + frecuentes (80%): palpitaciones, vértigos..., temblores.
- Mito: son espontáneos.  
¡No! A veces ni siquiera el 1º (**Barlow**). Otros dicen que solo el 1º
- Omnipresentes (=común en todos los T. de ansiedad)
- **Norton**: También en población normal (síndrome de pánico no clínico) (vs) Clínico.  
Situación de tipo social/evaluativo (vs) AP inesperado +cognitivos
- ≠ Trastorno de pánico
- Tipos de AP:
  - Barlow (4): señalado/no \* esperado/no
  - DSM-IV-TR: inesperado; predispuerto situacionalmente; limitado situacionalmente  
(TP) (TP con A; fobia social y específica) (Fobia social y específica)

¿Cómo son los ataque de pánico en los trastornos de ansiedad?:

a) **Klein y Klein**: son cualitativamente distintos:

Inesperado y Predispuerto situacional. (vs) Limitado situacional.  
(≈ R. farmacológica y epidem.) TP/Agorafobia (+ F. social y F. específica)

b) **Craske**: sintomatología ≈. (El libro apoya esta versión)

Nota: hay escasas investigaciones para probar específicamente las diferencias en los perfiles de respuesta del AP.

- **Rapee:** Ataque de pánico ≠ Respuesta de miedo/ansiedad (fobias, TOC)
  - ↳ Más sintomatología fisiológica (ej. parestesia) y más cognitivas/catastrofistas
  - Diferencias significativas: vértigos..., respiración dificultosa, desmayos y parestesias.

Pero, ¿las diferencias son cuantitativas o cualitativas?



- Si son cuantitativas: los AP reflejan mayor grado de ansiedad que el miedo: síntomas más intensos (¿?) y más comunes (¡sí!).
- Si son cualitativas (elección de Rapee): perfil diferencial
  - AP: componentes cognitivos
  - Causa: + vigilancia hacia las sensaciones corporales

¡Existen ≠ claras entre las R de AP y las R a E. fóbicos cuando se comparan ambos tipos de pacientes; pero no está tan claro cuando ambos cuadros se dan en la misma persona (la única diferencia es la parestesia).

- Todo lo dicho se aplica también a niños y adolescentes, salvo que estos refieren menos cogniciones.

Por otra parte, habrá que decidir si el Trastorno de pánico es con/sin **AGORAFOBIA**.  
(El TP con agorafobia es el T. de ansiedad más frecuente en clínica)

Tras AP ---> ansiedad anticipatoria (fobofobia) ---> miedo a sufrir otros AP inesperados: sin agorafobia  
---> miedo Ω a E externos: con agorafobia

**Agorafobia:** - lugares/situaciones donde escapar o recibir ayuda es difícil o embarazoso;  
(lugares públicos) - se evitan o se resisten con gran malestar/ansiedad o con compañía  
- no se explica mejor por f.social, f.específica, TOC, TEPT, T/separación  
Especificar si: leve, moderada o grave

Son situaciones típicamente agorafóbicas:

- Estar solo fuera de casa.
- Estar en lugares concurridos. En especial en teatros, restaurantes, centros comerciales e iglesias.
- Estar en espacios cerrados.
- Viajar en transportes públicos.
- Conducir en autopistas.
- Estar en un puente.
- Hacer cola.
- Estar sentado en la silla del dentista o de la peluquería.

Investigación:

- T.P. sin agorafobia: no excesiva perturbación
- Con agorafobia: el de mayor malestar, desajuste e incapacitación de entre todos los T. de ansiedad
- Muchos agorafóbicos leves/moderados desarrollan estrategias de coping.

**Noyes:** compara pacientes sin/con agorafobia (con evitación grave y limitada –leve/moderada-)

- Los de evitación grave: mayor gravedad clínica y menor remisiones.
- No hay diferencias significativas en deterioro marital, social, laboral, alcohol y depresión. Aunque:
  - Hay más pacientes con desajuste marital, social, laboral y alcohol entre los no agorafóbicos que entre los agorafóbicos con evitación limitada.

En laboratorio y pruebas de autoinforme:

Cuando se compara TP/agorafobia con f. sociales o específicos, en el TP/agorafobia hay mayor grado de alteración fisiológica (+labilidad electrodermal, -habituaación electrodermal a E. aversivos) y psíquica (+ ansiedad, depresión y quejas somáticas)

## 2. TRASTORNOS FÓBICOS

Miedo intenso + evitación (o se soporta con intensa ansiedad) a estímulos/situaciones específicos que no justifican tal intensidad de respuesta (la persona es consciente del exceso o la irracionalidad. Si es niño, no).

**Torgersen** (A.F.= 5):

- fobia de separación
- a los animales
- de mutilación
- sociales
- a la naturaleza

**Arrindel** y col. (A.F. = 4):

- a situaciones interpersonales
- a la muerte ...
- animales
- miedos agorafóbicos (podrían incluirse los de “ambiental/naturaleza”)

En el **DSM-IV-TR** considera tres formas básicas o categorías de fobias:

1. Agorafobia.
2. Fobia específica. Dentro de la cual distingue:
  - tipo animal
  - tipo ambiental
  - tipo sangre-inyecciones-daño
  - tipo situacional
  - Otros tipos
3. Fobia social

### 1. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico

- No tiene miedo al ataque de pánico, aunque sí a alguno de sus síntomas (fobofobia).
- Será fobia específica si se limita a una o muy pocas situaciones específicas.
- Muy raro en clínica; y muy común en población general (+ que el trastorno de pánico)
- ECA: Más de 2/3 de todos los agorafóbicos (70%) nunca han tenido AP. (Pero en los estudios clínicos la mayoría de los agorafóbicos ha tenido AP)
- Sobre la discrepancia clínico-epidemiológica ¡¡cautela con el DIS (Horwath), pero...

Es una entidad distinta al TP y no debe ser subsumida por él.

### 2. Fobia específica

Es el T. de ansiedad más frecuente en la población general.

Son las menos incapacitantes o perturbadoras de las fobias.

- No si se explica mejor por otro TM (TOC, ansiedad/separación, TEPT...)
- Puede haber ataque de pánico limitado o predisuesto situacionalmente
- Suelen tener su origen en la infancia y adolescencia.
- En niños: llanto, rabietas, inmovilización o apego físico;
- La tipo sangre-inyecciones-daño tiene un patrón de respuesta único: es un patrón difásico.

---> Tratam. diferente: hay que aumentar la frecuencia cardíaca y la presión sistólica ante los E fóbicos.

### DMS-IV-TR:

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.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

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

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

### 3. Fobia social

Miedo a una o más situaciones sociales en las que la persona es expuesta a desconocidos o a la evaluación de los demás. Teme actuar (o mostrar ansiedad) de modo humillante o embarazoso.

- Puede haber ataque de pánico limitado o predispuesto situacionalmente.
- En niños: con iguales (no con adultos); tiene hh; se expresa con llanto, rabietas, inmovilización o recogimiento. Factor de riesgo para Agorafobia de adultos.
- Especificar si “generalizada” (vs circunscrita) ; y si es así, considerar T. Personalidad por evitación.
- Inicio: adolescencia.
- Co-: fobias específicas y agorafobia.
- No es tan incapacitante como la agorafobia

#### DMS-IV-TR:

**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. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

**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. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

Investigación:

**Heimberg** et al.: ≠ demográficas, clínicas y de respuesta al tratamiento según el tipo de f. social.

Tres dimensiones + conjunto residual:

- Centro de atención (hablar/interaccionar formalmente): ser observados por otros y hablar en público.
- Interacción social (hablar/interaccionar informalmente): desconocidos, fiestas, conocer a alguien
- Interacción asertiva: expresión desacuerdo o desagrado
- Comer y beber en grupo

**Beidel y Turner:** el miedo a hablar en público es experimentado por cerca el 90% de los niños con f. social.

#### **4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

La ansiedad no se limita a una situación particular, sino que ocurre de forma crónica, sin que la persona sea capaz de discriminar qué situaciones producen exactamente sus síntomas.

Responde a señales internas y a señales externas de amenaza muy sutiles y de amplio rango de contenidos.

Sintomatología primaria: “expectativa de aprensión” o preocupación.

- Preocupación crónica bastante inespecífica, relacionada con múltiples aspectos de la vida.
- Los trabajos del grupo de Borkovec y del grupo de Barlow: la preocupación crónica.
  - Preocupación patológica
  - Excesiva preocupación no controlable
  - PSWQ

#### Evolución a través del DSM:

- En el DSM-III (mal definido): no entidad específica, sino trastorno residual de ansiedad básica; baja fiabilidad.
- En el DSM-III-R: entidad propia. Síntoma central: la ansiedad y preocupación no realistas y excesivas; no mejoró la fiabilidad.
- El DSM-IV y IV-TR: mejora los criterios de diagnóstico:
  - o ansiedad y preocupación... 6 meses sobre diversos...
  - o dificultades para controlarla
  - o 3/6 (1/6 en niños)
  - o Malestar o deterioro
  - o Ni por enfermedad (ej. hipertiroidismo) ni sustancias

Y asimila (incluye) el antiguo Trastorno de hiperansiedad de la infancia/adolescencia.

- El DSM-IV-TR: reduce la descripción de manifestaciones somáticas y resalta la necesidad de diagnóstico diferencial (TEPT, depresión, Trastorno psicótico, hipocondría, trastorno generalizado del desarrollo, otros trastornos de ansiedad...)

#### DSM-IV-TR:

**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).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

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

Otros datos:

- Presentan reacciones de activación autónoma más modestas que el resto de los pacientes con ansiedad.
- Predominan los síntomas somáticos relacionados con tensión y vigilancia.
- Otro instrumento de medida (breve y de autoinforme): GADQ-M

## 5. TRASTORNOS ASOCIADOS A FACTORES BIOLÓGICOS

Su ausencia fue motivo de crítica al DSM-III (y III-R).

Dos tipos de trastornos (según etiología):

- debido a condición médica general
- por sustancias (I/SA): alcohol, anfetam., cafeína, cannabis, cocaína, hipnosedantes y ansiolíticos

Sintomatología central: elevada ansiedad (TAG), ataques de pánico, obsesiones o compulsiones.

## 6. SÍNDROMES DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA: T. DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

DSM-III: Tres trastornos de ansiedad en la infancia/adolescencia:

- Trastorno de evitación (= Fobia social en el DSM-IV)
- Trastorno de hiperansiedad (= TAG en el DSM-IV)
- Trastorno de ansiedad de separación (TAS). Es el único que queda en el DSM-IV-TR

El **TAS** ha sido mal estudiado:

- Confundido con el concepto de “ansiedad de separación/materna” de Bowlby.
- Como sinónimo de fobia escolar

El **TAS** = Presencia de ansiedad excesiva para la edad, asociada a la separación del hogar o de las personas...

- 3/8 durante 4 semanas; antes de los 18 años; malestar o deterioro; inicio temprano (-6 años)
  - o Manifestaciones cognitivas (preocupación, miedo o malestar)
  - o Síntomas psicósomáticos (pesadillas, síntomas físicos)
  - o Manifestaciones conductuales (resistencia, rechazo, evitación)

**DMS-IV-TR:**

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

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

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

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

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

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

Especificar si:

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

- Problema: la heterogeneidad; ¿edad adecuada? ¿-6?
- Las formas +graves: notable deterioro del desarrollo social y personal; ataques de pánico; problemas relacionados con el sueño.
- Co-: miedos y fobias específicas.
- ¿Factor de riesgo para el T. de pánico y de la Agorafobia? Habría formas de TAS → T. de pánico.

## 7. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más frecuentes en la población y en la clínica.
- Más en mujeres que en hombres.

- Estudios ECA y MFS
- Curso: crónico (TAG), agudo (fobia específica) o intermedio (TP con agorafobia).

### 7.1. EDADES DE COMIENZO

TRASTORNO	EDAD DE COMIENZO		SEXO VARON/MUJER	PROPORCIÓN
Trastorno de pánico (con/sin agorafobia)	20-35	Los más tardíos (raros + 40 años)	1:2	
Agorafobia sin pánico	20-30		1:5	
Fobia específica	Infancia Adolescencia		1:4	
Fobia social	Infancia Adolescencia 15-20: mayor riesgo		Mayor en mujeres	
TAG	Cualquiera 20-30		1:1,5	
TOC	Adolescencia Juventud		1:1 1:6 limpieza 3:1 chequeo	
TEPT	Cualquiera		Variable 1:2	
Trastorno de ansiedad por separación: TAS	6-11		1:2	
Trastorno de hiperansiedad	12-18		1:1	
Cualquier trastorno de ansiedad	15		Mayor en mujeres	

Estudio NCS: en general, son de aparición temprana (X= 11 años); la mayor parte entre los 6 y los 21 años.

Como muchos tienen un curso crónico o recurrente se pueden ver en edades avanzadas. P.ej. las fobias son más comunes a los 65 años que entre los 30 y 50 años (ECA).

### 7.2. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Son los trastornos psicológicos más frecuentes entre la población general y la clínica.

NCS: + 28% de la población ha sufrido algún trastorno de ansiedad.

ECA y NCS (epidemiológicos):

- Los más frecuentes en la población: fobia específica y fobia social.

- Más miedos en la infancia (43% entre los 6 y 12 años muestran 7 o más miedos subclínicos)
  - o Entre 4 y 17 años: oscuridad, colegio y perros.
- El segundo trastorno más frecuente en la población: TAG
  - o Tras el DSM-III-R han incrementado mucho.
- TEPT: prevalencia variable.
- El menos prevalente: el pánico sin agorafobia.
- El ataque de pánico es muy común tanto en adolescentes como en adultos. Y muchos con “síndrome de pánico no clínico”

### 7.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

ECA:

- Sexo: femenino (sobre todo en fobias específicas, agorafobia y pánico).
  - o En TOC, fobia social (y a veces en el TAG): no diferencias relevantes.
  - o En el TOC hay ≠ respecto al contenido:
    - Ellas: limpieza
    - Ellos: chequeos
- Estatus marital: + fobias, pánico y TAG en separados, viudos y divorciados (vs solteros y casados).
  - o Aunque + prevalencia actual o semestral del trastorno de pánico en solteros o solos, que entre casados o juntos.
  - o Sin relación con el TOC
- Educación: niveles bajos (ej. pánico, fobias y TOC)
- Estatus de empleo:
  - o + prevalencia vital respecto al trastorno de pánico y agorafobia en amas de casa y desempleados que en empleados.
  - o + en trabajos de menor especialización
- Niveles socioeconómicos bajos:
  - o TAG o pánico. Pero datos no consistentes (≠ según el sexo)
  - o Con dificultades económicas: Tasas elevadas de fobias y trastorno de pánico
- Diferencias étnicas:
  - o + trastornos fóbicos en raza negra (no en otros). ¡Precaución!