

Trastornos de Ansiedad

Dr. Antonio Cano Vindel

Dra. Esperanza Dongil Collado

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad
y el Estrés (SEAS)



Trastorno de Pánico con y sin Agorafobia

Dr. Antonio Cano Vindel

Dra. Esperanza Dongil Collado

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad
y el Estrés (SEAS)



Índice

- Criterios diagnósticos
- Diagnóstico diferencial
- Instrumentos de evaluación
- Modelos de tratamiento
- Casos

¿En qué consiste el trastorno de pánico?

- El trastorno de pánico consiste en la repetición con cierta frecuencia de ataques de pánico (también llamados ataques de ansiedad, crisis de angustia o panic attacks)
- Los ataques de pánico son reacciones extremas de ansiedad que se producen inesperadamente, no se pueden controlar, alcanzan su punto máximo de activación en unos 10 minutos, se viven con gran malestar, sentimiento de desasosiego, pérdida de control y una gran angustia o pánico
- El temor a sufrir nuevos ataques de pánico, especialmente si no se tiene información, hace que los pacientes dediquen gran atención a sus sensaciones físicas y las interpreten de una manera magnificada

Criterios para el diagnóstico de ataques de pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o
10. despersonalización (estar separado de uno mismo)
11. miedo a perder el control o volverse loco
miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Criterios para el diagnóstico de F41.0

Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
 - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
 - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

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

Criterios para el diagnóstico de F41.0

Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)

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

Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

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

Criterios para el diagnóstico de F40.01

Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)

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

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

- Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]).
- **A.** Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.
- Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

- **B.** Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- **C.** Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)

- A.** Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).
- B.** Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.
- C.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D.** Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders –Clinician Version)

- SCID-I. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica SCID-I. Cuaderno de aplicación. Michael B. First, Robert L. Spitzer, Miriam Gibbon, Janet B. W. Williams. Editorial Masson. 1999.
- Trastorno de Angustia. Páginas 65-69
- Se trata de una entrevista diagnóstica que permite diagnosticar el trastorno de pánico con y sin agorafobia

SCID (Trastorno de pánico)

Structured Clinical Interview for DSM Disorders

SCID-VC. Cuaderno de aplicación

F. Ansiedad y otros trastornos

F. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y OTROS TRASTORNOS

TRASTORNO DE ANGUSTIA

F1

¿Alguna vez ha experimentado crisis de angustia en las que de repente se ha sentido asustado o ansioso o de repente manifestó gran cantidad de síntomas físicos?

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE:
¿Alguna vez han aparecido estas crisis completamente por sorpresa en situaciones en que no esperaba encontrarse nervioso o incómodo?

SI NO ESTÁ CLARO: ¿Cuántas crisis de este tipo ha tenido? (¿Como mínimo dos?)

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DE ANGUSTIA

A. (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

F1

Si F1 es codificado «-» (es decir, no existen crisis inesperadas recurrentes), diríjase a F25, página 70 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*).

SCID (Trastorno de pánico)

F2

Después de alguna de estas crisis...

¿Le preocupaba que algo malo le pudiese estar ocurriendo, como que hubiese tenido un ataque de corazón o se hubiese vuelto loco? (¿Cuánto tiempo le preocupó eso? ¿Como mínimo un mes?)

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Estuvo preocupado por padecer otra crisis? (¿Durante cuánto tiempo estuvo preocupado por ello? ¿Como mínimo un mes?)

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE:
¿Hizo algo diferente debido a las crisis, como evitar determinados lugares o no salir solo? (¿Y evitar determinadas actividades como el ejercicio? ¿Y cosas como asegurarse siempre de tener cerca unos aseos o una salida?)

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

F2

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

Si F2 es codificado «-» (es decir, no existe preocupación persistente por tener más crisis o por sus implicaciones y no se observan cambios en el estilo de vida), diríjase a F25, página 70 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*).

Patient Health Questionnaire (PHQ)

- El Cuestionario de Salud del Paciente es una prueba de cribado, validada para ser usada en Atención Primaria
- Mediante el autoinforme del paciente a unas sencillas preguntas se puede diagnosticar, con un pequeño error, un probable trastorno (que debería ser diagnosticado mediante entrevista clínica)
- El PHQ permite la evaluación y cribado de algunos trastornos mentales frecuentes
- Incluye el trastorno de pánico

PHQ-PD (Panic Disorder)

3. Preguntas sobre la ansiedad.

- a. En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico? NO SÍ

Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 5.

- b. ¿Alguna vez le había pasado antes?
- c. ¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a?
- d. ¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?

4. Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas.

- a. ¿Se quedó sin aire? NO SÍ
- b. ¿El corazón le latió deprisa, con fuerza o le dio un vuelco?
- c. ¿Tuvo dolor o presión en el pecho?
- d. ¿Sudó?
- e. ¿Sintió que se estaba ahogando?
- f. ¿Tuvo sofocos o escalofríos?
- g. ¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?
- h. ¿Se sintió mareado/a, inestable o a punto de desmayarse?
- i. ¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?
- j. ¿Tuvo temblores o estremecimientos?
- k. ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?

3a-3d Sí, y 4 (4a-4k)

IACTA

- Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad (Cano-Vindel, 2001). Evalúa la frecuencia de pensamientos relacionados con trastornos de ansiedad
- Subescalas:
 - Ataques de pánico (14 ítems)
 - Agorafobia (14 ítems)
 - Fobia social (20 ítems)
 - Trastorno obsesivo-compulsivo (21 ítems)
 - Trastorno de estrés postraumático (18 ítems)

IACTA – Ataques de Pánico

I.A.C.T.A. - A.P.

Nombre:	Apellidos:	Edad:	Id:
Profesión:	Centro:	Sexo (V ó M):	Fecha:
Nivel estudios:	Curso/puesto:	Otros datos:	

INSTRUCCIONES

En este inventario se le hacen una serie de preguntas o cuestiones, que van numeradas desde el 1. Mediante ellas

PENSAMIENTOS	Frec
1. Si aumenta mi estado de ansiedad pienso que no podré controlarme	
2. Pienso que estoy demasiado pendiente de mis síntomas de ansiedad (tasa cardíaca, respiratoria, etc.)	
3. Pienso que es muy probable que en un momento dado aumente mucho mi estado de ansiedad y no sepa controlarme	
4. Creo que tiendo a confundir mis síntomas de ansiedad (palpitaciones, respiración agitada, etc.) con otros problemas más serios que me asustan (por ejemplo, ataque al corazón, mareo, pérdida de conciencia, volverme loco, etc.)	

Ítems de la subescala “Ataques de pánico”

- Si aumenta mi estado de ansiedad pienso que no podré controlarme
- Pienso que estoy demasiado pendiente de mis síntomas de ansiedad
- Creo que tiendo a confundir mis síntomas de ansiedad (palpitaciones, respiración agitada, etc.) con otros problemas más serios que me asustan (ataque al corazón, mareo, pérdida de conciencia, volverme loco, etc.)

IACTA - Agorafobia

I.A.C.T.A. - A.

Nombre:	Apellidos:	Edad:	Id:
Profesión:	Centro:	Sexo (V ó M):	Fecha:
Nivel estudios:	Curso/puesto:	Otros datos:	

INSTRUCCIONES

PENSAMIENTOS	Frec
1. Tiendo a pensar que los demás perciben mis síntomas de ansiedad (por ejemplo, aumento de tasa cardíaca, dificultades para respirar, etc.), tal y como yo los percibo	
2. Pienso que una de las cosas más terribles que me puede suceder es que se disparen mis síntomas de activación fisiológica (tasa cardíaca, respiración, etc.)	
3. Pienso que en la actualidad me resulta muy difícil enfrentarme con las situaciones que me generan tensión	
4. Me preocupa que los demás (los que no conocen mi problema) noten mi ansiedad	

Ítems de la subescala "Agorafobia"

- Me preocupan especialmente aquellas situaciones en las que si comenzase a elevarse mi ansiedad resultaría difícil escaparse sin que se notara
- Tiendo a pensar que los demás perciben mis síntomas de ansiedad (por ejemplo aumento de tasa cardíaca, dificultades para respirar, etc.,) tal y como yo los percibo
- Pienso que una de las cosas más terribles que me puede suceder es que se disparen mis síntomas de activación fisiológica

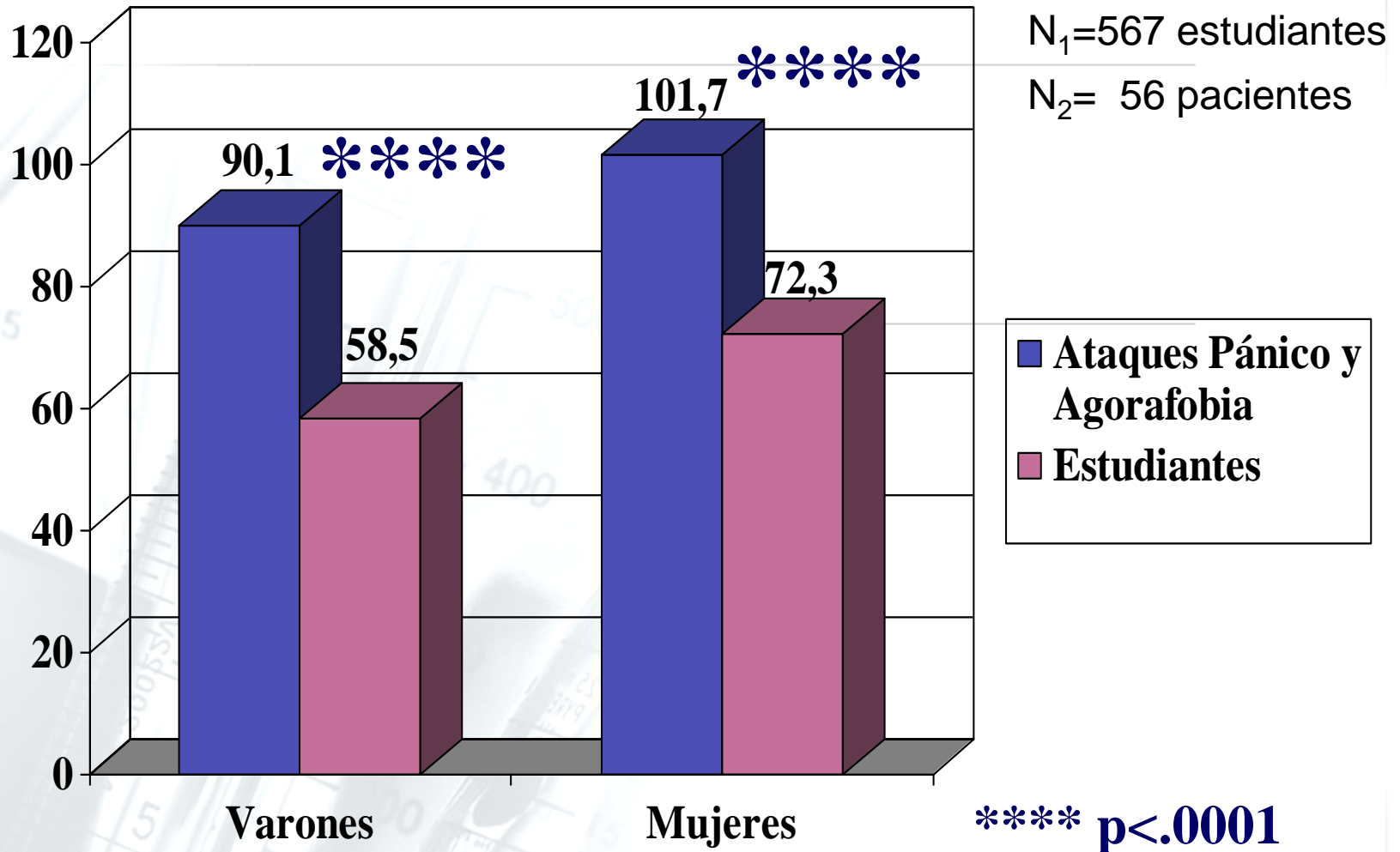
El nivel de ansiedad y pensamientos relacionados con sensaciones físicas en pacientes con pánico

- Si se evalúa mediante un cuestionario (ISRA) el nivel de ansiedad (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) de un grupo de pacientes con trastorno de pánico y se compara con el de otro grupo de personas sin este trastorno (por ejemplo, estudiantes), encontraremos grandes diferencias a favor del primer grupo
- Si evaluamos en ambos grupos, mediante el IACTA, la frecuencia de pensamientos relacionados con el pánico (atención prestada a sensaciones físicas, interpretación magnificada de las mismas), las diferencias serán aún más significativas que en el caso de la ansiedad
- Este tipo de pensamientos relacionados con sensaciones físicas explica los niveles tan altos de ansiedad que experimentan estos pacientes

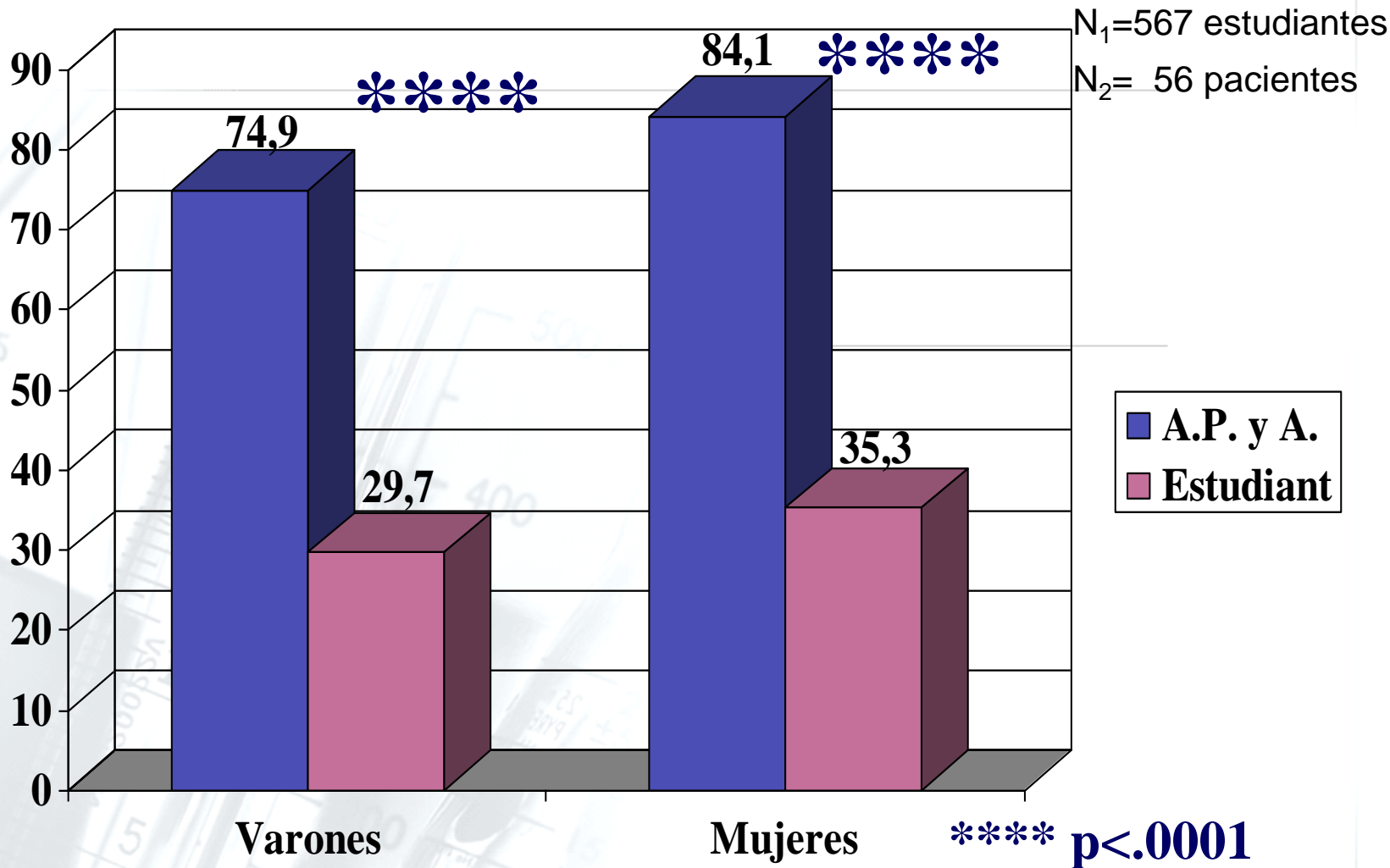
Descripción de la muestra

- Estudiantes de Psicología (n=567)
 - Varones (n=81). Edad=19,5
 - Mujeres (n=486). Edad=18,8
- Grupo Clínico (n=77)
 - Agorafobia con ataques de pánico (n=56)
 - Varones (n=18). Edad=34,5
 - Mujeres (n=38). Edad=33,4
 - Fobia social (n=21)
 - Varones (n=11). Edad=32,8
 - Mujeres (n=10). Edad=29,8

Nivel de ansiedad (ISRA-B 46) en los tres sistemas de respuesta



Medias en el IACTA – A.P. y A. (pensamientos relacionados con sensaciones físicas)



IACTA: puntos de corte

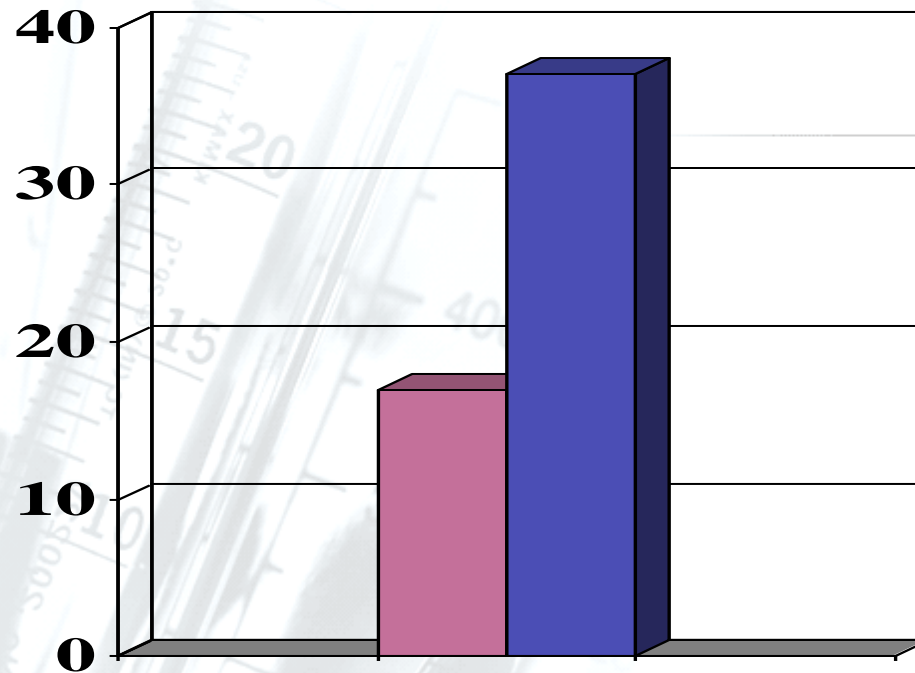
- Con una muestra de 61 pacientes con trastorno de **pánico con agorafobia** y 69 personas sin trastornos de salud se obtuvo que en la Subescala de **Pánico y Agorafobia** del IACTA una puntuación de **48** ó superior predecía tener un trastorno de pánico con una probabilidad del 97% de acierto y sólo un 6% de que fuese un falso positivo.
- Con una muestra de 21 pacientes con trastorno de **fobia social** y 69 personas sin trastornos de salud se obtuvo que en la Subescala de **Fobia Social** del IACTA una puntuación de **43** ó superior predecía tener un trastorno de fobia social con una probabilidad del 95% de acierto y sólo un 9% de que fuese un falso positivo.

Pánico y magnificación de las sensaciones físicas

- Los pacientes con pánico, aunque no tengan mayor frecuencia cardiaca que las personas sin este trastorno, perciben erróneamente, de manera aumentada, la frecuencia e intensidad de sus latidos cardiacos
- Además, los pacientes con pánico tienen miedo a éstas u otras sensaciones físicas de ansiedad, puntuando más alto que los pacientes con fobia social o trastorno de ansiedad generalizada en la escala de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensibility Index, ASI), especialmente en la subescala de sensaciones físicas (más que en sensaciones cognitivas o temor social)

Trastorno de Pánico (Ehlers, 1995)

Porcentaje de error en la percepción de latido cardiaco



Pacientes con trastorno de pánico

En curso En remisión

Sensibilidad a la ansiedad (Rector et al. 2007)

N.A. Rector et al. / Behaviour Research and Therapy 45 (2007) 1967–1975

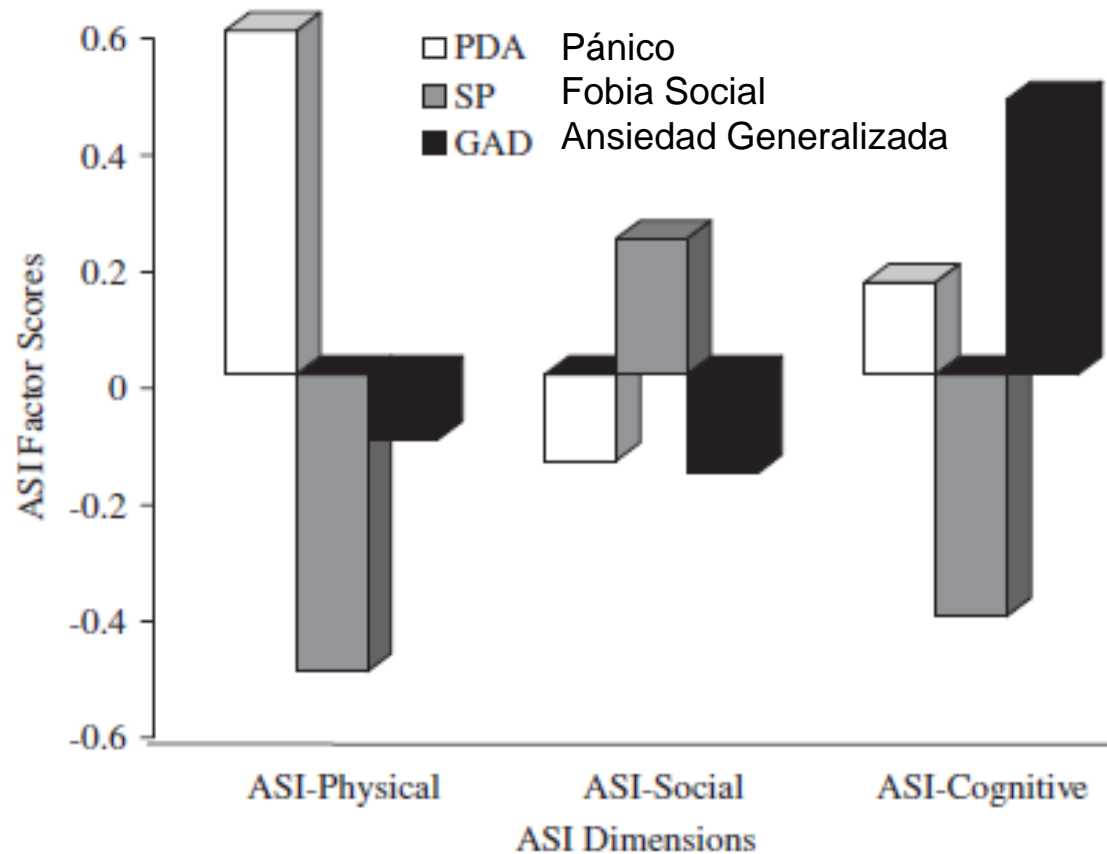


Fig. 1. ASI dimension scores for diagnostic groups.

Tratamiento psicológico del pánico

Modelo de Barlow

- Tratamiento del control del pánico –TCP (Barlow et al., 1988, 1994)
 - Componente educativo sobre el TP
 - Exposición de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas similares a las que experimenta en sus AP
 - Reestructuración cognitiva dirigida a modificar las creencias erróneas sobre el pánico y la ansiedad así como de las cogniciones que sobreestiman la amenaza y el peligro que suponen los AP
 - Entrenamiento en respiración y/o relajación
 - Tareas para casa

Tratamiento psicológico del pánico

Modelo de Clark

- Programa de terapia cognitiva para el TP (Clark, et al., 1991)
 - Componente educativo sobre el TP
 - Componente cognitivo
 - Componentes comportamentales (p. ej., inducción de hiperventilación)
 - Entrenamiento en respiración y/o relajación
 - Tareas para casa

Tratamiento de un caso (Wood, 2008)

- ["Doce sesiones de tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia"](#)
- http://www.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_panico_con_agorafobia.pdf
- 1) psicoeducación: durante las primeras tres sesiones se facilitó una explicación didáctica sobre qué es la ansiedad y cómo se manifiesta; la naturaleza de la respuesta de lucha/huida; por qué las sensaciones corporales que experimenta el paciente son normales e inofensivas; cómo los sesgos cognitivos y la necesidad excesiva de mantener el control provocan un aumento de las respuestas de ansiedad;
- 2) reestructuración cognitiva: identificación y modificación de los pensamientos catastrofistas respecto de las sensaciones fisiológicas y las cogniciones que subyacen a la ansiedad, desde la segunda hasta la undécima sesión;
- 3) técnicas de distracción y entrenamiento atencional: situar el foco de atención fuera de uno mismo, como por ejemplo, contar objetos, colores, describir texturas, escuchar sonidos, etc.

Tratamiento de un caso (Wood, 2008)

- 4) entrenamiento en autoinstrucciones positivas: sustituir el diálogo interno del paciente por afirmaciones menos amenazantes, más positivas, realistas y adaptativas (Meichenbaum, 1977);
- 5) entrenamiento en respiración abdominal (Amutio, 2004; Craske, Rowe, Lewin & Noriego-Dimitri, 1997) y relajación muscular progresiva de Jacobson (1938): a partir de la cuarta sesión, aprendizaje de la respiración abdominal y la relajación de los principales músculos mediante ejercicios de tensión y relajación para reducir los niveles de activación fisiológica (González-Ordi, 1997); y
- 6) experimentos conductuales: a partir de la sexta sesión, una vez que el paciente entiende por qué sufre ataques de pánico, se pueden afrontar de modo gradual las situaciones temidas, sin llevar a cabo las "conductas de seguridad" (e.g., tener localizados los aseos y salidas de emergencia, apearse del tren o metro, aflojarse el botón del pantalón) con el objetivo de exponerse a dichas situaciones y desconfirmar las creencias catastrofistas acerca de la peligrosidad de las sensaciones corporales.

Tratamiento: pánico y agorafobia

<http://www.ucm.es/info/seas/ta/trat>

Recursos: Artículos sobre tratamiento del pánico

- "Tratamiento conductual de un caso de agorafobia"
- "La hiperventilación como método de exposición interoceptiva en el tratamiento del trastorno de pánico"
- "La naturaleza y el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia"
- "Doce sesiones de tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia"
- "La evaluación de los sesgos cognitivos en los trastornos de ansiedad"

Programa de tratamiento online: paniccenter.net

- El Programa de Pánico (<http://www.paniccenter.net/>) es un programa educativo autoguiado, totalmente personalizado y de acceso gratuito a través de Internet, con una duración de 12 semanas, accesible las 24 horas del día, para todas aquellas personas que están sufriendo trastorno de pánico con o sin agorafobia.
- Los datos se recogen anónimamente a través del Web-Based Depression and Anxiety Test (WB-DAT), un test de screening (cribado) diseñado para detectar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, compatible con los criterios DSM-IV y el ICD-10. Como test de cribado es altamente sensible (i.e., detecta correctamente una alta proporción de pacientes con un trastorno) y razonablemente específico (i.e., descarta a aquellos pacientes sin trastornos). El resultado es un "informe final" personalizado, generado por un algoritmo que resume las respuestas del individuo en relación a las categorías diagnósticas principales, con el objetivo de ser impreso y compartido con el especialista de Atención Primaria.

Programa de tratamiento online: paniccenter.net

- Como parte del tratamiento cognitivo conductual que se ofrece en sus páginas se incluye
 - una amplia información sobre el trastorno de pánico (psicoeducación: teoría acerca de qué es un ataque de pánico, por qué se produce, qué lo mantiene, etc.), basada en la evidencia científica,
 - diversas hojas de autorregistros para ser cumplimentadas y enviadas a distintos expertos,
 - glosarios de pánico y de medicamentos,
 - diferentes foros en los que comunicarse con otras personas que sufren distintos trastornos,
 - técnicas de reducción de la ansiedad fisiológica,
 - herramientas para afrontar las situaciones temidas,
 - explicación de hábitos saludables, resaltando la importancia del apoyo social y la comunicación adecuada con el especialista

Programa de tratamiento online: paniccenter.net

- En la página Web del *Programa de Pánico* se garantiza que al cabo de las 8 semanas entre el 75 y 90% de las personas que solicitan tratamiento cognitivo-conductual, farmacológico, o la combinación de ambos logra mejorías altamente significativas
- La evidencia científica demuestra que el tratamiento cognitivo conductual es el tratamiento de elección para el trastorno de pánico. Véase la Guía NICE sobre tratamiento de los desórdenes emocionales en Atención Primaria
- El WB-DAT parece ser un instrumento razonablemente útil y práctico a la hora de identificar a personas con un trastorno depresivo mayor y/u otros trastornos de ansiedad, contribuyendo así al correcto reconocimiento de dichos trastornos en Atención Primaria (que sigue siendo muy bajo) y a la reducción de gastos y tiempo empleado por los especialistas



Trastorno de Pánico Agorafobia



Caso Clínico



Síntomas cognitivos

- Miedo a morir de un infarto
- Miedo a estar sola en casa, a salir sola por si me pongo mal y nadie me puede ayudar (menos mal que tengo bastante apoyo laboral, familiar y social).
- Miedo a entrar en sitios cerrados (sobre todo bares, y en especial si tienen mucha gente).
- Miedo a ponerme nerviosa, a los síntomas de la ansiedad.
- Miedo a salir, a pasármelo bien, a desconectar... al pensar que siempre debo estar pendiente de mi "tema", por si acaso...
- Miedo a enfrentarme a un cambio, a algo desconocido, que me pueda provocar ansiedad.

Síntomas cognitivos

- Miedo a que la gente se de cuenta de lo que me pasa, por eso evito quedar con mis amigos.
- Miedo a sentarme en las butacas centrales del cine por si tengo ansiedad y necesito salir corriendo.
- Miedo a hacer algo mal, por ejemplo en mi trabajo, por la falta de concentración (siempre estoy pensando en lo mal que me encuentro). Esto me llevaba a revisar todas las cosas mil veces, lo que supone una gran inseguridad y una gran pérdida de tiempo.
- Miedo a tener relaciones sexuales, por la activación que supone. Incluso no me gusta besar a mi novio, porque me da la sensación que me va a faltar el aire, y me voy a ahogar.

Síntomas cognitivos

- Miedo a estar lejos de un hospital, de una farmacia... es lo primero que busco cuando me voy a un lugar de vacaciones que no conozco.
- Me dan miedo los atascos porque pienso que, si me da un infarto, la ambulancia no podría llegar a salvarme.
- Tengo miedo a fallar a la gente por la ansiedad, por ejemplo, una amiga tuvo un bebé y era incapaz de cogerlo porque pensaba que se me caería.
- Podría seguir así enumerando mil cosas, porque todo me da miedo. Tengo miedo de levantarme por las mañanas, porque mi primer pensamiento es " hoy me pondré nerviosa, me dará otro ataque de esos y me moriré "; por eso se puede decir que tengo miedo a morir, pero también a vivir como lo estoy haciendo

Síntomas fisiológicos

- Sensación de asfixia, ahogo, falta de aire, no poder respirar.
- Sensación permanente de mareo.
- Dolor en el pecho, en el brazo... síntomas que, se supone, son de un infarto.
- Perder la noción de la realidad, no saber dónde estoy exactamente.
- No ver bien lo que está a mi alrededor.
- Sensación de que el corazón me palpita rápidamente o, al contrario, me parece que se ha parado.
- No coordinar bien las palabras, se me traba la lengua.
- Temblor de manos.
- Si unimos todo esto, tenemos como resultado los grandes y terribles ataques de pánico que me dan y que siempre me llevan al hospital.

Síntomas motores expresivos

- Estar en sitios donde no pueda apoyarme en nada, sujetarme a nada (como paredes, barandillas...) por temor a marearme y caerme al suelo.
- Salir sola, por si me pasa algo y no tengo quién me ayude.
- Entrar en sitios cerrados, como bares concurridos y, a veces, aunque haya poca gente. Imagino que me da un ataque, caigo al suelo, todo el mundo se acerca a mirarme, viene el SAMUR,... es horrible.
- Salir a divertirme.
- Quedar con mis amigos y más aún con personas desconocidas.
- Estar en situaciones que no conozco y me ponen nerviosa.

Síntomas motores expresivos

- Ir al cine, sentarme en las butacas centrales.
- Salir de la ciudad, viajar, alejarme de los hospitales.
- Mantener relaciones sexuales, por la activación fisiológica.
- Besar a mi novio, porque me falta el aire.
- Hablar, reír....porque siempre estoy concentrada en mi respiración, en mi corazón ...
- Los itinerarios en los que pueda haber atascos.
- Evito situaciones o cosas que puedan suponer una falta de aire, por ejemplo, nunca puedo tener una ventana cerrada, no me gusta mucho el verano porque me falta el aire cuando hace mucho calor, no soporto la calefacción... incluso no puedo bucear en la piscina.

Los fármacos

- Como mucha gente fui al médico de cabecera y me recetaron pastillas para tranquilizarme. Empecé tomando Lorazepam por la mañana y un antidepresivo por la noche, a parte, me tomaba diariamente 6 y 7 tilas. Como no mejoraba, me cambié yo misma el tratamiento y pase a tomarme un Lorazepam por la mañana y otro por la noche.
- Las pastillas se convirtieron en mi gran apoyo y ¿cuál era la solución a cualquier problema?: una pastilla. Si tenía mucho trabajo: una pastilla. Si tenía que ir a un bar, una pastilla. Si tenía que hacer frente a algo que no me apetecía, una pastilla. Llegué a tomarme 6 pastillas (benzodiacepinas) al día normalmente, pero si ocurría algo excepcional me tomaba algunas más.

Los fármacos

- El momento más feliz del día era cuando me las tomaba. Tenía una hora exacta para cada pastilla, y sin tener reloj, podía saber perfectamente cuando me tocaba la siguiente. Cuando acaba de tomarme la pastilla estaba genial. Según pasaba el tiempo, empezaba a pensar que el efecto se estaba pasando y que para evitar la ansiedad necesitaba la siguiente dosis.
- Las pastillas te hacen sentir bien, pero también mal porque creía que sin ellas estaba perdida y me las tomaba con ansia, como si me las fuesen a quitar de las manos, como una droga.

Los fármacos

- Cuando salía lo primero que miraba era si llevaba las pastillas, cuando me iba de vacaciones llevaba cajas y cajas. Nunca me he quedado sin pastillas, excepto una vez, ¿qué pasó?: me sentía tan mal que no pude ir a trabajar.
- Si me encontraba mal no necesitaba ayuda, ni consejos, ni amigos, ni familia... solo mis pastillas, yo pensaba que era lo único que día a día me iba salvando la vida.

Tratamiento psicológico: resultados y mantenimiento

- Esta paciente estuvo 7 años con el tratamiento farmacológico, a lo largo de los cuáles no se curó de su trastorno de pánico con agorafobia, ni pudo dejar de consumir los tranquilizantes, cumpliendo los criterios diagnósticos de trastorno por consumo de benzodicepinas
- Posteriormente, recibió 25 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva, relajación y exposición), con las cuáles dejó de sufrir ataques de pánico, de evitar situaciones (agorafobia) y de consumir tranquilizantes (lo que más le costó)
- Doce años después de este tratamiento se mantienen los logros terapéuticos y no ha habido recaída en ningún momento