

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**“Diagnostico y clasificación de los pacientes con Crisis de
Ansiedad que consultan a la emergencia de Medicina Interna del
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt”**

ALMA LUCRECIA LUNA OLIVA

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestro en Medicina Interna**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

““Diagnostico y clasificación de los pacientes con Crisis de Ansiedad que consultan a la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt”

Estudio transversal realizado en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala

Periodo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2009.

ALMA LUCRECIA LUNA OLIVA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestro en Medicina Interna

Abril 2012



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Alma Lucrecia Luna Oliva

Carné Universitario No.: 100016434

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Medicina Interna, el trabajo de tesis **"Diagnóstico y clasificación de los pacientes con crisis de ansiedad que consultan a la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt"**.

Que fue asesorado: Dr. Erwin González Maza

Y revisado por: Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para abril 2013.

Guatemala, 26 de marzo de 2012


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA
ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA
TELS.: 7831-1319 AL 25 • FAX: 7888-7024

JMI/Of.77/2012
Aldea San Felipe de Jesús, La Antigua Guatemala
Viernes 16 de Marzo de 2012

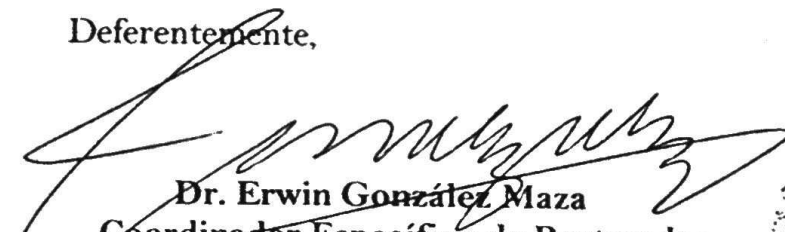
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Dr. Ruiz Cruz:

Por este medio me dirijo a usted para saludarlo y desearle éxitos al frente de tan digno cargo, el objeto de la presente es para hacer de su conocimiento que la Dra. Alma Lucrecia Luna Oliva, ha cumplido con todo los requisitos solicitados por la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, (habiéndose entregado el Acta de Graduación a la Escuela de Estudios de Postgrado) para la obtención del grado de Maestría en Medicina Interna, ante tal situación solicito a usted de manera atenta la impresión de la Tesis de la Dra. Luna Oliva.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me suscribo de usted.

Deferentemente,


Dr. Erwin González Maza
Coordinador Específico de Postgrados
Jefe del departamento de Medicina Interna
Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt"



Director Responsable
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Nacional
Pedro de Bethancourt



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Guatemala, 4 de noviembre de 2011

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Dr. Ruiz:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que la estudiante:

**Alma Lucrecia Luna Oliva,
Carnet Universitario 100016434**

Ha presentado el informe final de su investigación para la obtención del Grado Académico de Maestro en Medicina Interna, titulado:

“DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE LOS PACIENTES CON CRISIS DE ANSIEDAD A LAS PERSONAS QUE CONSULTAN A LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”

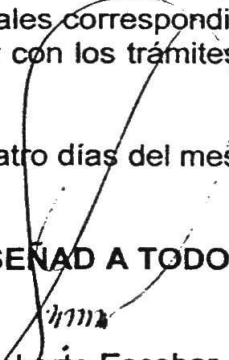
Estudio transversal realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt

Enero-Diciembre de 2009

Y luego de haber incorporado las mejoras pertinentes, considero que cumple con los requisitos normados por la Escuela y el Sistema de Estudios de Posgrado, por lo que ha solicitado del interesado y para los usos legales correspondientes extendiendo la presente carta de aprobación para que se autorice continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen de Tesis de Grado.

Dado en la Ciudad de Guatemala, a los cuatro días del mes de noviembre de dos mil once.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
Profesor Titular
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Ruiz

Antigua Guatemala, septiembre de 2011.

Doctor:

Erwin González Maza

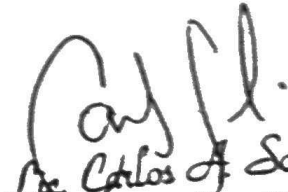
Maestría en Medicina Interna

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala

Por este medio le informo que el Informe Final de mi Tesis de Graduación "DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON CRISIS DE ANSIEDAD, QUE CONSULTAN A LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA. ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2009" ha sido revisado y aprobado por el Lic. Carlos Alberto Soto Grotewold Psicólogo Clínico, Colegiado 1,542

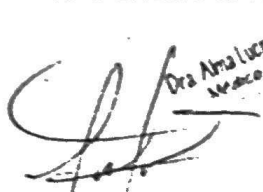
Para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de ciencias Medicas, solicito se autorice el Examen Privado de defensa de mi Tesis para la obtención del grado.

Sin otro particular, de usted deferentemente


Lic. Carlos A. Soto
PSICOLOGO CLINICO
COL. 1542

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

DRA.


Dra Alma Lucrecia Luna Oliva
Medico y Cir.

Alma Lucrecia Luna Oliva Maestría en Medicina Interna

Carné No. 100016434

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA
ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA
TELS.: 7831-1319 AL 25 FAX: 7888-7024

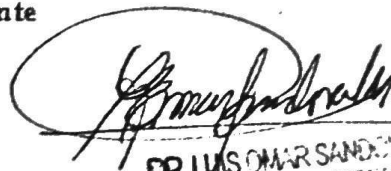
Antigua Guatemala, septiembre de 2011.

Doctor:
Erwin González Maza
Maestría de Medicina Interna
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala

Por este medio le informo que el Informe Final de mi Tesis de Graduación "DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE LOS PACIENTES CON CRISIS DE ANSIEDAD, QUE CONSULTAN A LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA. ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2009" ha sido revisado y aprobado por el Dr. Luis Edwin Omar Sandoval Moran, Medico y Cirujano, Colegiado activo 8,673.

Para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Medicas, solicito se autorice el Examen Privado de defensa de mi Tesis para la obtención del grado.

Sin otro particular, de usted deferentemente


DR. LUIS OMAR SANDOVAL M.
MEDICINA INTERNA
COLEGIADO 8673

"DÉ Y ENSEÑAD A TODOS"

Dra.
Alma Lucrecia Luna Oliva Maestría en Medicina Interna
Camé No. 100016434
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Sacatepéquez



AGRADECIMIENTO

A **Dios** por iluminar mi camino y hacer que todo sea posible

Al Doctor **Erwin González Maza**, maestro y ejemplo a seguir, quien me brindó su apoyo total, desde que curse el pregrado en departamento de Medicina Interna.

Al grupo de médicos y docentes del departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt quienes me brindaron su apoyo y guiaron mis pasos durante la residencia.

A mis compañeros residentes quienes siempre fueron un apoyo y amigos

Al personal administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, con cuyo apoyo conté en todo momento.

Los doctores **Carlos Humberto Escobar, Hernán Ortiz, Omar Sandoval, Oscar Andrade, Dra. Rosa Julia Chiroy, Lic. Carlos Soto**, por su apoyo en todo momento.

A todos ellos, y particularmente al **Doctor Jair Alfredo Toledo, Doctor Luis Antonio González, Dr. Erick Enrique Yoc, Dr. Minor Aguilar, Dr. Erwin Hernández**, quiero expresarles mi gratitud, porque gracias a ellos todo fue posible.

INDICE

	PAGINA
I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCION	2
III. ANTECEDENTES	4
IV. DEFINICION	4
V. OBJETIVOS.....	48
VI. MATERIAL Y METODOS	49
VII. RESULTADOS	55
VIII. DISCUSION Y ANALISIS	60
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
X. ANEXOS	66
XI. GLOSARIO	71
XII. PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR TRABAJO	72

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
I. Cuadro No. 1	59
II. Cuadro No. 2	59

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
I. Gráfica No. 1	55
II. Gráfica No. 2	55
III. Gráfica No. 3	56
IV. Gráfica No. 4	56
V. Gráfica No. 5	57
VI. Gráfica No. 6	57
VII. Gráfica No. 7	58
VIII. Gráfica No. 8	58

I. RESUMEN

Se realizó un estudio de diagnóstico y clasificación de crisis de ansiedad a pacientes que consultan a emergencia de Medicina Interna en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante el periodo de 1 de enero al 31 de diciembre de 2009. **El objetivo principal.** Clasificar los trastornos de ansiedad más frecuentes y el tipo de intensidad en los pacientes que acuden a la emergencia, ya que en nuestros hospitales la mayoría de los médicos y personal paramédico no está capacitado a manejar este tipo de pacientes. Como **metodología** se utilizó un estudio transversal, la recolección de datos se realizó luego del consentimiento informado por medio de evaluaciones físicas y toma de historia clínica, así como encuesta (escala de Hamilton), previo información amplia al paciente y consentimiento informado. Los **Resultados** fueron de 439 pacientes evaluados quienes fueron de predominio del sexo femenino un total de 338, siendo un 76.99%, edades de prevalencia de 16 a 29 años con un total de 226 pacientes siendo un 51.48%, con un 53.07% de población indígena, un 43.7% de la población es analfabeta, 37.35% solteros. Las **conclusiones** del estudio fueron que la presencia de crisis de ansiedad es mayor en el sexo femenino como un 41.23% de intensidad moderada, un 29% Angustia, 34.4% crisis de ansiedad, siendo el grupo etario mayor afectado de 16 a 29 años de edad, analfabetas y solteros de predominio indígenas.

II. INTRODUCCION

La crisis de ansiedad, es una entidad frecuente de consulta en los centros hospitalarios, por lo cual, su correcto diagnóstico y manejo exige un conocimiento amplio, puesto que produce amplios trastornos. (1, 2, 4, 5, 7)

La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en la práctica clínica, aunque también es muy inespecífica. Por ello, es preciso ser cuidadoso al realizar un diagnóstico diferencial de enfermedades somáticas y trastornos psiquiátricos. La ansiedad es un síntoma que puede aparecer asociado a múltiples enfermedades orgánicas (arritmias cardíacas, hipertiroidismo, feocromocitoma, cardiopatía isquemia, disnea). Por lo que una anamnesis cuidadosa siempre es imprescindible.

El manejo de los trastornos de ansiedad ha sufrido amplias variaciones a lo largo del tiempo. Hay que distinguir dos niveles en el manejo de las crisis de ansiedad: El primero que incluye recomendaciones no farmacológicas, con diferentes técnicas psicoterapéuticas. El segundo que incluye el tratamiento farmacológico. (6, 7, 8)

Los signos y síntomas que presentan los pacientes con trastornos de ansiedad darán la pauta a seguir para clasificar y seleccionar el tratamiento pertinente para este tipo de patologías. (7)

Se calcula que entre el 1,5 y el 3,5% de la población puede sufrir este trastorno, aunque se ha descrito que hasta un 9,3 % de la población general puede presentar alguna crisis aislada a lo largo de la vida. Durante un mismo año 1 ó 2 de cada 100 habitantes lo sufrirán

En Guatemala, los problemas relacionados con la salud mental son múltiples y complejos. Y dado los problemas sociales mencionados anteriormente y sumado la ola de violencia que afecta al país actualmente, muchos de los problemas de depresión, estrés, ansiedad, miedo e irritabilidad en Guatemala obedecen a que fueron víctimas o testigos de robo, asalto, violación, homicidio. (Siglo 21, 2005).

Actualmente, la violencia constituye una preocupación para Guatemala: la violencia y la inseguridad son fenómenos cotidianos, que han pasado a formar parte estructural de la sociedad. Por un lado, las estadísticas internacionales señalan que la ciudad de Guatemala es uno de los lugares más violentos de América Latina (Buvinic, Morrison, Shifter, 2000), por otro lado, informaciones procedentes del país, muestran datos alarmantes sobre la violencia intrafamiliar, la delincuencia irrefrenable, el crimen organizado, la proliferación de pandillas, etc.

Aunque en Guatemala las estadísticas relacionadas con trastornos mentales no son abundantes, según información otorgada por el departamento de psicología de un hospital nacional, se calcula que un 3-5% de la población general tiene o ha tenido una alteración que podría clasificarse como de ansiedad, pero se desconoce la cifra exacta.

Cada una de los pacientes que consulta a las emergencias de los hospitales provoca un impacto económico, psicológico y social, especialmente para la familia y comunidad donde se desarrolla, afectando a este nivel su producción laboral. (6, 7, 17,24,)

En muchos hospitales los trastornos de ansiedad constituyen un 5% de los pacientes que a diario se les brinda atención. Particularmente en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala se ve muy frecuentemente este tipo de trastornos, según lo muestra los registros estadísticos del departamento de Medicina Interna, por lo que es necesario realizar un correcto diagnóstico específico del trastorno y con ello determinar un adecuado tratamiento. (6, 7, 16, 17, 20,24)

Debido a la necesidad de conocer la realidad guatemalteca referente a las crisis de ansiedad, se realizó el presente estudio con 439 pacientes, en su mayoría mujeres (76.99%), en pacientes que acudieron con crisis de ansiedad a la emergencia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, específicamente al área de Medicina Interna. El estudio se dirigió a conocer cómo se diagnostica el trastorno de ansiedad por medio de la escala de Hamilton y conocer algunos datos estadísticos sobre el mismo para Guatemala. Ppermitió conocer los factores de riesgo involucrados en cada uno de los casos analizados, la edad predominante de los participantes fue entre 16 a 29 años con un 51.48%, un 53.07% fue de población indígena, y un 43.7% son analfabetos. Con lo cual se concluyó que la crisis de ansiedad es mayor en el sexo femenino como un 41.23% de intensidad moderada, un 29% angustia, 34.4% crisis de ansiedad, siendo mayor en los jóvenes, analfabetas y solteros de predominio indígenas.

III. ANTECEDENTES

III.1 DEFINICION

- Crisis es el conjunto de estímulos nuevos e imprevistos, provocando un cambio brusco en el curso de los acontecimientos en sentido favorable o adverso, provocando trastorno funcional, psicológico y nervioso, caracterizado por su brevedad.

Ansiedad

- La ansiedad, generalmente descrita como una vaga sensación de estar en peligro, tiene las mismas características del miedo: incremento en la respiración, tensión muscular, sudoración. (Comer, 2004). Sarason (1984), indica que nadie está exento de sentir ansiedad. En los trastornos de ansiedad el grado de ésta es tan elevado, que impide al hombre llevar una vida sana.
- Según Comer (2004), las experiencias de miedo y ansiedad, a pesar que no son agradables, tienen muchas veces una función adaptativa: prepararnos para la acción (lucha o huida), cuando el peligro nos amenaza. Sin embargo, hay muchas personas a las cuales esta ansiedad y miedo, no les permite llevar una vida normal. Comer (2004), refiere que la persona tiene un trastorno de ansiedad, cuando el malestar y la incomodidad son muy graves, aparecen con mucha frecuencia, duran mucho tiempo o aparecen muy fácilmente.
- Indica Sarason (1986), que las conductas típicas de la ansiedad varían enormemente, pero todos ellos tienen un aspecto en común: la experiencia de profunda ansiedad... Actualmente el DSM-IV incluye los trastornos de ansiedad, y es este de los más usados en Estados Unidos.
- Siendo esta una de las primeras 20 causas (5%), de consulta a emergencias de los hospitales en el país de Guatemala, es importante determinarla desde la emergencia ya que un mal diagnóstico puede provocar un alto gasto en el presupuesto de salud, con mayor frecuencia de consulta en el sexo femenino en edades comprendidas entre la segunda y cuarta década de la vida.

III. 2 EPIDEMIOLOGIA

Se calcula que entre el 1,5 y el 3,5% de la población puede sufrir este trastorno, aunque se ha descrito que hasta un 9,3 % de la población general puede presentar alguna crisis aislada a lo largo de la vida. Durante un mismo año 1 ó 2 de cada 100 habitantes lo sufrirán. Entre un tercio y la mitad de ellos, presentará, además síntomas agorafóbicos. Su presentación puede verse influida por matices culturales, pero se han observado síntomas similares en casi todo el mundo. Lo más frecuente es que aparezca entre los 20 y los 45 años. Podemos decir entonces, que es un trastorno frecuente, sobre todo, en el caso de las mujeres, que lo presentan 2 a 3 veces más que los varones. (1, 2, 3, 6, 7)

Es sobre todo, en las últimas décadas, cuando se ha dirigido la mayor atención y se han dedicado los mayores recursos, a la investigación sobre el trastorno de angustia, pero esto no quiere decir en absoluto, que este problema no existiera con anterioridad. (1, 2)

En este sentido, hay quien reconoce excelentes descripciones del cuadro, entre los escritos de la poetisa Safo (650-590 A.C.), o los de Cátulo (84?-54? A.C.), mientras que Hipócrates (460?-377? A.C.), padre de la medicina, describía algunos casos de personas con temores fóbicos acompañados de síntomas de pánico. (1, 2)

Sin querer perdernos en los largos años de la historia de la medicina, daremos un salto hasta tiempos más cercanos a nosotros. Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemán, considerado uno de los padres de la psiquiatría moderna por sus precisas descripciones de algunas enfermedades, publicó el caso de un maestro con síntomas inconfundibles de angustia paroxística. (1, 2)

Poco antes, el médico Jacob Mendes DaCosta, en base a sus observaciones clínicas durante la guerra civil norteamericana, describe un tipo de padecimiento que afectaba a muchos de los soldados. Por ejemplo, relata el caso del voluntario William Henry H. que fue hospitalizado nada más licenciarse. Anteriormente, y a pesar de su aparente buena salud, sufrió crisis diarreas de forma previa a la batalla de Fredericksburg, para posteriormente sentir un dolor punzante en el pecho y sufrir palpitaciones. Estos síntomas reaparecían con cierta frecuencia, acompañándose de visión débil y vértigo, por lo que tenía que detener su marcha y ser atendido por las ambulancias. Fue herido en una de las batallas posteriores, curando en un mes, pero empeorando sus síntomas cardíacos, que reaparecían ante el mínimo esfuerzo. Con el estudio de un gran número de este tipo de casos, DaCosta llegó a la conclusión de la inexistencia de lesión alguna en el corazón, explicando los síntomas por cierta alteración del sistema nervioso vegetativo y denominando el cuadro "síndrome del

corazón irritable". A partir de entonces este diagnóstico es frecuente entre soldados en la guerra Franco-Prusiana de 1870 y la de los Boers de 1890. (1)

A finales de siglo, en 1895, Freud publica un trabajo donde describe la "neurosis de angustia" y reconoce el papel decisivo, jugado por la ansiedad que podía existir de forma crónica o aparecer en crisis autolimitadas. En estos escritos, refleja no sólo algunas de sus hipótesis explicativas de las causas del cuadro, sino que describe con particular cuidado algunas de las características de personalidad que pueden asociarse al trastorno, así como enumera la multiplicidad de síntomas somáticos posibles y la asociación con la agorafobia. (1, 10)

Durante la Primera Guerra Mundial se calcula que sólo en el ejército inglés se vieron afectados unos 60.000 soldados por lo que entonces se llamó "acción cardíaca alterada" y eran fundamentalmente tratados por médicos internistas o cardiólogos. En la Segunda Guerra Mundial el cuadro se describió como "reacción ansiosa", empezó a ser tratado por psiquiatras, dando lugar a notables avances, no sólo en su tratamiento específico, sino también aplicables en otro tipo de problemas psiquiátricos, como ocurrió con el desarrollo de técnicas grupales o la reincorporación rápida a tareas militares como forma de prevenir la consolidación de las conductas de evitación.

III.3 MORBILIDAD

También en la literatura encontramos reflejado este trastorno, llegando a alcanzarse tal riqueza descriptiva, que algunas citas han merecido aparecer en alguno de los más prestigiosos Tratados de Psiquiatría actuales. Como muestra, valga el texto de H. G. Wells, que en 1919 publicaba en su obra "The Journal of a Disappointed man" lo siguiente:

"He estado paseando por el campo. He llegado a casa aterrorizado por un ataque realmente violento de palpitations. He pensado que cualquier persona con la que me encontrara podría ser el desafortunado que tendría que llevarme a casa en brazos. A medida que encontraba a alguien en la calle, yo sopesaba mentalmente sus fuerzas y consideraba si tendría suficiente presencia de ánimo y qué haría para ayudarme. Después de cruzarme con mi amigo P.C. lamenté que la tragedia no se hubiese manifestado todavía, puesto que él me conoce y sabe donde vivo. Al cabo de un rato y después de inclinarme repetidas veces sobre el pretil del río, llegué a la librería, entré y me senté, momento en que se desencadenó toda la fuerza de mis palpitations. Mi cara quemaba por la sangre caliente; mis manos, que sostenían el periódico, temblaban y reflejaban el pulso, y mi corazón disparaba ¡bang! ¡bang!, pudiendo sentir mis latidos en las carótidas del cuello, hasta los grandes vasos de la

región occipital de la cabeza. He intentado respirar muy lentamente, con mucho cuidado, por temor a agravar a la fiera. Finalmente llegué a casa (no sé cómo), y olí un frasco de sales. Ahora me encuentro mejor, pero muy desmoralizado". (1, 2, 10)

A pesar de presentar características comunes en todos los individuos, existen diferencias a veces muy marcadas. Hay personas que presentan además agorafobia, con un grado variable de intensidad, mientras que otras no la sufren o lo hacen en un grado menor. Además, existen diferencias en el tipo de síntomas que predominan. Para unas personas son más evidentes los síntomas relacionados con el corazón y aparato circulatorio, otras presentan más dificultades de tipo respiratorio e incluso hay personas en que predominan los síntomas de tipo psicológico, como puede ser el miedo a perder el control, morir o enloquecer.

El número de síntomas también es variable entre personas, algunas de ellas con un importante número de síntomas diferentes, mientras que otras presentan únicamente 1 ó 2 de ellos, como en el caso de las "crisis con síntomas limitados".

La frecuencia de las crisis también varía de forma marcada, desde frecuencias moderadas y regulares (1 vez a la semana durante meses), a frecuencias intensas pero limitadas (1 al día durante una semana). A veces las crisis se repiten durante un período de años con temporadas más o menos largas sin síntomas, mientras que otras parecen ocurrir únicamente durante un período determinado de la vida. (1, 2, 3)

Hay personas que pueden tener una vida relativamente normal a pesar de mantenerse las crisis. En otras, la sucesión de repetidas crisis, puede llegar a alterar tanto al individuo y modificar de tal manera sus hábitos cotidianos, que le hagan encerrarse en sí mismo o generarse importantes tensiones en sus relaciones familiares, sociales o laborales.

También existen algunas características comunes a todas aquellas personas con este trastorno, que muestran una preocupación típica sobre las consecuencias que las crisis pueden tener sobre su salud física. De forma extrema, hay quien no puede dejar de creer que, a pesar de repetidas exploraciones o controles médicos, tiene una enfermedad que no está siendo bien diagnosticada y que en cualquier momento puede poner en peligro su vida o su salud mental, no siendo infrecuente el peregrinaje continuo de médico en médico buscando explicaciones y cura a sus síntomas corporales. (1)

III.4 CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS DE ANSIEDAD

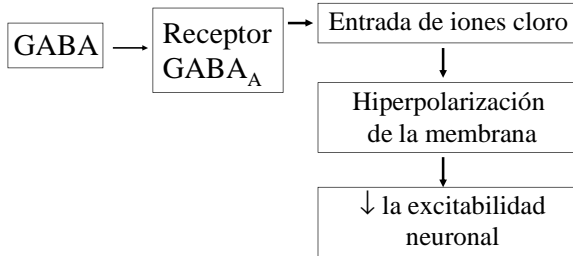
La ansiedad, como la que se produce en las crisis de angustia, suele ser interpretada como una sensación de desvanecimiento o mareo que se asemeja al presíncope. Estos síntomas no conllevan palidez facial y no alivian al adoptar la posición de decúbito. El diagnóstico se define con base en la presencia de síntomas coexistentes, como sensación de desastre inminente, falta de aire, palpitaciones y hormigueo de los dedos y la región peribucal. Las crisis a menudo pueden reproducirse mediante hiperventilación, que ocasiona hipocapnia, alcalosis, aumento de la resistencia cerebrovascular y disminución del flujo sanguíneo cerebral. La liberación de adrenalina durante la crisis también contribuye a los síntomas.

- Estado de activación del sistema nervioso es debido a:
 - Estímulos externos
 - Trastorno endógeno de estructuras o función cerebral
- Síntomas periféricos - físicos -
 - Aumento del tono simpático y del sistema endocrino (glándulas suprarrenales)
- Síntomas centrales - psíquicos -
 - estimulación sistema límbico / corteza

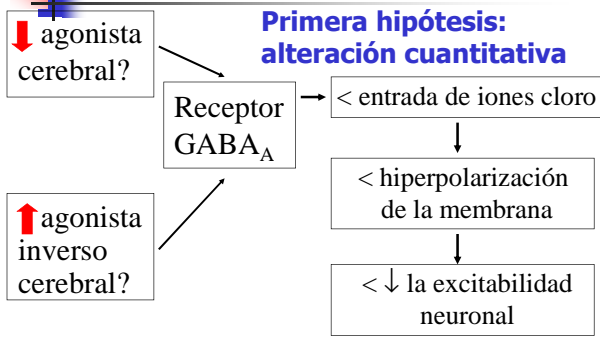
Factores etiopatogénicos

- Bases biológicas
 - ◆ Factores genéticos
 - ◆ Hipótesis neuroquímicas
 - ✓ Hipótesis gabaérgica
 - ✓ Hipótesis noradrenérgica
 - ✓ Hipótesis serotoninérgica
 - ✓ Sustancias panicogénicas
- Bases psicológicas
 - ◆ Modelos compartamentales
 - ◆ Modelos cognitivos o modelos psicoanalíticos

Bases biológicas: hipótesis gabaérgica



Bases biológicas: hipótesis gabaérgica



Bases biológicas: hipótesis gabaérgica

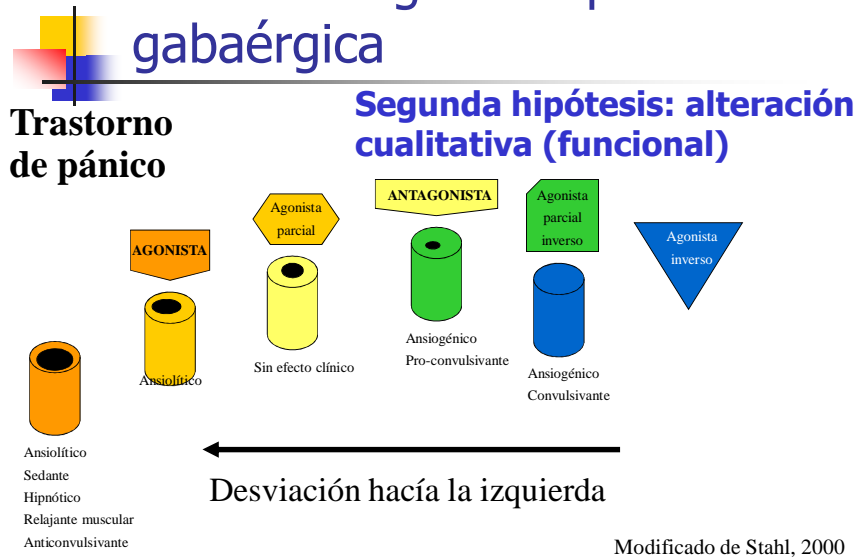
Sujeto sano



Segunda hipótesis: alteración cualitativa (funcional)

Modificado de Stahl, 2000

Bases biológicas: hipótesis gabaérgica



Bases biológicas: hipótesis noradrenérgica

- Antagonistas α_2 -adrenérgicos (yohimbina): crisis en 50% pacientes
 - Hipersensibilidad de receptores α_2 -adrenérgicos?
- Agonistas α_2 -adrenérgicos (clonidina): respuestas cardiovasculares aplanadas
- Agonistas β -adrenérgicos (isoproterenol): crisis en personas susceptibles
 - Hipersensibilidad β -adrenérgica?
- Bases biológicas: hiperventilación
- Hiperventilación: crisis en 30-50% de pacientes
 - Disminución de la presión parcial de CO_2
- Inhalación de CO_2 (mezclas del 5-35%): crisis de ansiedad en 50-80% de pacientes
- Hipersensibilidad de quimiorreceptores medulares?
- Teoría de hipersensibilidad al CO_2
- Ante un Aumento CO_2 : hiperventilación compensatoria
- Este mecanismo sería hipersensible en el trastorno de pánico: hiperventilación crónica para $\downarrow P \text{CO}_2$

- Hiperventilación:
- Causa y no consecuencia de la crisis
- Bases psicológicas: modelos comportamentales
- Todas las conductas son aprendidas y en algún momento se asocian a estímulos favorables o desfavorables
- Condicionamiento clásico: los sujetos asocian estímulos neutros con acontecimientos traumáticos y cada vez que se contacta con dicho estímulo: crisis
- Aprendizaje observacional: se aprende de personas significativas del entorno

CRISIS

Las crisis de angustia pueden aparecer de forma aislada sin otra sintomatología asociada, siendo entonces diagnosticadas como trastorno de angustia. También pueden coexistir con otros trastornos como pueden ser la depresión, fobias (miedos extremos a situaciones normales), trastornos obsesivo-compulsivos, estados de ansiedad generalizada u otros trastornos mentales. (10)

Existen tres tipos fundamentales de crisis:

A.- Crisis de angustia inesperadas, sin relación aparente con estímulos externos. En este caso el inicio de la crisis no se asocia con desencadenantes del ambiente.

B.- Crisis de angustia situacionales desencadenadas por estímulos del ambiente. Las crisis aparecen casi exclusivamente tras imaginar o exponerse a una situación determinada. Este tipo de crisis son típicas de las fobias, siendo las más frecuentes las fobias sociales (miedo a encontrarse en público), y las fobias específicas como pueden ser los miedos a ascensores, ratas, tormentas, etc.

C.- Crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada. Las crisis pueden aparecer asociadas a determinada situación, aunque existen ocasiones en que no aparecen en esa situación o aparecen sin darse la situación temida.

En general, cuando existen crisis de angustia inesperadas, hacemos el diagnóstico de "trastorno de angustia", mientras que si estas crisis están desencadenadas por estímulos concretos hablamos de "fobias". Sin embargo, no es infrecuente que con el transcurso del

tiempo, la persona que sufre repetidas crisis llegue a asociar su aparición con determinadas situaciones concretas.

También es posible que algunas enfermedades o alteraciones orgánicas de tipo hormonal, neurológico, cardíaco, respiratorio o del metabolismo, puedan presentarse con síntomas similares a las de un ataque de pánico y donde puede ser difícil un diagnóstico diferencial en un primer momento. En este caso, las exploraciones complementarias, la evolución temporal del cuadro y los síntomas asociados harán relativamente fácil el diagnóstico en la gran mayoría de ocasiones. (10, 11)

Las crisis de pánico y más frecuentemente, un cierto estado de ansiedad generalizada, también se puede asociar a otras enfermedades somáticas de diferentes maneras. Primero, como consecuencia secundaria derivada de la enfermedad, es decir, nerviosismo y angustia más o menos proporcionada como reacción posterior al diagnóstico de cualquier enfermedad. También pueden aparecer estados de ansiedad o crisis como efecto secundario tras la utilización de algunos medicamentos recetados con fines diversos (teofilinas, simpaticomiméticos, antiparkinsonianos, esteroides, antihistamínicos, digital etc.), o tras el consumo de otras drogas (cafeína, alcohol, anfetaminas, cocaína, cannabis, etc.). Es muy importante que recuerde a su médico cualquier producto que haya consumido últimamente y de esta forma se valore su potencial riesgo. Por último, hemos de recordar la posibilidad de que el trastorno de ansiedad coexista independientemente de cualquier otra enfermedad existente, como dos procesos diferenciados entre sí. (1, 3, 5, 9)

El proceso diagnóstico, puede verse dificultado, ya que uno de los temores más intensos y frecuentes que tiene la persona aquejada de crisis de pánico, es precisamente, que una posible enfermedad orgánica pase desapercibida por no ser investigada suficientemente. En este sentido, y aun aceptando que la Medicina no puede ser considerada una ciencia exacta, es muy importante que el paciente confíe mínimamente en las exploraciones realizadas. Existen personas que llegan a atormentarse por la duda, no ya de una exploración insuficiente, sino ante la suposición, por ejemplo, de que la exploración se ha realizado justo cuando su corazón funcionaba bien, se le estén ocultando algunos datos de su propio estado, e incluso de cierta posibilidad de que sus análisis se hayan podido cambiar, o confundir sin querer, o hayan sido realizados por aparatos defectuosos.

Los síntomas que experimenta la persona durante la crisis son reales, NO SON IMAGINACIONES, siendo fácilmente comprobable, por ejemplo, cómo el corazón late más de prisa o hay un aumento de la sudoración. Síntomas tan reales como cuando tras un susto

o sobresalto tenemos palpitaciones, sudamos o notamos frío, se nos traba la lengua o nos fallan las piernas. Como en este caso en que todo el mundo estaría de acuerdo en que los síntomas no se van a ver justificados por ninguna enfermedad corporal, en el caso del trastorno de angustia, no existen pruebas médicas o análisis particulares que permitan hacer su diagnóstico específico. Muchas de las exploraciones clínicas que se realizan, sirven para descartar otras posibles enfermedades o problemas médicos, sin embargo, otras muchas se llevan a cabo ante la insistencia del paciente en su búsqueda de una explicación médica.

La persona, ante lo real de sus síntomas corporales, en muchas ocasiones, no puede aceptar que sus padecimientos sean de origen psiquiátrico y prosigue en su búsqueda de causas médicas. Aceptar que esos síntomas, al igual que los que sentimos tras un susto no tienen por qué ir asociados a una causa médica, es parte importante para su superación. (1, 2, 5, 8, 11)

LA CAUSA

Como muchos otros cuadros en Psiquiatría, todavía no se conoce con toda exactitud la causa de este problema. Hay evidencia de posibles alteraciones orgánicas o bioquímicas asociadas con el trastorno, así como hay algunas teorías psicológicas que intentan explicarlo desde diferentes puntos de vista. (12)

Biológicamente sabemos que, comparando con otras, las personas con trastorno de angustia reaccionan con más frecuencia, con un ataque de angustia tras la inyección de un producto llamado Lactato Sódico. De igual forma, que tienen un mayor riesgo de desarrollar una crisis al aumentar su nivel en sangre de Dióxido de Carbono (CO₂), tal y como sucede en la hiperventilación. También prosiguen las investigaciones encaminadas a encontrar una posible base neuroanatómica subyacente sin resultados concluyentes. (13,14)

Otro campo de estudio prometedor, es el relativo a los diferentes transmisores o mediadores del impulso nervioso en las neuronas (neurotransmisores). En relación con ellos, existen varias teorías que implican, en mayor o menor medida, a diferentes sustancias (GABA, noradrenalina, serotonina y otros). La confirmación práctica de la importancia de estos sistemas, viene de la mano de los diferentes fármacos disponibles y sus resultados en el tratamiento de trastorno.

En relación con la personalidad previa, con frecuencia se encuentran rasgos de ansiedad, miedos, dificultades de adaptación o dependencia emocional, sin que todo ello signifique necesariamente un diagnóstico psiquiátrico definido. De igual forma, se suele encontrar un

cierto número de personas con este trastorno que durante su infancia o primera juventud, reaccionaban con ansiedad desproporcionada ante situaciones de separación, real o temida, de sus seres queridos. (14, 15)

Dentro de las teorías psicológicas, la psicoanalítica, presupone la existencia de conflictos psicológicos subyacentes e inconscientes para la persona. La angustia, sería la señal de alarma ante tensiones internas no resueltas. Cuando un impulso inaceptable para la persona consciente trata de aflorar, la angustia pondría en marcha algunos mecanismos de defensa para mantenerlo controlado. Cuando estos mecanismos fallan, la angustia invadiría la existencia de la persona. Existirían diferentes tipos de angustia dependiendo del tipo de conflicto latente y que requerirá de un abordaje muy cuidadoso para que la persona pueda manejarlo de la mejor forma. No existen bastantes ensayos clínicos de calidad, suficientemente contrastados como para defender totalmente la exactitud de estas teorías; sin embargo, es innegable que desde su aparición, el psicoanálisis ayuda al mejor conocimiento y atención, de aquellos conflictos que puede presentar una persona con este trastorno. (14, 16)

El conductismo, supone que la ansiedad, es el resultado de un proceso de aprendizaje condicionado. Según este punto de vista, la persona ha aprendido a reaccionar con miedo ante estímulos ambientales o internos, que normalmente no desencadenarían esta respuesta. Algunas conductas, como por ejemplo, la evitación de la situación temida, llegan a "mejorar" en algo el problema, por lo que producen un cierto placer secundario. Este "placer" (disminución de la tensión), actuaría entonces como refuerzo de esa conducta, por lo que ésta tiende a perpetuarse automáticamente. Más allá de lo acertado o no de su base teórica, los tratamientos conductuales, han demostrado su eficacia a corto plazo, sobre todo en el tratamiento de la agorafobia. (14)

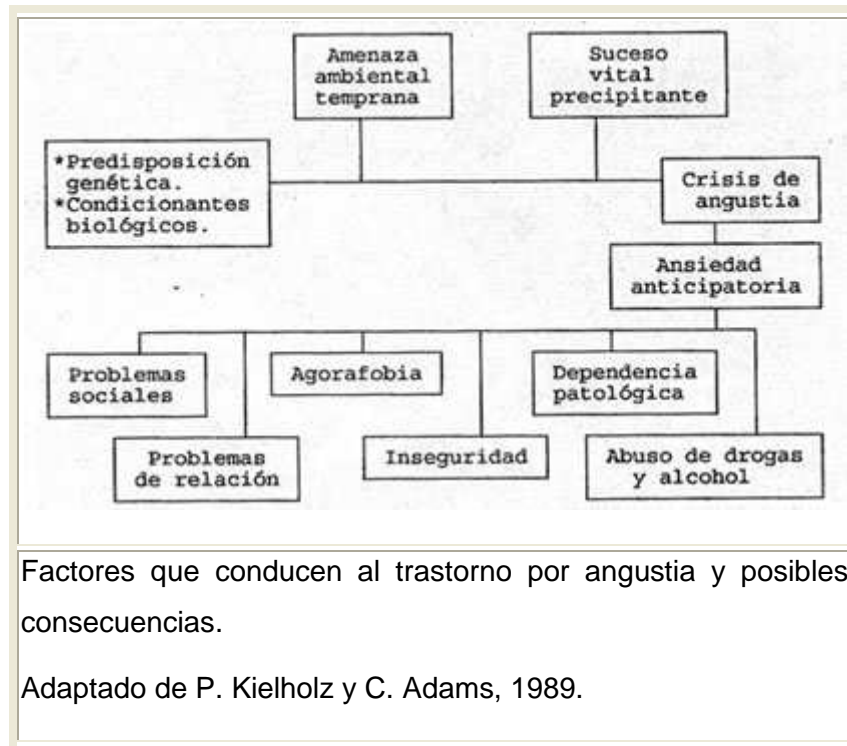
En la teoría cognitiva, la ansiedad es el resultado de "cogniciones" (pensamientos o representaciones mentales), patológicos. La persona evaluaría las situaciones que le rodean o sus propios estímulos internos sacando conclusiones "defectuosas", que determinarían un tipo de respuestas o conductas desproporcionadas o inadecuadas. En el caso de la angustia, el paciente tendería a sobreestimar el grado de peligro, ya sea interno o externo, así como devalúa sus propias capacidades personales para enfrentarlo. Un ejemplo típico, sería la aparición de una crisis de angustia, tras pequeñas molestias corporales, que la persona interpreta como el anuncio inminente de la propia crisis, de ahí la importancia de enseñar al

paciente a desviar su atención de estos pequeños síntomas, así como intentar aumentar la autoconfianza en sus propios recursos. (14, 15,16)

Por último, es importante señalar algunas de las contribuciones de lo que se conoce como "teoría de la crisis" (en este caso, en referencia a las llamadas "crisis vitales", no a las crisis de ansiedad en particular"). Desde este punto de vista, que no necesariamente implica la adhesión a un modelo causal determinado, se parte de la idea, de que el proceso madurativo del ser humano viene marcado por una serie de situaciones de crisis, generalmente originadas en lo que se denominan "sucesos vitales" (circunstancias que ocurren en la vida de una persona, desequilibrando su existencia). Unas serán naturales, como la adolescencia o la menopausia, mientras que otras serán accidentales, como una enfermedad o fallecimiento de un ser querido. En estas crisis, el individuo pondrá a prueba sus recursos personales y una vez superada, en la mayoría de los casos, saldrá más fortalecido de ella, favoreciéndose así el proceso madurativo. También es posible que si la resolución de la crisis no es adecuada, la persona quede marcada de alguna forma para el futuro, debilitándose sus capacidades adaptativas ante nuevas situaciones de tensión. Por este motivo, además de ayudar a superar los síntomas más agudos de malestar psicológico, se intenta que la persona busque posibles situaciones externas, que a veces incluso pueden pasar desapercibidas, para animarle a enfrentarlas y dar una solución operativa a largo plazo, ya que se supone que los síntomas no son más que reflejo de un período de inestabilidad emocional, originados por una multiplicidad de causas. Si estas causas no son tenidas en cuenta, es muy posible que la resolución sintomatológica no se acompañe de un proceso adaptativo adecuado. (3, 4, 5, 7)

Desde este último punto de vista, así como desde algunos de los presupuestos teóricos anteriores, resulta evidente aconsejar la mayor atención, no sólo de los síntomas presentes, sino también, de posibles conflictos, actuales o históricos, que estén influyendo en la vida de la persona.

En la siguiente figura, se presenta un esquema simplificado de las posibles causas que conducen al trastorno de angustia, así como algunas de sus posibles consecuencias.



No podemos terminar este apartado, sin alertar de los riesgos derivados de la búsqueda de explicaciones causales, únicas y concretas, que inevitablemente sitúan al individuo en posturas "exclusivistas". Por ejemplo, si nos adherimos estrictamente a un modelo causal de tipo psicológico, la medicación será percibida como algo inútil, sino peligroso o contraproducente. De la misma forma, un modelo estrictamente biológico conlleva el riesgo de favorecer en el individuo conductas de enfermo pasivo, descuidando de esta forma otras circunstancias externas socio-familiares o personales. (1, 2, 4, 5, 9)

HEREDITARIO

La influencia de la herencia no es clara en estos momentos. Entre los pacientes con este trastorno, se ha encontrado un mayor número de parientes de primer grado con trastornos similares u otros, como la depresión o el alcoholismo, existiendo indicios de un posible papel hereditario que aún está siendo estudiado. Esta mayor ocurrencia familiar, hace que en ocasiones los pacientes reconozcan sus síntomas en los que ya tuvo hace tiempo un familiar. Si ese familiar estaba gravemente afectado, o presentaba además, otra problemática diferente que es confundida por el paciente, pueden despertarse fuertes

temores ante la posibilidad de evolucionar como el pariente aquejado por el problema. La mejor forma de tranquilizar estos temores, puede venir de la existencia actual de tratamientos eficaces que pueden controlar el trastorno, así como de las diferentes evoluciones observables en cada persona, no sólo justificadas en la gravedad de los síntomas, sino en las propias características personales de afrontamiento del problema. (4, 5, 6, 7, 12)

En otras ocasiones, el mismo tipo de temores, se dirigen en sentido inverso, y más concretamente, hacia el futuro de los propios hijos. Merece la pena señalar desde un punto de vista preventivo, que en ocasiones, y a pesar de los esfuerzos de los padres por evitarlo, las alteraciones y modificaciones de la personalidad que conlleva el trastorno, pueden influir en la crianza y desarrollo de los hijos, más allá de los meros condicionantes genéticos. Por este motivo, resulta altamente gratificante, comprobar cómo se pueden mitigar algunas de las tensiones, limitaciones o hiperprotección en los hijos, mediante pequeños esfuerzos de autocontrol de las ansiedades, o temores desmedidos de los padres. Si se preocupa por la posibilidad de transmitir el trastorno a su descendencia, tenga en cuenta, que si bien no le va a ser posible modificar su herencia genética, sin embargo, sí es posible mejorar su estado y que sin duda, esto tendrá importantes repercusiones benéficas en su ambiente familiar.

Dedique un tiempo a pensar en qué sentido está afectando este trastorno en sus relaciones familiares. La autocrítica debe ser constructiva y en todo caso dirigida al mejor autocontrol y dominio personal. Recuerde que los sentimientos de culpa por no hacer bien las cosas, pueden ser paralizantes y empeorar la situación. (12, 13, 14, 21,22)

En muchas ocasiones, parecen no existir motivos aparentes para que una persona presente síntomas de angustia en un momento dado. Pero si se profundiza algo, no es raro que se encuentren algunas circunstancias de la vida que están pasando desapercibidas, a pesar de estar generando una importante tensión en la persona. Muchas de esas circunstancias, sin llegar a ser dramáticas, serán de tipo negativo, como pueden ser relaciones familiares parcialmente insatisfactorias, dificultades laborales o interpersonales, pérdidas de seres queridos, etc. Otras pueden ser incluso positivas, como el nacimiento de un hijo, que sin embargo, aumenta las responsabilidades y limita la autonomía y movilidad personal. (1, 2, 3, 4)

En muchas ocasiones, la persona que sufre desajustes agorafóbicos, o quizás sus familiares o amigos, pueden preguntarse, si estos síntomas no son más que reflejo de cierta debilidad de carácter o personalidad, suponiendo que simplemente son debidos a falta de voluntad

para su superación. Esto sin duda, no es así. La persona con un trastorno de angustia, presenta sus dificultades en relación directa con los síntomas, no implicando necesariamente un trastorno de personalidad previo. De esta forma, las crisis de pánico pueden aparecer en una multiplicidad de individuos, independientemente de que anteriormente se hayan mostrado como inseguros o muy seguros de sí mismos, habiendo sido descrito, incluso en importantes personalidades históricas. Sin embargo, y a pesar de que el trastorno no implica necesariamente falta de voluntad, sí es muy importante que la persona que lo sufre, no se abandone a la desesperación e impotencia, ya que todos los esfuerzos que realice para su superación, sin duda que serán muy beneficiosos, sobre todo a la hora de enfrentar los temores a estar sólo o fuera de casa. (1, 2, 5, 6, 7, 13)

RIESGOS ASOCIADOS

Una persona con trastorno de angustia, puede lógicamente desarrollar otras enfermedades físicas de mayor o menor importancia, como el resto de la población, pero no tienen por que ser consecuencia directa del propio trastorno. Alguno de los temores más frecuentes, es la posible muerte por enfermedad del corazón. En relación con el corazón, tenemos que recordar una vez más, que en general su exploración es normal. Ocasionalmente se encuentra una pequeña alteración de una de sus válvulas (prolapso de la válvula mitral). Esta alteración aparece también entre la población general, aunque con menor frecuencia. Se han dado dos explicaciones posibles para justificar el mayor número de hallazgos entre personas con trastorno de angustia: a) son explorados con más frecuencia e intensidad que la población general y por lo tanto existen más posibilidades de encontrarlo; y b) aunque generalmente el prolapso de la válvula mitral, es una alteración benigna que no requiere tratamientos especiales, es posible, que en caso de generar pequeños síntomas o molestias, estos lleguen a desencadenar la crisis de pánico en aquellas personas predispuestas. (11, 12)

En otros casos, pueden existir extrasístoles aisladas que usualmente aparecen como arritmias "benignas" (de origen supraventricular o ventricular), pero que alarman mucho a la persona que las siente. Si después de una evaluación cardíaca, se determina que las "palpitaciones" son benignas y no hay enfermedad del corazón, no es necesario tratamiento alguno, no existiendo un riesgo evidente para la persona. Para la mayoría, esto suele ser suficiente para tranquilizarse, pero en ocasiones, hay pacientes a los que resulta muy difícil convencer y prosiguen en su demanda de exploraciones, que lógicamente resultan ineficaces.

Sin embargo, si puede existir un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, pero no en relación directa con las crisis, sino con el estilo de vida adoptado, como puede ser el sedentarismo consecuente a no salir de casa, o por el intento de evitar posibles crisis producidas por el ejercicio, así como por el alto consumo de cigarrillos, alcohol y dietas pobres. En opinión de los cardiólogos, con una exploración cardíaca normal y sin otras enfermedades, ocúpese de su corazón como el resto de personas (hábitos de vida, dieta, ejercicio...), e intente tranquilizarse, ya que no es probable que "en una de estas se me pare", ni "esta opresión o estos pinchacitos" quieren decir que su corazón esté enfermo. (12, 13, 14)

Este es otro de los temores más frecuentes, aunque es muy improbable que suceda así. Es verdad que la crisis de pánico puede ocurrir en personas aquejadas de otras enfermedades psiquiátricas más devastadoras, sin embargo, en este caso la sintomatología predominante es otra claramente reconocible. En general, y fuera del momento agudo de la crisis, el paciente es totalmente consciente de sus actos, siendo capaz de juzgar de forma razonada, a pesar de reconocer que muchas de sus conductas puedan parecer desproporcionadas o sin sentido. De esta forma, el riesgo de ingreso psiquiátrico por esta causa es muy escaso.

En aquellos casos que no evolucionan suficientemente bien, puede ser posible que con el tiempo aparezcan otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, ansiedad generalizada o abuso y dependencia de tóxicos. Estas situaciones requerirán atención y tratamiento de forma añadida.

El suicidio es un desenlace muy raro en este trastorno. Se ha pensado que estas actuaciones iban acompañadas de estados depresivos importantes o alcoholismo, pero parece ser que no son condiciones indispensables, especulándose que una mala calidad de vida (mala salud, disfunción social y laboral, dependencia financiera, etc.), pueden ser motivos añadidos para tomar esta decisión. De aquí, una razón más para el tratamiento y apoyo adecuado a este tipo de problemática y trastornos asociados. Generalmente estos pensamientos son muy frecuentes en las personas que pasan una mala racha. A pesar de ello, pueden ser muy amenazadoras y angustiosas, por este motivo el mejor consejo es que la persona no guarde estas ideas para ella misma, no debiendo temer el comentarlas abiertamente con su médico o alguna persona de confianza. (10, 12, 14)

PUEDE AFECTAR LA SEXUALIDAD

La sexualidad puede verse afectada por diferentes motivos. Debido al propio estado anímico y de preocupación mantenida, no es infrecuente que la persona vea disminuido su interés o capacidad de disfrutar con estas relaciones, lo mismo que ocurre con el resto de "apetitos" humanos (alimentación, intereses personales...). Por una razón similar, no es de extrañar, que en un reciente estudio realizado en España sobre 1253 pacientes deprimidos, aproximadamente un 80%, refiera dificultades en este terreno. (Proyecto Disorder, 1998)

En algunos casos, incluso hay personas que conscientes de la activación que se produce durante la relación (aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria), evitan tener relaciones por temor a que estas precipiten una crisis de ansiedad. Además, algunos fármacos, generalmente antidepresivos, pueden tener efectos inhibidores sobre el impulso sexual o sobre la capacidad de sentir placer. (3, 5, 7)

Dado que la sexualidad tiene un componente fundamental de relación y compañerismo con la pareja, estas dificultades no solo llegan a inquietar al propio individuo por él mismo, sino que en muchas ocasiones, son una fuente de tensión añadida, al imaginar que la relación con la pareja pueda resentirse o que esta acabe distanciándose al no sentirse suficientemente satisfecha.

En general, esta situación revertirá en la medida que mejora el resto de los síntomas, aunque puede pasar un cierto tiempo mientras se normaliza. En el apartado 9.15 encontrará algunos consejos relacionados con este tema.

Desde un punto de vista corporal, no existe un riesgo marcado de enfermar o morir por el trastorno de angustia. Sin embargo, puede haber una disminución importante en la calidad de vida de la persona. Se ha dicho que los ataques de pánico, son una de las experiencias desagradables más intensas que puede sufrir un individuo, viviendo aterrorizado ante el miedo a que se repitan. Las conductas de evitación de lugares y situaciones, van limitando en gran medida sus movimientos, pudiendo quedar dependiente de otras personas para desplazamientos mínimos. (6)

Además, y progresivamente, puede desarrollarse cierta alteración de la personalidad previa, dando muestras de ansiedad mantenida ante situaciones más o menos normales. De igual forma, la persona puede mostrarse aprensiva ante la menor dificultad de la vida, preocupándose excesivamente por la salud de sus seres queridos o no soportando su separación. De esta forma, un síntoma banal como un dolor de cabeza en uno mismo o un

familiar, pasa a ser el primer signo de un posible tumor cerebral, o una salida de casa, o retraso de un hijo conllevaría indefectiblemente una catástrofe para él.

El convencimiento de sufrir importantes padecimientos físicos, puede acarrear múltiples faltas al trabajo por visitas médicas, además de períodos de baja laboral. Por otra parte, la desvalorización y pérdida de confianza en sí mismo, hacen que disminuya el rendimiento laboral, lo que puede acarrear la pérdida del trabajo.

La depresión se asocia con mucha frecuencia, al trastorno de angustia, bien sea de forma independiente, pero sobre todo, como consecuencia de las limitaciones percibidas por la persona. Existen además otros problemas de tipo psiquiátrico, que pueden coexistir con este trastorno, teniendo que llamar la atención, especialmente sobre el mayor riesgo de abuso de tóxicos (pastillas, bebidas alcohólicas...), como forma de calmar la angustia. (11)

CRISIS DE ANGUSTIA

También llamada crisis de ansiedad o ataque de pánico. Este estado se corresponde con la aparición más o menos repentina, muchas veces sin motivo aparente, de una sensación de miedo intenso, acompañado de un importante malestar corporal y una serie de síntomas que pueden variar entre diferentes personas. Estos síntomas pueden ser muy similares a los que se experimentan tras un susto o amenaza externa. Es como si esta respuesta corporal se hubiera hecho muy sensible, saltando la señal de alarma de forma automática en situaciones normales y no peligrosas. (14)

La Asociación Psiquiátrica Americana en su última clasificación, sugiere que para su diagnóstico, deben recogerse cuatro o más de entre un listado de síntomas (si se presentan menos de cuatro síntomas se denominan "crisis sintomáticas limitadas").

- 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.- Sensación de que el mundo de alrededor ha cambiado o es irreal en algún sentido, o de que la persona se encuentra como separada de sí misma.
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco.
- 11.- Miedo a morir.
- 12.- Sensación de entumecimiento u hormigueo en diversas partes del cuerpo.
- 13.- Escalofríos o sofocos.

Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM - IV)

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, en su Décima Clasificación Internacional de las enfermedades, describe la crisis de pánico o "ansiedad episódica paroxística" como:

1. Un episodio puntual de temor o de malestar.
2. Se inicia bruscamente.
3. Alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos.
4. Deben hallarse presentes por lo menos cuatro de los síntomas listados a continuación, uno de los cuales debe ser de los grupos "A" a "D":

Síntomas autonómicos

- ◆ Palpitaciones o golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado.
- ◆ Escalofríos.
- ◆ Temblores o sacudidas.
- ◆ Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho o abdomen

- ◆ Dificultad para respirar.
- ◆ Sensación de ahogo.
- ◆ Dolor o malestar en el pecho.
- ◆ Náusea o malestar abdominal.
- ◆ Síntomas relacionados con el estado mental.
- ◆ Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.

- ◆ Sensación de irrealidad (desrealización), o de sentirse fuera de la situación. (despersonalización) (11)
- ◆ Sensación de ir a perder el control, de volverse loco o de ir a perder el conocimiento.
- ◆ Miedo a morir.
- ◆ Síntomas generales.
- ◆ Oleadas de calor o escalofríos.
- ◆ Adormecimiento o sensación de hormigueo.

Clasificación Internacional de Enfermedades.

A pesar de que para hacer un diagnóstico de crisis de ansiedad, suele ser suficiente, un relativamente pequeño número de síntomas de las reducidas listas anteriores, en la práctica la variabilidad y diversidad de estos síntomas es mucho mayor, pudiendo afectar y alterar un gran número de sistemas corporales, lo que llega a confundir aún más a la persona que lo sufre.

Resumiendo, la crisis suele comenzar de forma brusca, alcanzando su máxima intensidad a los diez minutos o menos. No necesariamente debe existir una situación amenazante o un desencadenante claro, pudiendo encontrarse la persona más o menos tranquila en los momentos previos, o incluso dormida. Además de aparecer algunos de los síntomas corporales de los listados anteriores y que varían de persona a persona, este estado va acompañado de una intensa sensación de peligro, muerte inminente y la imperiosa necesidad de pedir ayuda o escapar. (12, 13,19)

En general, las personas que sufren una crisis de angustia, la describen como un miedo intenso, con sensación de estar a punto de morir o sufrir un infarto, o "derrame" cerebral, o bien perder el control o "volverse loco". Esta sensación, acompañada de los síntomas corporales que a veces son de gran intensidad, hacen que la persona tienda a escapar, como sea, de la situación o lugar donde se encuentra, y a veces buscar ayuda médica de urgencia.

Como la crisis llega a su pico máximo aproximadamente a los diez minutos, en caso de acudir a urgencias, cuando llegan al servicio los síntomas se han calmado mucho o han desaparecido, no encontrándose anomalías cuando son explorados. De cualquier forma, no es infrecuente que a pesar de haberse reducido la intensidad de los síntomas, la persona

quede en un estado de abatimiento, cansancio o desgana, que puede durar incluso durante horas hasta que se recupera, tal y como se ha pretendido reflejar en la ilustración.

CRISIS DURANTE EL SUEÑO

En algunas personas pudiera ocurrir que durante la noche, mientras duermen, se despierten bruscamente con síntomas corporales similares a los que aparecen durante una crisis de pánico, todo ello acompañado de una gran angustia ante el temor a que algo grave les esté pasando.

Hasta el momento, este tipo de cuadros no están bien estudiados, no conociéndose con precisión su frecuencia de aparición entre la población. Las crisis nocturnas no se dan en la totalidad de personas con un trastorno de pánico, oscilando su aparición entre un 4% a 69%, según diferentes estudios, en personas con crisis diurnas, y un 2 % de casos con crisis exclusivamente nocturnas.

No todas las interrupciones súbitas y angustiosas del sueño son debidas a una crisis de pánico, pudiendo resultar de interés, diferenciar, estas de otras patologías, como la apnea del sueño (parada u obstrucción respiratoria breve), los terrores nocturnos, las pesadillas, la parálisis del sueño o la epilepsia nocturna. Cuadros, todos ellos, más o menos, fáciles de descartar con una exploración detallada, sobre todo, si coexisten crisis diurnas.

Las crisis de pánico nocturnas, suelen ocurrir en la primera mitad de la noche, y no suelen asociarse con la fase "del soñar". Algunas investigaciones han descrito que las personas con crisis nocturnas refieren mas crisis durante el día y tienen más síntomas corporales, que las personas con crisis exclusivamente durante el día, aunque la intensidad de los síntomas nocturnos, puede ser menor que el nivel alcanzado durante el día. La aparición de crisis nocturnas puede condicionar también conductas de evitación, que en este caso serían temores a ir a la cama o a quedarse dormido. (10, 12, 18,22)

LA HIPERVENTILACION

La hiperventilación o ventilación pulmonar excesiva, suele aparecer cuando la persona nota determinadas dificultades respiratorias, como puede ser, la sensación de no poder aspirar suficiente aire por opresión en el pecho. Esto hace que la persona sienta "hambre de aire", lo que a su vez le motiva a respirar más rápido y profundo, incluso saliendo a la ventana con el ansia de buscar aire fresco. (13, 14)

No tratándose realmente de una necesidad de oxígeno, se introduce una cantidad de aire superior a las necesidades del organismo. Lo que se consigue es eliminar un exceso de

anhídrido carbónico (CO₂) que provoca una "alcalosis respiratoria" (aumenta el pH de la sangre). De forma fisiológica (normal), este cambio en la composición de la sangre, hace que se libere menos oxígeno en los tejidos, entonces el corazón de forma refleja aumenta la potencia y frecuencia de sus latidos. También el lugar desde donde se controla la respiración se ve afectado, al haber menos CO₂ se reduce la frecuencia respiratoria y para compensarlo, la persona la fuerza voluntariamente, aumentando la sensación de disnea o ahogo. A partir de aquí, los síntomas de angustia empeoran, ya que se desencadenan una serie de fenómenos fisiológicos, que suelen empezar con entumecimiento u hormigueo en los dedos de ambas manos, aunque ocasionalmente también puede afectarse sólo una de ellas. Si la alcalosis persiste, esta sensación se va extendiendo también a los dedos de los pies, el resto de los pies, la cara y especialmente la zona alrededor de la boca, menos frecuentemente se pueden producir contracciones musculares e incluso tetania (contracción muscular mantenida), sobre todo en muñecas y tobillos. Junto a lo anterior suele coexistir cierta sensación de atontamiento, así como de presión y agrandamiento de la cabeza. Ni que decir, tiene que la aparición de estos síntomas secundarios a la hiperventilación no hace más que agravar la sensación de pánico de la persona. (13, 14, 25,26)

Una persona con una crisis de pánico puede correr el riesgo de hiperventilar, con el consiguiente empeoramiento del cuadro, pero también se sabe que personas predispuestas, pueden desencadenar la propia crisis, si fuerzan su respiración de forma voluntaria.

EL TRASTORNO DE ANGUSTIA

También denominado trastorno de pánico o ansiedad paroxística episódica en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Este trastorno hace referencia a la sucesión de un cierto número de crisis de angustia inesperadas. Además, y durante un período de tiempo (por ejemplo, 1 mes), la persona vive atemorizada por la posibilidad de padecer una nueva crisis y sus posibles consecuencias. Todo ello, le puede llevar a modificar sus comportamientos habituales, buscando que las crisis no se repitan.

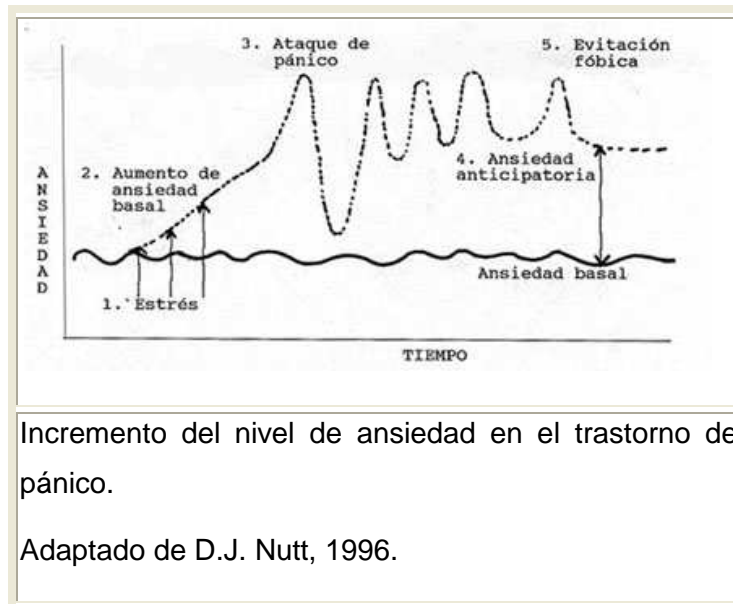
Dependiendo de la clasificación diagnóstica que se utilice, este diagnóstico será más o menos frecuente. Por ejemplo, la clasificación americana, incluye aquí todos aquellos casos en que se repitan las crisis de pánico, independientemente de que presenten o no agorafobia, mientras que para la OMS, sólo recibirán este diagnóstico primario aquellas personas que no la presenten. (1, 3, 5, 7, 8, 10)

LA ANSIEDAD ANTICIPATORIA

Es un estado secundario tras la presentación de un ataque de pánico y por el que la persona, a pesar de no sufrir un nuevo ataque, vive atemorizada por la posibilidad de que la crisis se repita. Hay personas que pueden desarrollar cierto grado de ansiedad anticipatoria, incluso tras una o dos crisis, mientras que otras no llegan a desarrollarla, incluso tras frecuentes crisis.

Alguien la describió muy gráficamente como un estado de "miedo al miedo", que puede ser muy incapacitante y confundirse con un estado de ansiedad generalizada si no se explora la existencia de ataques de pánico previos. El individuo está continuamente pendiente de sus sensaciones corporales, alerta ante posibles señales de aviso que anuncien la inminencia del ataque de pánico. Evidentemente esto genera una importante tensión en las actividades diarias, sometidas a una hipervigilancia continua para evitar verse sorprendido por la crisis.

En la siguiente figura se representa gráficamente el aumento de la ansiedad basal tras la sucesión de una serie de crisis de angustia. (9, 10,11)



LA ANSIEDAD GENERALIZADA

Aunque el trastorno por ansiedad generalizada requeriría por sí mismo un manual similar al presente, únicamente daremos una somera descripción que nos permita hacernos una idea general.

La ansiedad generalizada, con cierta frecuencia, se asocia al trastorno por angustia, presentando algunas similitudes con la ansiedad anticipatoria, por lo que en ocasiones se

llega a confundir con ella. La existencia de crisis de pánico con anterioridad, apuntará más hacia la ansiedad anticipatoria, aunque ocasionalmente ambos tipos de ansiedad pueden coexistir a la vez, o bien añadirse un trastorno por angustia a cierto nivel de ansiedad generalizada ya existente previamente.

La ansiedad generalizada se presenta de forma continua y no con picos o episodios de crisis. La característica principal es un estado mantenido de tensión y nerviosidad, con preocupaciones en torno a situaciones o acontecimientos pronosticados como desfavorables. Temores típicos son los relativos a accidentes, enfermedades, dificultades económicas, laborales o familiares, sin guardar una relación directa con la realidad exterior objetiva, ni ser reflejo únicamente del miedo a la aparición de una eventual crisis de angustia o sus consecuencias.

La persona está nerviosa, de mal humor, irritable e insatisfecha. La tensión mantenida puede resentir los músculos generando dolores, sobre todo en espalda, cabeza y cuello. Los dolores de cabeza, son relativamente frecuentes en forma de presión, bien en la zona de la nuca o en la parte frontal, mientras que otras veces, es un dolorimiento continuo, de carácter pulsante. Aparecen además síntomas corporales, como el aumento de la sudoración, sobre todo en las manos, facilidad para ponerse rojo, sequedad de boca o por el contrario mucha salivación, molestias en la garganta, náuseas, eructos, molestias de estómago, necesidad de orinar con frecuencia, ligera diarrea, temblor y agitación interna. (3, 5, 8, 9, 12)

No es infrecuente que por el estado de hipervigilancia continua, la persona presente dificultades de sueño, así como sensación de cansancio y fatigabilidad durante el día. Las alteraciones del apetito pueden oscilar desde su aumento a la disminución, lo mismo que puede observarse en relación al impulso sexual. También las capacidades mentales se resienten, apareciendo con frecuencia dificultades para mantener la atención y concentración, lo que favorece la distraibilidad, así como pueden existir algunas dificultades de memoria.

LAS FOBIAS

Por fobias se entienden los temores excesivos e irracionales ante situaciones a las que la mayoría de las personas no asustan, o en todo caso sólo generan un malestar o incomodidad mínima. Por ejemplo, permanecer un corto período de tiempo en un recinto muy pequeño (ascensor), aunque no sea agradable o cómodo, se soporta con facilidad por la gran mayoría de personas. Sin embargo puede haber individuos que son incapaces de

utilizar un ascensor, y que en caso de hacerlo, sufrirán un estado de gran ansiedad, que incluso puede llegar al nivel de una crisis de pánico. (11, 12)

Existen infinidad de fobias posibles, en realidad cualquier objeto o situación, puede ser motivo de temores fóbicos, dependiendo de la persona. Los temores más frecuentes suelen referirse a:

- Animales. Generalmente con inicio en la infancia.
- Ambiente. En relación con la naturaleza y fenómenos atmosféricos (tormentas, viento, precipicios, agua.... También suele iniciarse en la infancia).
- Sangre, inyecciones, daño corporal. Suele darse con mayor frecuencia en algunas familias. Con cierta facilidad se desencadenan reacciones vegetativas que pueden llegar al mareo o desvanecimiento ante la visión de estas circunstancias.
- Situaciones. Como transporte, túneles, puentes, aviones, ascensores, coches, espacios cerrados.
- Otros tipos. Como el temor al atragantamiento, vómitos, contraer una enfermedad, a caer si no hay paredes cerca...

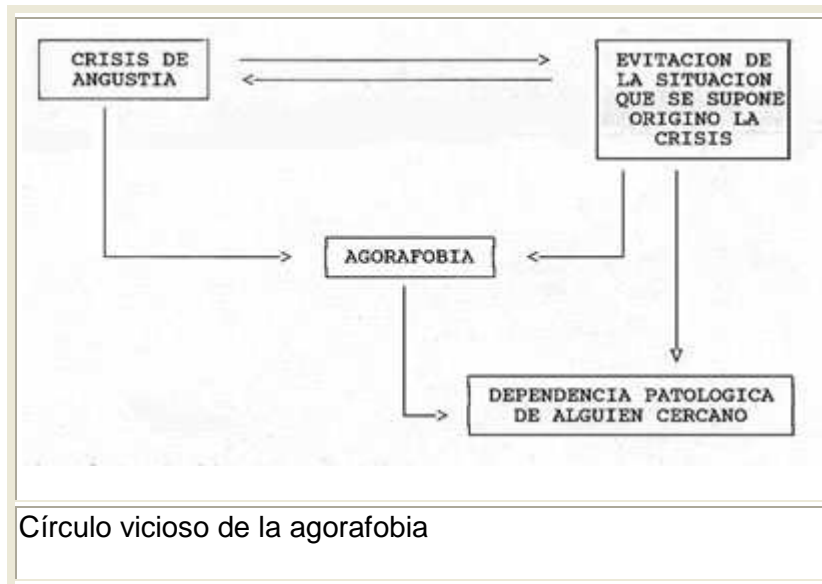
La mayoría de las fobias, son trastornos circunscritos, que no necesariamente tienen que ir asociados a un trastorno de angustia. Dos tipos particulares de fobias son la agorafobia y la fobia social, que se describen a continuación. (3, 4, 7, 10, 11)

LA AGORAFOBIA

Es el miedo a lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil (o embarazoso), o en el caso de presentar alguno de los síntomas de la crisis de ansiedad o similares (diarreas, mareos...), no se puede obtener ayuda inmediata. Aunque a veces la agorafobia puede aparecer sin crisis de ansiedad anteriores, generalmente es posterior a ellas.

De forma típica, la persona comienza a evitar algunas situaciones o lugares temidos, pero al cabo del tiempo puede que esté muy limitado en cuanto al número y lugares donde se encuentra cómodo. Evita así estar solo, dentro o fuera de casa, las concentraciones de gente, lugares con mucho ruido o luces, grandes almacenes o comercios, transportes públicos, puentes o ascensores. En el caso de tener que enfrentar alguna de estas situaciones, no lo hace más que sometido a un intenso temor, tranquilizándose algo, si se encuentra en compañía de alguien de su confianza o con algo entre las manos como puede

ser un carrito. Esta dependencia enfermiza de otras personas, puede llegar a generar importantes tensiones añadidas en las relaciones familiares. (9, 10, 11, 12, 13)



LA FOBIA SOCIAL

El temor a aquellas situaciones de tipo social o público donde la persona puede sentirse observada. No asociándose de forma tan característica como la agorafobia, al trastorno de pánico, debe ser diferenciada de esta, ya que aunque pueden presentarse aspectos similares entre los dos trastornos, resultan básicamente diferentes.

La fobia social se caracteriza por el miedo a ser censurado y el consiguiente bochorno y humillación pública. Son frecuentes la aparición de enrojecimientos de cara, sudor, temblor (por ejemplo, al firmar en público o levantar una taza), y bloqueos del habla. Comer en público puede ser una acción insoportable, tendiendo a buscar mesas o lugares apartados. A diferencia de la agorafobia, se evitan las tiendas pequeñas, mientras que los grandes supermercados, no generan dificultades hasta que llega la hora de pagar. También de forma diferencial, las personas cercanas que intentan apoyar o ayudar pueden empeorar la situación.

LA DEPRESION

Existe un relativamente gran número de cuadros que pueden clasificarse bajo el nombre de "depresión". Sin embargo, básicamente podemos decir que es un estado anímico de tristeza mantenida, que se acompaña además de otros síntomas corporales variados. La persona deprimida refiere sentimientos de tristeza, pérdida de la capacidad para interesarse o disfrutar de las cosas, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí

mismo, autorreproches infundados, desesperanza hacia el futuro, pesimismo y visión negativa de la propia vida, además de disminución de su vitalidad y cansancio exagerado, trastornos del sueño, apetito, sexualidad u otras funciones corporales. Estos síntomas pueden variar en intensidad, o asociarse a otros, dependiendo del tipo de depresión que se trate, de igual forma que pueden ir asociados o no a situaciones o sucesos particulares de la vida de la persona.

Es muy importante precisar que un trastorno por angustia NO es una depresión, a pesar de que tras la aparición de una crisis, la persona pueda sentirse triste o miserable durante unas horas o días. Sin embargo, no es infrecuente que tanto las crisis de ansiedad, como la depresión, puedan coexistir en la misma persona. Bien porque las limitaciones impuestas por las propias crisis llegan a deprimir al sujeto, o bien por la aparición de crisis en personas ya deprimidas con anterioridad. En estos casos puede requerirse de tratamiento complementario, pero, lo que es muy importante, debe reconocerse que junto a los temores hacia la aparición de una crisis, el propio estado de ánimo de desesperanza y falta de expectativas de mejoría, pueden frenar al individuo en sus esfuerzos hacia la superación del cuadro. (7, 9, 10, 11)

TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Básicamente, su función consiste en controlar la aparición de las crisis de angustia, o en todo caso disminuir su intensidad o frecuencia. Además, pueden ser de utilidad en la mejora de otros síntomas asociados, como pueden ser la ansiedad generalizada, la depresión o el insomnio. De forma secundaria, también pueden ayudar en otros aspectos, como puede ser la agorafobia. En este caso, no porque el medicamento actúe específicamente sobre ella, sino porque, al controlarse las crisis y disminuir la ansiedad, puede aumentar la autoconfianza de la persona y favorecer el enfrentamiento de sus dificultades.

El grupo de fármacos más utilizados, son los tranquilizantes o ansiolíticos, junto a los antidepresivos. Estos últimos, no sólo porque a veces es necesario tratar un estado depresivo asociado, sino porque, en sí mismos, tienen un efecto demostrado en el control de las propias crisis. En el caso de existir insomnio, puede que se recete un hipnótico o inductor del sueño durante un período limitado, aunque, si se han recetado tranquilizantes, generalmente suele ser suficiente aumentar únicamente la dosis de la noche, ya que este mismo, tiene el efecto de una "pastilla para dormir".

El tratamiento de elección vendrá dado según el criterio de su médico, en base a sus características personales y síntomas predominantes. Puede que de entrada se le recete

exclusivamente un tranquilizante o un antidepresivo, o bien que estos dos fármacos se asocien desde un principio. Existen además, otras medicaciones que también pueden ser utilizadas en caso de no ser suficientes las anteriores. (1, 3, 7, 13)

LA DEPENDENCIA

Existen dos tipos de dependencia, la física y la psicológica.

La dependencia física es un estado del organismo en el cual se necesita y busca el fármaco, a veces en dosis mayores, no ya para controlar los síntomas por los que se empezó a tomar, sino simplemente porque "el cuerpo lo necesita" para encontrarse bien. Este tipo de dependencia, puede aparecer con el consumo mantenido de algunos medicamentos, siendo más frecuente su desarrollo, con el uso prolongado de tranquilizantes. La dependencia, con necesidad imperiosa del medicamento y aumento progresivo de la dosis, es más improbable, en el caso de los antidepresivos. De cualquier forma, siempre resulta prudente que en el momento de reducir las dosis, se haga de forma gradual y escalonada, tanto para evitar fenómenos de abstinencia, como para permitir que su organismo se vaya adaptando y evitar la aparición de un síndrome de discontinuación. Este síndrome puede darse en personas que han tomado antidepresivos (algunos más que otros), durante una temporada y los suspenden de forma brusca (abandonos, olvidos...). En horas o días, pueden aparecer una serie de síntomas de malestar general e incremento de la ansiedad, que pueden ser confundidos con una recaída y no atribuirse a la falta brusca de medicación, con lo que pueden verse reforzados los temores de la persona y entonces, no atreverse posteriormente a suspender el tratamiento. En cualquier caso, la reducción deber ser progresiva, controlada por su médico y nunca deber precipitarse ante el temor de desarrollar una dependencia, ya que en ese caso, se correría un mayor riesgo de recaída de la enfermedad. (9, 13)

Incluso, tras un período muy prolongado tomando una medicación de este tipo, la disminución de la dosis es relativamente fácil, si la reducción se hace de forma cuidadosa y gradual. En caso de notarse un ligero aumento de la ansiedad, no se alarme, ya que suele tratarse de un fenómeno normal de duración limitada, que no significa que vaya a recaer o aparecer un síndrome de abstinencia. Puede ayudarse a superar esta situación con alguna infusión como la tila o valeriana, de las que tampoco debe abusar.

La dependencia psicológica hace referencia a la necesidad subjetiva de la medicación, no por el riesgo de aparición de un síndrome de abstinencia, sino por el propio temor a no encontrarse bien si no se dispone de la medicación. Por este motivo, la persona no se atreve a separarse de sus pastillas, vaya a donde vaya, no siendo infrecuente que la persona

guarde pequeñas reservas en bolsillos, bolsos y maletas, como forma de asegurarse que nunca le falten. (7, 8, 9, 10)

III.5 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

LA TOLERANCIA

Básicamente es la necesidad de dosis cada vez más elevadas para conseguir el mismo efecto. De igual manera que la dependencia, la tolerancia es un fenómeno que se da principalmente con los tranquilizantes y no con los antidepresivos. Por este motivo, una vez estabilizado el cuadro, se suele reducir en lo posible, la cantidad de medicación diaria al mínimo suficiente. Pero por otra parte, tampoco es aconsejable precipitar una rápida disminución de la dosis, ya que entonces puede aumentarse el riesgo de recaídas. (12, 13, 14)

Mantener sin necesidad las mismas dosis que en el período agudo de tratamiento por temor a una recaída, sobre todo si estas son altas, puede hacer que cada vez sean necesarias dosis mayores en caso de empeoramiento, además de aumentar el riesgo de dependencia. En el caso de los antidepresivos, suele ser más frecuente, mantener una dosis similar a la del inicio durante todo el tratamiento. De cualquier forma, estudios fiables señalan que no es frecuente desarrollar tolerancia a los efectos antipánico de los tranquilizantes, no siendo necesario normalmente incrementar la dosis de mantenimiento cuando el tratamiento es a largo plazo. (14)

Los tranquilizantes y antidepresivos tienen tiempos diferentes para iniciar su acción.

En general, los antidepresivos necesitan un tiempo mayor para empezar a actuar y alcanzar su efecto máximo. Es lo que se denomina "período de latencia". Este tiempo puede variar entre un tipo y otro de fármacos, oscilando, entre unos 10 días, a unas semanas. Por este motivo, es muy importante que no se impaciente buscando un efecto total e inmediato con la medicación. Si al principio no se consigue controlar todos sus síntomas de forma satisfactoria, confíe en que con el paso de los días este objetivo puede ser posible. No deje nunca un tratamiento por este motivo sin consultar antes con su médico. Tenga en cuenta además, que la medicación puede ser conveniente, se pauten en dosis bajas al principio, para que su organismo se vaya acostumbrando y reducir así al mínimo el riesgo de efectos secundarios desagradables. Si ve que su mejoría no se alcanza con la velocidad que desearía, y que su médico, sigue subiéndole la dosis de medicación, no piense que está más

grave de lo que se pensaba, simplemente, puede tratarse de que el tratamiento se está incrementando de forma adecuada, para evitar efectos secundarios y que todavía, se necesita un poco más de tiempo para valorar sus resultados.

Los tranquilizantes suelen tener una mayor rapidez de acción en el control de los síntomas de ansiedad, cuando se inicia un tratamiento. Por este motivo, en muchas ocasiones, se suelen recetar junto al antidepresivo, para ayudar mejor al paciente en las primeras semanas del tratamiento. Posteriormente, una vez controlada la sintomatología mayor, puede ensayarse la retirada progresiva de los tranquilizantes, muy poco a poco y de forma cuidadosa, por su mayor riesgo de dependencia. (3, 4, 5, 7, 8)

No olvide que en ocasiones, puede estar indicado, mantener ambos tratamientos hasta el final, o bien, utilizar únicamente sólo uno de ellos desde un principio.

Si pasado un mínimo de 8 a 12 semanas no se consigue controlar de forma mínimamente satisfactoria la sintomatología, lo primero es interrogarle acerca del cumplimiento puntual del tratamiento, ya que una gran parte de los fracasos son debidos a un mal seguimiento o abandonos de la medicación. Es muy importante que siga rigurosamente la pauta recetada. Si este no es su caso, o bien han aparecido efectos secundarios que aconsejan la suspensión del tratamiento, no se desanime, afortunadamente existen otros muchos medicamentos que pueden ensayarse de forma alternativa. El que un grupo farmacológico no funcione, no quiere decir, que los otros existentes no vayan a hacerlo. Recuerde además, que mientras tanto, puede seguir haciendo mucho por usted mismo, si sigue algunos de los consejos de este manual. (3, 6, 7, 8, 10)

¿CUANTO TIEMPO PUEDE DURAR EL TRATAMIENTO?

Dar una respuesta general a esta pregunta resulta difícil, ya que el tiempo necesario varía de persona a persona.

Aunque en algunas ocasiones, pueden ser suficientes unos pocos meses de tratamiento tras haberse conseguido el control de los síntomas, un enfoque preventivo aconseja mantenerlo al menos de 8 a 12 meses para evitar recaídas y reforzar la autoconfianza de la persona. En otros casos de más larga evolución y donde las recaídas pueden ser frecuentes, el tratamiento puede mantenerse durante más tiempo. (1, 2, 3)

¿ES SUFICIENTE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PARA LA SUPERACION DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA?

Aunque para un grupo de personas puede ser relativamente suficiente el tratamiento farmacológico, es evidente, que en general este tratamiento se beneficia y complementa con una gran variedad de técnicas y tratamientos de tipo psicológico. Algunas de ellas, son técnicas que la persona puede aprender y utilizar tanto en las situaciones de crisis, como en otros momentos. Otros tratamientos requerirán la participación de diversos profesionales.

Como parece lógico, la persona afectada desea como primera medida, mejorar su sintomatología más aguda e incapacitante, por lo que algunos tratamientos irán dirigidos a este objetivo exclusivamente. Pero además, merece la pena considerar si la persona pudiera beneficiarse de un abordaje más amplio que le permitiera enfrentar otras dificultades de personalidad o de tipo psicosocial que pudieran estar actuando sobre ella. (7)

TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS

LA PSICOTERAPIA

El término psicoterapia se refiere a los tratamientos en que se utilizan técnicas psicológicas, fundamentalmente a través de la palabra. En el trastorno de angustia, ya sea para tratar la sintomatología principal u otras condiciones asociadas, han demostrado su utilidad las psicoterapias de apoyo, cognitivo-conductual y psicodinámica o psicoanalítica. La mayor parte de estos abordajes, pueden realizarse de forma individual o en grupo y, ocasionalmente, pueden estar indicadas algunas intervenciones de tipo familiar o de pareja. (10,13)

PSICOTERAPIA DE BASE PSICOANALITICA

También llamada psicoterapia psicodinámica. Es toda aquella psicoterapia que se fundamenta teórica y técnicamente en el trabajo de Freud y de sus discípulos. De utilidad en el trastorno por ansiedad generalizada y menor efectividad ante las crisis de angustia agudas, básicamente su objetivo sería, hacer conscientes los conflictos inconscientes que pueden estar influyendo en la vida de una persona. Para ello, el profesional alienta al paciente, a asociar sus pensamientos de la forma más libre posible, y de esta forma, ir saltando de un tema a otro, hasta ocasionalmente poder entender algunos de los significados inconscientes que un determinado hecho tienen para el paciente. Además, se analiza la relación existente entre el propio paciente y el profesional (trasferencia), ya que se presupone que en esta relación, se podrán encontrar pistas acerca del tipo de relación que

se establece con otras personas de importancia para el paciente. También es de gran importancia, el análisis de las resistencias que muestra el paciente a la hora de profundizar en su mundo interno, así como de los mecanismos psicológicos de defensa utilizados para evitar los conflictos con el mundo exterior. Otra área importante de observación son los sueños, ya que a través de ellos, en muchas ocasiones, se puede entender mejor el inconsciente del individuo. De igual forma que sucede con los síntomas, los sueños, contendrían cierto significado simbólico, que hace referencia a los conflictos internos de las personas. (1, 10)

Dentro de las psicoterapias de orientación analítica, se encuentra el psicoanálisis, con algunas variantes en su técnica de aplicación, según las escuelas. En general, exige una frecuencia de sesiones semanales bastante elevada (entre 3 y 5), y se puede prolongar durante años. El paciente se tumba en un diván, mientras el profesional permanece sentado tras él, en actitud neutral y primando la escucha más que sus propias intervenciones. Los consejos directivos o concretos son escasos. (10,13)

A partir del psicoanálisis, se han desarrollado toda otra serie de técnicas de orientación psicodinámica, en las que el profesional, si bien se adhiere a los postulados teóricos del psicoanálisis clásico, se muestra más flexible en la técnica. El paciente se sienta cara a cara con el terapeuta, pueden pactarse un menor número de sesiones semanales, el profesional se muestra más activo, no combatiendo sistemáticamente las resistencias del paciente, sino buscando reforzar su yo consciente, para resolver los síntomas más que los conflictos internos inconscientes. Una modalidad particular, es la psicoterapia dinámica breve o focal, en la que el psicoterapeuta, focalizando sobre la problemática concreta del paciente, mediante algunas hipótesis previas de trabajo y mostrándose muy activo en sus intervenciones, busca la solución rápida de los síntomas.

Todas ellas parten del supuesto de que la conducta y síntomas de la persona están determinadas no solo por su realidad actual, sino por las experiencias de su pasado. Estas experiencias pasadas, pueden quedar "almacenadas" de forma inconsciente, conformando el carácter del individuo así como los síntomas de angustia. Descubrir esos conflictos ocultos sería el camino para ayudar al paciente a conocerse mejor y a manejar de forma más efectiva los mecanismos psicológicos que generaron los síntomas. (10,13)

TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Básicamente, su función consiste en controlar la aparición de las crisis de angustia, o en todo caso disminuir su intensidad o frecuencia. Además, pueden ser de utilidad en la mejora

de otros síntomas asociados, como pueden ser la ansiedad generalizada, la depresión o el insomnio. De forma secundaria, también pueden ayudar en otros aspectos, como puede ser la agorafobia. En este caso, no porque el medicamento actúe específicamente sobre ella, sino porque, al controlarse las crisis y disminuir la ansiedad, puede aumentar la autoconfianza de la persona y favorecer el enfrentamiento de sus dificultades.

El grupo de fármacos más utilizados, son los tranquilizantes o ansiolíticos, junto a los antidepresivos. Estos últimos, no sólo porque a veces es necesario tratar un estado depresivo asociado, sino porque, en sí mismos, tienen un efecto demostrado en el control de las propias crisis. En el caso de existir insomnio, puede que se recete un hipnótico o inductor del sueño durante un período limitado, aunque, si se han recetado tranquilizantes, generalmente suele ser suficiente aumentar únicamente la dosis de la noche, ya que este mismo, tiene el efecto de una "pastilla para dormir".

El tratamiento de elección vendrá dado según el criterio de su médico, en base a sus características personales y síntomas predominantes. Puede que de entrada se le recete exclusivamente un tranquilizante o un antidepresivo, o bien que estos dos fármacos se asocien desde un principio. Existen además, otras medicaciones que también pueden ser utilizadas en caso de no ser suficientes las anteriores. (1, 3, 7, 13)

PSICOTERAPIA DE TIPO COGNITIVO

De eficacia probada en algunos casos de depresión, y originalmente desarrollada por Beck, este tipo de técnica, se fundamenta en el supuesto de que las crisis de angustia, ya sean espontáneas o asociadas a un estímulo externo, surgen de una interpretación falsa y equivocada, de tipo catastrófico, de algunas sensaciones corporales, que no son más que respuestas más o menos normales a la ansiedad. Por ejemplo, interpretar como un infarto inminente el aumento de la frecuencia del corazón o entender que ciertas dificultades respiratorias, desembocarán sin duda en el ahogo o incluso la muerte por asfixia. Es decir, un estímulo corporal se asocia a un pensamiento (cognición), de forma automática, que puede adquirir la característica de un monólogo interno de carácter involuntario y que desemboca ineludiblemente en un resultado catastrófico.

Los estímulos externos, como puede ser un supermercado, o los internos, como algunas sensaciones corporales, imágenes o pensamientos, se perciben con aprensión y miedo, lo que hace que aumente el nivel de ansiedad y aparezcan nuevas sensaciones corporales, que se interpretan, como la confirmación e inminencia de la catástrofe, desencadenándose el ataque de pánico. Basándose en esta cadena de acontecimientos, se enseña al paciente a

interrumpirla a través de una serie de pasos, que implican el reconocimiento de los pensamientos y sensaciones corporales que van asociados con el ataque de angustia, para posteriormente mostrarle, por ejemplo, cómo la hiperventilación provoca esos mismos ataques y cómo automáticamente, van asociados a la interpretación catastrofista. Además, pueden utilizarse técnicas de control de la respiración, así como el desarrollo de otro tipo de pensamientos menos amenazantes y más adecuados, como respuesta a los síntomas corporales. (13, 14)

Normalmente la técnica se inicia con la llamada "entrevista socrática", donde se evita el asesoramiento directo, los consejos moralizantes o los juicios de valor. La entrevista de tipo directivo, se centra en hechos reales y acontecimientos concretos, intentando delimitar y detallar lo más posible, el tipo de cogniciones (pensamientos), asociados a cada situación amenazante. El objetivo posterior, pasa por la reestructuración cognitiva del paciente (reordenación de su pensamiento). Identificando el pensamiento negativo asociado al suceso, puede entonces analizarse hasta qué punto éste es inadecuado o exagerado, descubriendo sus efectos negativos sobre conductas y sentimientos. Una vez conseguido esto, se anima al paciente a considerar otras hipótesis menos amenazantes para explicar los síntomas.

TRATAMIENTO DE TIPO CONDUCTUAL

Los tratamientos conductistas o de modificación de conducta, presuponen que una determinada conducta, puede entenderse como una respuesta condicionada a un estímulo. La base del tratamiento consistirá entonces, en desacondicionar algunas conductas del sujeto, o bien condicionarle para el aprendizaje de otras formas de respuesta más adecuadas.

Estos tipos de tratamiento son muy directivos, sin poner ningún énfasis sobre el mundo interno o historia de desarrollo personal del paciente. En el trastorno de angustia, se utilizan distintos tipos de técnicas, útiles sobre todo, en los síntomas fóbicos asociados. (7, 8)

- La desensibilización sistemática introducida por Wolpe y sustentada en el concepto de "inhibición recíproca". Es un tipo de descondicionamiento en el que se asocia una situación placentera e incompatible con la angustia, generalmente la relajación, con estímulos o pensamientos que en otra ocasión hayan generado ansiedad. El sujeto elabora una lista de estímulos, de menor a mayor potencial de generación de ansiedad; luego, a lo largo de las sesiones de tratamiento y mientras se encuentra relajado, se le pide que vaya imaginando progresivamente esas situaciones. Si aparecen signos de intranquilidad se vuelve a la

situación anterior para seguir con posterioridad una vez tranquilizado. De esta forma, se contribuye a bloquear la ansiedad ante estos estímulos en la vida cotidiana. El tratamiento termina con la desensibilización con exposición en vivo, es decir, confrontando en la vida real la situación amenazante.

- Técnicas de inundación o implosión en las que se confronta al paciente durante un período de tiempo relativamente dilatado, con la situación amenazante. Aparece entonces, un alto nivel de angustia, que poco a poco, va cediendo por extinción o agotamiento.

En ambos casos, parece que la eficacia de cualquiera de las dos, se sustenta en último término en la exposición o enfrentamiento a la situación real y atemorizante. (9, 10)

PSICOTERAPIA DE APOYO

En general, es la técnica más empleada en el abordaje de estos casos, siendo de una gran utilidad, sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones, no se reconoce una base teórica única en su aplicación, recurriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento, en función de las necesidades particulares del caso. Por este motivo, muchas veces se habla de orientación ecléctica en estos abordajes. (12, 13)

ABORDAJE DE FAMILIA O PAREJA

Este tipo de tratamientos, no son específicos o inevitablemente indicados en el trastorno de angustia. Sin embargo, sí puede resultar de interés, que algún familiar directo, conozca el trastorno e incluso, ofrezca su colaboración para su mejor recuperación. En otras ocasiones, este familiar también puede ser candidato al apoyo a través de sugerencias y explicaciones ante las ocasionales tensiones que pueden surgir por las propias limitaciones y demandas del paciente. En el caso de que con el propio trastorno coexistan dificultades relacionales bien establecidas, pudiera estar indicado un tratamiento de familia o pareja dirigido a la mejor resolución de esa problemática. (6, 8, 9)

TRATAMIENTO EN GRUPO

Los abordajes en grupo pueden tener diferentes objetivos, desde un carácter más o menos didáctico y de reforzamiento mutuo entre personas con la misma problemática, hasta la exploración de aspectos históricos y psicológicos personales y formas de relación interpersonal.

En muchas ocasiones, los tratamientos en grupo no son bien aceptados de entrada, ya que en general, en momentos de mayor inseguridad personal, tendemos a encontrarnos más

cómodos y confiados en la relación unipersonal. Además, existen otras razones, que bajo la excusa de la vergüenza o timidez, temor a la falta de confidencialidad o miedo a ser abrumado por los síntomas de otros pacientes, hacen que muchas personas, desestimen esta posibilidad. Sin embargo, los tratamientos grupales no solo ofrecen una alternativa más económica y de calidad, sino que aportan características específicas que no encontramos en los tratamientos individuales. De esta forma, la posibilidad de poner en perspectiva los propios problemas, recibir y ofrecer apoyo mutuo, comprobar otras maneras de afrontar el problema, así como la existencia de mejorías esperanzadoras en otras personas, o poder explorar en un entorno confiable, las formas de relación interpersonal, son todas ellas ventajas añadidas, que son posibilitadas por el encuadre grupal. (3, 4, 5, 6)

Este tipo de tratamientos pueden estar, además, especialmente indicados en aquellas personas con ciertas dificultades de relación interpersonal, permitiéndoles confrontar y analizar muchos de sus temores fóbicos al contacto social. (1, 13)

ESTRATEGIAS DE SUPERACION PERSONAL

Sin duda, existen un gran número de técnicas que la persona puede aplicar para ayudarse a sí misma, y que presentaremos a continuación. Pero la primera y más genérica actitud se resume en CONFIANZA. (2, 3, 6)

FORMAS DE RELAJACION

A continuación, expondremos dos tipos diferentes de relajación, que pueden ser utilizados de forma independiente o conjunta. La primera de ellas, deriva de un mayor control respiratorio, mientras que la segunda, focaliza sobre los músculos en general. (6)

Relajación respiratoria.

Una persona normal, suele respirar de 12 a 16 veces por minuto, cuando no está excitada o muy relajada. En situaciones de ansiedad, es muy frecuente que el individuo mantenga un tipo de respiración superficial y ocasionalmente entrecortada con suspiros. Este tipo de respiración, se realiza básicamente mediante el esfuerzo de los pequeños músculos que hay entre las costillas, movilizandó sobre todo, la parte superior del pecho. Sin embargo, la parte más baja de los pulmones, apenas son ventilados. Para favorecer su ventilación se requiere la participación de otro gran músculo que separa el pecho del abdomen, el diafragma. La respiración diafragmática o profunda, no moviliza únicamente el pecho, sino que desplaza el abdomen cada vez que tomamos y expulsamos aire. De esta forma se ventilan los pulmones en su totalidad, con una mejor oxigenación de la sangre.

La técnica de la respiración diafragmática es sencilla y puede ser utilizada de forma preparatoria a los ejercicios de relajación muscular. Pero recuerde que, debido precisamente a su sencillez, también puede ser aplicada en cualquier ocasión en que se note tensión o ante alguna amenaza concreta, como puede ser el temor a la ocurrencia de una crisis de angustia. (6)

Relajación muscular general.

Esta técnica permite al organismo, disminuir el estado de tensión mantenido por la ansiedad y que puede acabar en diversas contracturas, así como un estado de tensión mental, que disminuye parte de sus capacidades. Existen varias técnicas de relajación muscular, aquí le proponemos una de ellas, basada en la contracción-relajación progresiva de los diferentes grupos musculares.

MEJORAR EL SUEÑO

Tenga en cuenta, que el sueño, es un estado natural y necesario para la recuperación del organismo, que se repite en ciclos. Estos ciclos pueden ir desajustándose imperceptiblemente, como un reloj que atrasa o adelanta, por lo que es fundamental que sea especialmente cuidadoso en el mantenimiento de ese ciclo.

1.- La cantidad de sueño necesario, varía de persona a persona, incluso para una misma persona, puede haber temporadas en que un menor tiempo de sueño puede ser suficiente. En general, con la edad se duerme menos horas, con un sueño algo más ligero y más despertares a lo largo de la noche. También pueden aparecer algunas alteraciones, como son los ronquidos y contracciones de piernas o brazos.

SUPERAR EL MIEDO A SALIR DE CASA

La respuesta más contundente sería ¡saliendo!. Pero parece más conveniente que intente ir enfrentando sus miedos de forma escalonada y sin excesivas prisas, aunque sin perder de vista que el objetivo último será enfrentar en vivo y en directo aquellos lugares que ahora le asustan.

Aunque los consejos que se acompañan a continuación pueden requerir de la intervención de un profesional para su mayor efectividad, es probable que puedan ayudarle si persevera en su aplicación. Recuerde que la superación de la mayoría de sus temores puede requerir incluso meses.

Podrá empezar imaginando las situaciones temidas en casa. Para ello, relájese durante unos minutos y a continuación imagínese en un lugar que le atemorice, por ejemplo un supermercado, focalice su atención sobre el ambiente que puede existir en ese lugar, así como los primeros síntomas de ansiedad que aparecerían si estuviera realmente allí. Permite que la ansiedad aumente pero no hasta niveles insoportables. Desvíe entonces su atención para una vez disminuida, volver a imaginarse la situación. (8,9,10)

El siguiente paso será ir enfrentando gradualmente sus temores en vivo. Para ello, quizás necesite ir acompañado los primeros días con una persona de su confianza. Plantéese una estrategia escalonada de consecución de objetivos, marcándose claramente qué es lo que quiere conseguir. Para ello puede ser de utilidad que dedique al principio un tiempo a reflejar por escrito todas aquellas actividades que le generan cierta tensión y los objetivos concretos a alcanzar.

Lógicamente estos objetivos serán menos ambiciosos en un principio para ir aumentando en complejidad en la medida que va superando etapas. Al principio puede ser suficiente conseguir salir de casa, pasear por los alrededores, hacer un corto trayecto en un transporte público o hacer una compra en una tienda de los alrededores. Progresivamente irá aumentando la distancia de las salidas, la duración de los trayectos en transportes públicos o las dimensiones de los locales donde puede hacer sus compras. En un principio, esto deberá ser posible hacerlo acompañado, aunque el objetivo final será hacerlo solo.

Marque una tarea progresiva para practicarla diariamente. Por ejemplo, si ve que se encuentra incapacitado para estar solo a más de tres kilómetros de su domicilio, los pasos a recorrer podrían ser: a) Pasear acompañado hasta el punto en que empezaría a sentir pánico. b) Repetir esos paseos con el acompañante unos pasos por detrás. c) Realizar el paseo en "círculo", encontrándose con el compañero en el punto prefijado. d) Pedir al compañero que le espere en determinado lugar. e) Salir Vd. primero y esperar la llegada del otro. f) Salir a pasear solo mientras su compañero está en casa. g) Por último, pasear cuando éste se encuentre lejos.

Ciertamente estos ejercicios pueden parecer engorrosos o demasiado simples en un primer momento, siendo ésta la principal razón para su abandono o mala práctica a pesar de su efectividad. Otro riesgo muy frecuente es querer "acelerar" el proceso con la consiguiente recaída y reforzamiento posterior de las conductas de evitación. Por ejemplo: una persona con temor a los transportes públicos, es posible que no vea el sentido o la utilidad de viajar solo hasta la siguiente parada en su trayecto, así que cuando cree que está un poco mejor

decide hacer un largo recorrido. En el caso de que empiece a notar miedo según transcurren las paradas, decide abandonar o aguantarlo con grandes posibilidades de provocarse una crisis de ansiedad. Esta será para él la confirmación de que es imposible que pueda montarse de nuevo en ese medio.

Recuerde que necesita ir acostumbrándose y confiando de forma progresiva, aunque los pasos intermedios parezcan carecer de sentido o utilidad. En la superación de sus dificultades es necesaria cierta "dosis" de miedo superable, pero no correr el riesgo de desencadenar el pánico. (8,9,10)

RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

Sí. Es un aspecto que debe cuidar especialmente. Muchas personas con trastorno de angustia tienden a recluirse en casa por temor a las crisis o a evitar los contactos sociales por miedo a aparecer como más débiles, hacer el ridículo o sentirse incómodos o inseguros en este tipo de relaciones.

Las relaciones de amistad y sociales proporcionan al ser humano un importante sentimiento de compañía, aumenta la autoestima, ayuda a ampliar y relativizar nuestros puntos de vista, así como es una de las más accesibles fuentes de ayuda, tanto material como afectiva. Compartir parte de su tiempo con alguna persona de confianza no solo puede ser de gran utilidad para motivarle a salir de casa o ayudarle a enfrentar situaciones que le apuran, además es una buena manera de distraerse y le da la posibilidad de desahogarse en aquellos temas que quizá no pueda o no quiera comentar en casa. En muchas personas el trabajo suele ser una de las fuentes de contactos sociales. Este tipo de relaciones, sin llegar a reunir todas las características de lo que entendemos como "amistades", permiten confrontar opiniones, intercambiar experiencias y puntos de vista, así como servir de apoyo mutuo en ocasiones difíciles. Sin embargo, la persona que trabaja exclusivamente en casa pasa muchas horas sola y en el caso de salir fuera mantiene únicamente contactos esporádicos y superficiales con otras personas. Estos contactos, que antes al menos se veían facilitados por el tamaño de las ciudades y la necesidad de comprar diariamente productos perecederos en pequeños comercios de barrio, cada vez son más difíciles de establecer, debido al aumento del vecindario y la proliferación de grandes superficies comerciales, más impersonales y que hacen innecesario la compra regular de pequeñas cantidades de alimentos básicos. Por este motivo, es muy importante que recapacite si éste puede ser su caso. No dude entonces en buscar soluciones a través de grupos deportivos,

educativos o culturales, donde podrá entrar en contacto con otras personas además de desarrollar otras facetas de su persona. (6,7,8,9)

CONSEJOS U ORIENTACIONES SE PUEDEN DAR A LOS QUE RODEAN AL PACIENTE

Quizás pueda ser de utilidad que les pida que lean este Manual. Muchas veces las personas del entorno inmediato no llegan a aceptar o entender totalmente la importancia o gravedad del trastorno por angustia en un ser querido por varias razones:

- Desconocimiento de la existencia de este tipo de cuadros.
- Dificultades emocionales en ellos mismos al no poder soportar el sufrimiento de un ser querido, utilizándose entonces la técnica del avestruz negando la existencia del problema o creyendo que sólo se trata de una cuestión de falta de voluntad o exageración.
- Alteración de los hábitos familiares y aumento de la carga percibida por los seres cercanos.
- Posible percepción por parte de ellos de que quizás esté sacando algunas ventajas de su situación, como por ejemplo no asumir determinadas responsabilidades dentro del hogar o recibir más atenciones de su entorno. Evidentemente un trastorno por angustia nunca va a explicarse exclusivamente como una forma de llamar la atención o de desentenderse de sus obligaciones, incluso puede estar indicado que parte de todo ello se asuma como un aspecto necesario para la superación del problema. Discuta con sus familiares sus dificultades y necesidad personal de apoyo y cariño, pero esté abierto también a considerar la justeza de algunas de sus quejas. En toda enfermedad puede existir su parte de ganancia secundaria, que puede ser explotada. Un ejemplo característico son las pequeñas dolencias infantiles que se acompañan indefectiblemente de algún día sin escuela, comidas de capricho, algún que otro regalito sin importancia y la posibilidad de ver la tele tumbadito en la cama de los padres o arropado en la butaca de la sala.

Solicite abiertamente la comprensión y cariño de los que le rodean ya que necesita ser alentado, apoyado e incluso gratificado con pequeños detalles que refuercen sus progresos, además de cierta paciencia en caso de recaídas o aparente lentitud en la evolución. Sin embargo, no espere que los demás hagan todo por Vd., evitando exagerar la necesidad de cuidados, ya que todo ello lo único que hará es entorpecer su evolución. (1,3,4,6,8,9,10)

HACER EJERCICIO

Puede y debe hacer ejercicio. El tipo de ejercicio más indicado para cada persona viene matizado por su estado de salud general así como sus preferencias. En caso de que no esté

acostumbrado, es preferible que empiece con un ejercicio suave hasta ir poniéndose en forma. En cualquier caso, no realice deportes extremadamente violentos ni llegue a un sobreesfuerzo importante si no está preparado para ello. Esto no está indicado para nadie pero además puede ser que en el caso del trastorno de angustia, la persona se asuste al comprobar que su frecuencia cardíaca aumenta con el esfuerzo y tema la aparición de una crisis. Empiece progresivamente, si nota que su pulso se acelera no se alarme, piense que es lo normal con el ejercicio, disminuya si quiere un poco el esfuerzo y siga a continuación.

TIPO DE DIETA ESPECIAL

No, a excepción de aquella que se le haya podido recomendar por otros motivos como la hipertensión, colesterol o sobrepeso. Sin embargo, sí es conveniente que recuerde que una dieta variada y equilibrada, rica en alimentos frescos y fibra, de bajo contenido graso y azúcares con moderación, está indicada para mantener un buen estado de salud en general. Además, en el caso del trastorno por angustia, una mayor atención a este tipo de dieta puede estar indicado por varios motivos. Si existe tendencia a permanecer en casa por el temor a la crisis, además de aumentar la posibilidad de picar entre horas, se disminuye de forma importante el ejercicio realizado y por consiguiente el aporte de calorías necesario. Además, no es infrecuente que si existe además cierta alteración añadida del estado de ánimo, apetezcan más un tipo de alimentos que otros, siendo generalmente los menos saludables, con un alto contenido en grasas y azúcares los que más se consumen. Esto es muy evidente en el caso del chocolate, que muchas personas tienden a consumir de forma exagerada en períodos de mayor alteración del ánimo.

Atención especial merecen las bebidas estimulantes como el café, té y refrescos de cola. Si bien parece oportuno aconsejar que no se tomen en absoluto, en todo caso su consumo siempre ha de ser moderado y nunca por la tarde, ante el riesgo de alteración del sueño que conllevan. Tenga mucho cuidado de no intentar contrarrestar los efectos de una posible somnolencia debida al uso de medicamentos mediante café. Si éste es su caso, consulte con su médico, ya que una disminución o redistribución de la dosis recetada puede ser suficiente.

(7)

TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS

No si está tomando medicación, ya que pueden potenciarse entre sí algunos de sus efectos. A pesar de que la abstinencia está indicada desde el punto de vista médico, ante situaciones sociales concretas, como festividades y celebraciones especiales, podría dar algún sorbo de

bebidas de baja graduación (vino, champán) para "brindar", si no toma dosis excesivamente altas de medicación.

FUMAR

Por poder sí, pero no debe, como el resto de la población. En el caso de las personas ansiosas el riesgo del tabaco es aún mayor, ya que se tiende a aumentar de forma importante su consumo. Hay que recordar además que el tabaco puede alterar la estructura del sueño. En el caso de no poder dejar de fumar o no desear hacerlo por el motivo que sea, manténgase alerta ante el aumento en su consumo, buscando al menos disminuir la cantidad total de cigarrillos diarios, no apurarlos hasta el filtro, apagándolos a la mitad y no aspirar con fuerza su humo. (2,3,4,7,9,10)

MEJORAR LA SEXUALIDAD

Como vimos en el capítulo 5, la sexualidad puede afectarse por diferentes motivos. El primer consejo general en este sentido es doble.

Por una parte no intente "forzar" la situación, de esta forma solo conseguirá empeorarla. Para mantener relaciones satisfactorias es necesario una gran dosis de espontaneidad en ellas, es muy difícil conseguir una relación plena mientras la cabeza esté ocupada pensando si se conseguirá o no o si se llegará a "dar la talla" o satisfacer totalmente a la pareja. De esta forma es más probable que el impulso se inhiba o llegue incluso a evitarse por temor al fracaso.

La crisis de ansiedad, una experiencia de terror extremo

Una *crisis de ansiedad* es una reacción de miedo o malestar intenso que se presenta de forma repentina y alcanza su máxima intensidad en cuestión de dos o tres minutos, diez como máximo. Para denominarla así, esa reacción de miedo intenso debe ir acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar en el pecho

7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Sensación de irrealidad (desrealización) o de estar separado de uno mismo (despersonalización)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Sensación de entumecimiento u hormigueo
13. Escalofríos o sofoco

Cuando no se alcanzan los cuatro síntomas requeridos de la tabla anterior, pero hay malestar suficiente, hablamos de *crisis de síntomas limitados* o *minicrisis*.

Estas crisis de ansiedad pueden presentarse en situaciones muy distintas:

- en ascensores
- en espacios abiertos
- en supermercados
- cuando hablamos con extraños
- cuando hablamos con personas atractivas o con autoridad
- cuando vemos una jeringuilla o una herida con sangre
- etc.

Las situaciones mencionadas suelen desencadenar crisis de ansiedad en algunas personas. Según el tipo de situación que genera el miedo irracional y desproporcionado, se diagnostica la presencia de una agorafobia, una fobia social u otras fobias específicas. Las personas que padecen esas fobias saben que si se enfrentan a una situación del tipo temido será altamente probable que sufran una crisis de ansiedad.

En otras ocasiones las personas pueden sufrir crisis de ansiedad de forma espontánea, como si no hubiera ningún desencadenante. Esto ocurre en aquellas personas que padecen *trastorno de pánico*. De repente, sin saber por qué, comienza la crisis de ansiedad y alcanza el máximo de miedo en cuestión de segundos, generalmente dos o cuatro minutos. (11,12,13)

Ansiedad normal

Función adaptativa

↑ rendimiento

Leve

Menos somática

Emoción reactiva

Ansiedad patológica

Dificulta adaptación

↓ rendimiento

Profunda y persistente

Más somática

Sentimiento vital

IV. OBJETIVOS

IV.1 OBJETIVO GENERAL

- a. Clasificar los trastornos por ansiedad más frecuentes, el tipo de intensidad en los pacientes que acuden a la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

IV.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- IV.I. Establecer factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad
- IV.II. Determinar los principales factores desencadenantes de crisis de ansiedad
- IV.III. Identificar los factores que por su fuerza de asociación son trascendentes

V. METODOLOGIA

V.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal.

V.2 POBLACION

Se tomó una muestra del total de los pacientes que consultan a la emergencia del departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro Bethancourt, de 1 de Enero al 31 de diciembre de 2009 que en total fueron 735.

V.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA

FORMULA DE ESTIMACION DE UNA PROPORCION:

Total de poblacion: (N) 735

Nivel de confianza o seguridad: 95%

Precision: (d) 3%

PROPORCION (valor aproximado del parámetro a medir) 5% (si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral).

Tamaño muestral: (n) 439

Tamaño muestral ajustado a pérdidas:

Proporción esperada de perdidas: r: 18%

MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS: mínimo 435

V.4 . CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos los pacientes que acudieron a la emergencia de medicina interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala con trastornos de ansiedad

que presentaron alguno de los siguientes síntomas (Síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, sensación de muerte inminente, falta de aliento, opresión o malestar torácico, sensación de asfixia o atragantamiento, miedo, temblores o sacudidas, parestesias, escalofríos o sofocaciones, taquicardia o palpitaciones, náuseas o molestias abdominales).

- Ambos sexos
- Pacientes mayores de 13 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que realmente presenten condiciones físicas incluidas en una patología desencadenante de los síntomas antes descritos y que no hubieran estado expuestos a conflictos psicológicos previos o en el momento de la consulta.
- Pacientes con otro trastorno psiquiátrico ya diagnosticado.

V.5 VARIABLES ESTUDIADAS

1. Género
2. Edad
3. Estado civil
4. Escolaridad
5. Etnia

V.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Características generales:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Genero	Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta los criterio pertinentes, entre ellos las características anatómicas y cromosomitas	Masculino / Femenino	cuantitativa	Nominal	Masculino / femenino
Edad	Tiempo cronológico que ha vivido una persona	Tiempo en años que ha vivido una Persona	cuantitativa	Numérica	años
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, en relación a los cambios que influyen en su condición social	Soltero Unido Casado Viudo Divorciado	cuantitativa	nominal	
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente para una enseñanza elemental	Primaria Secundaria Diversificado universitario	cuantitativa	nominal	años

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Etnia	Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones raciales varias, divisiones taxonómicas de la especie y distribución geográfica	Indígena No indígena	cualitativa	nominal	
Crisis de ansiedad	Conjunto de estímulos nuevos e imprevistos, provocando un cambio brusco en el curso de los acontecimientos en sentido favorable o adverso, provocando trastorno funcional, psicológico y nervioso, caracterizado por su brevedad.	-Crisis de angustia -Ansiedad generalizada -Ataques de pánico -Agorafobia -Crisis por estres -Fobias específicas -Fobia social -Estres postraumatico	Cualitativa	Nominal	Leve Moderada Severa Incapacitante

V.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

Los datos obtenidos en las boletas de recolección de datos la cual incluye datos generales, signos, síntomas y puntuación para determinar el grado de ansiedad que presentan, nos servirá para poder clasificar a cada uno de los pacientes y así identificarlos. (Anexo No. 1).

Escala de Hamilton para ansiedad

Cuestionario: se utilizaron para determinar los factores de riesgo asociados al aumento de Crisis de ansiedad que consultan a las emergencias. El cuestionario consta de preguntas de selección de múltiples síntomas, dando cierta puntuación a cada uno de los síntomas desde ausente, hasta grave o talmente incapacitado y será realizado a los pacientes de forma directa (este documento se encuentra en anexos)

V.8 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se le informa al paciente desde el momento de considerarlo parte de la investigación de que se trata la investigación darle una información lo más amplia posible y aclarándole todas las dudas al respecto, garantizando que el sujeto entienda ya que se le explica lo más claro y simple de acuerdo a su grado de escolaridad.

Como segundo paso se le presenta el documento de consentimiento informado, el cual también se le explica lo imprescindible que es para la realización de la investigación y aclarándole desde el principio que solo el investigador tendrá acceso a sus datos de este paso en adelante el tendrá una clave con la que se manejaran sus datos quedando todo en anonimato.

Tomando en cuenta que en el estudio pueden haber pacientes analfabetas se les dio la posibilidad que existiera un testigo para firmar sus hojas de consentimiento informado, a los cuales también se les da información de la misma manera.

Como último paso se les proporcionan todos los datos del investigador para poder realizarle consultas respecto a la investigación en cualquier momento y sea contactado inmediatamente. O no quiera continuar más dentro de la investigación.

V.9 PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE INFORMACION

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el programa estadístico EPI-INFO Versión 6 y EXEL 2007.

La presentación de los resultados se hizo de forma descriptiva, mediante tablas de distribución de frecuencia proporcionados por el programa.

Los datos obtenidos en nuestras boletas de recolección de información de cada uno de los casos se tabularon mediante procesos determinados para construcción de medidas como lo son Excel en el cual se ingreso toda la base de datos. Luego de la tabulación los datos se presentaran mediante tablas, que posteriormente serán analizadas e interpretadas por medio de tablas 2x2. Utilizando el programa EPI INFO para dichos procedimientos.

Utilizando las siguientes fórmulas

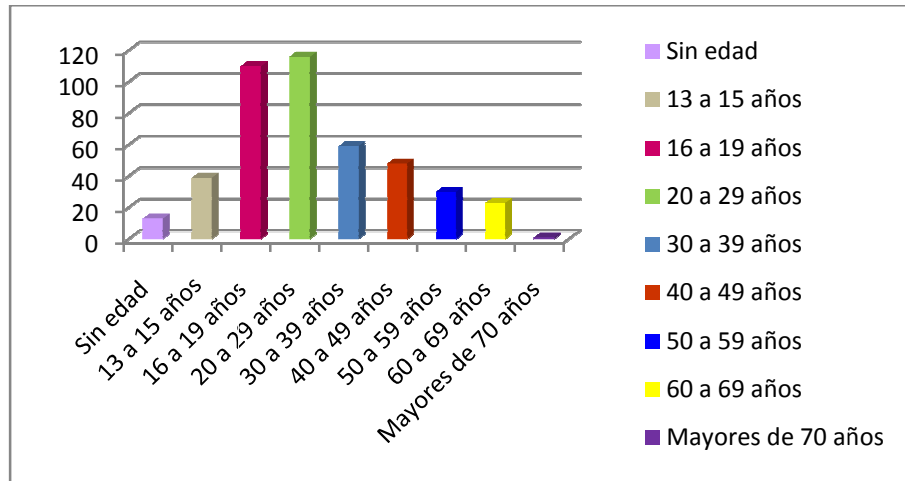
CHI CUADRADO (mayor o igual a 3.84)

$$\sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

E

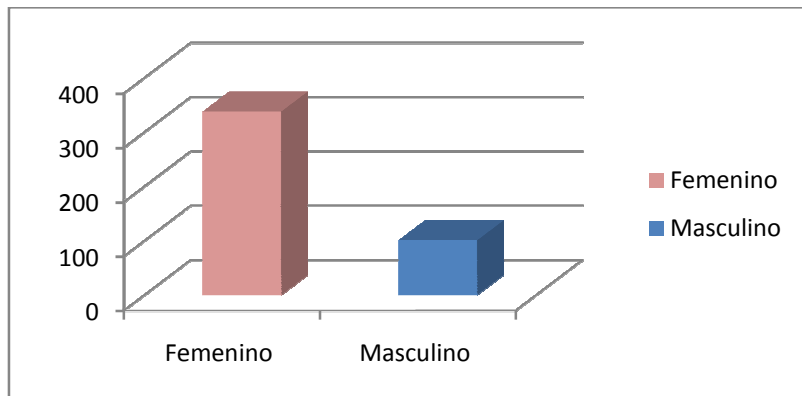
VI. RESULTADOS

Gráfica No.1: Edad de los pacientes con crisis de ansiedad atendidos en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional de Antigua Guatemala Pedro de Betancourt en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2009.



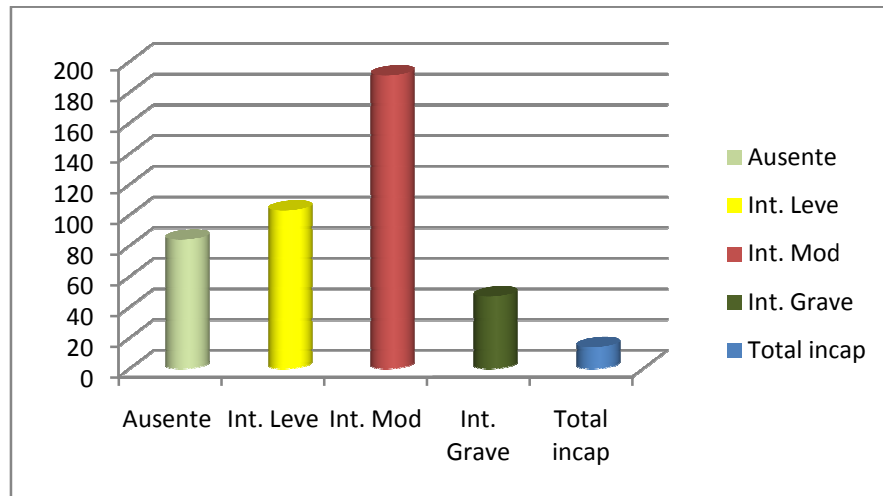
Siendo las edades de prevalencia entre 16 y 29 años de edad, de los pacientes que fueron analizados en la emergencia del Hospital Pedro de Bethancourt.

Gráfica No. : 1 Clasificación por género de los pacientes con crisis de ansiedad encuestados en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt dentro de los meses de enero a diciembre del año 2009.



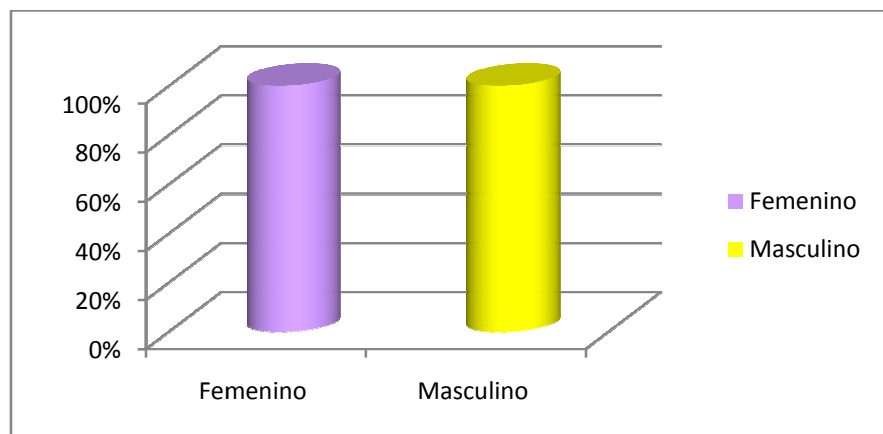
Se obtiene como dato que las pacientes de sexo femenino son las que más consultan por este tipo de patología, pero los hombres después de 50 años de edad se igualan a las mujeres en la consulta.

Gráfica No. 2: Clasificación de los pacientes con crisis de ansiedad detectados en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt, dentro de los meses de enero a diciembre del año 2009.



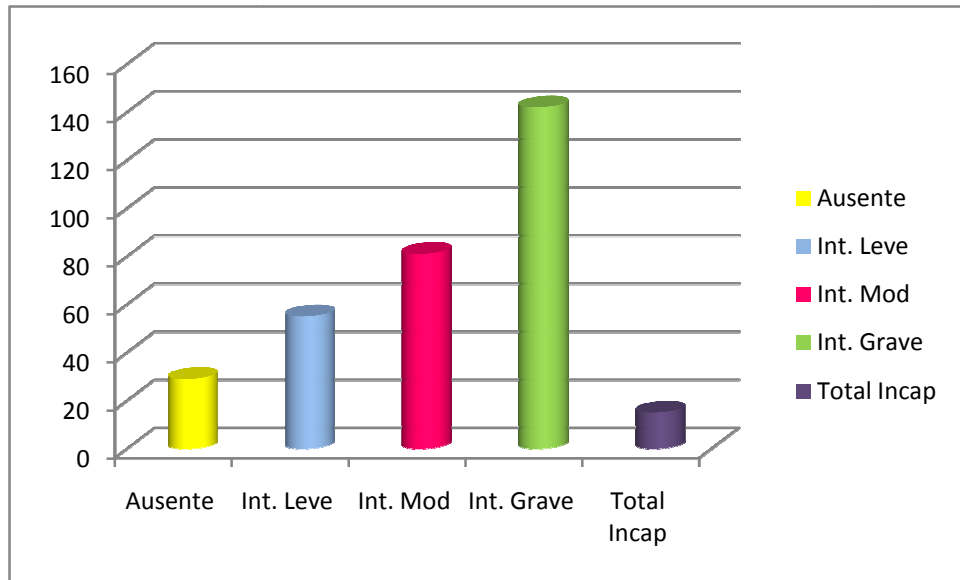
Evidenciando la grafica anterior que los pacientes con crisis de ansiedad de mayor predominio son los intensidad moderada

Gráfica No. 4: Clasificación de por género a los pacientes con crisis de ansiedad, dentro de las edades de 60 a 69 años en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt, en los meses de enero a diciembre del año 2009.

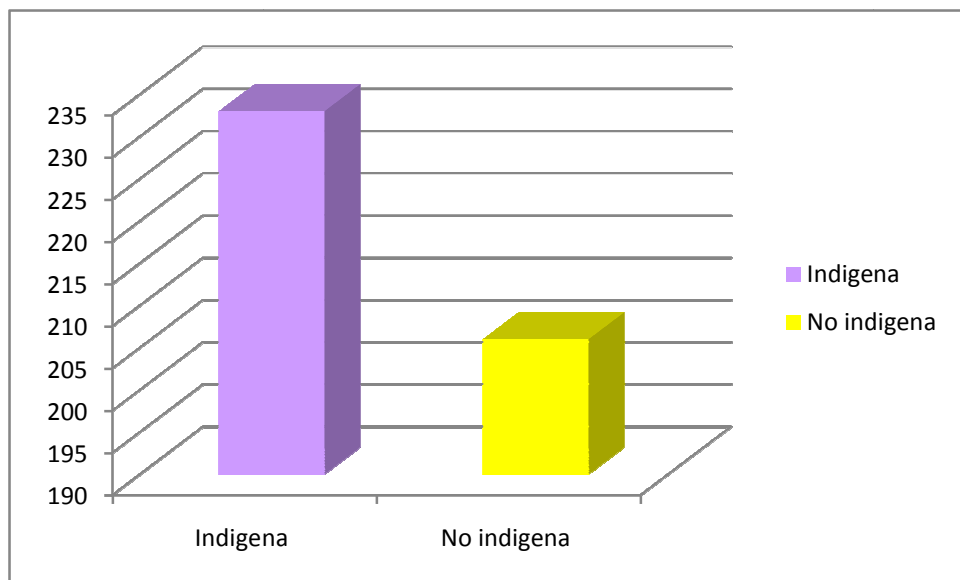


Se publica la presente grafica porque llama la atención que dentro de las edades de 60 a 69 años, se cambio el predominio del sexo femenino en las crisis de ansiedad ya que en esta edad hubo predominio del sexo masculino.

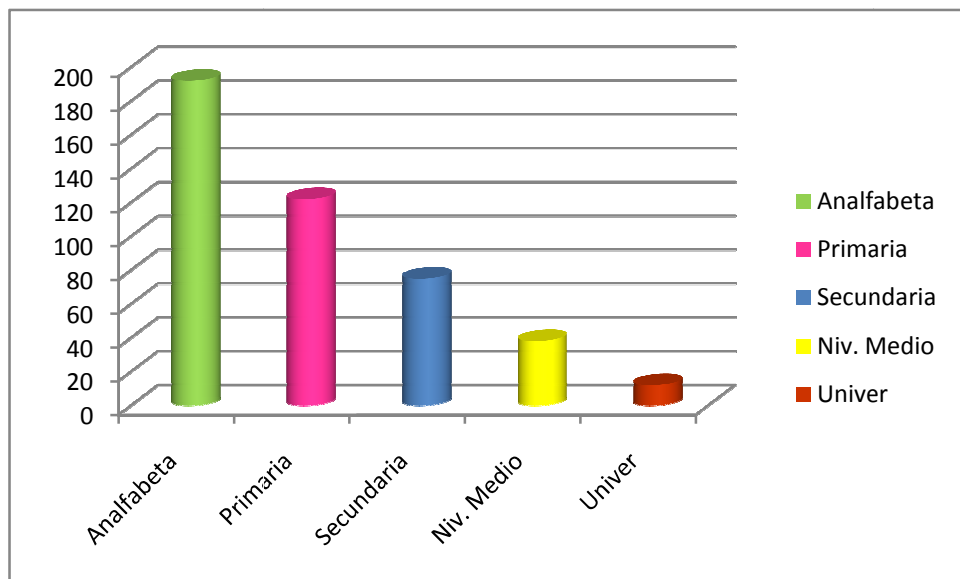
Gráfica No. 5: Clasificación de cada una de las entrevistas realizada a los pacientes con crisis de ansiedad dentro de las edades de 60 a 69 años en la emergencia de adultos del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt, en los meses de enero a diciembre del año 2009.



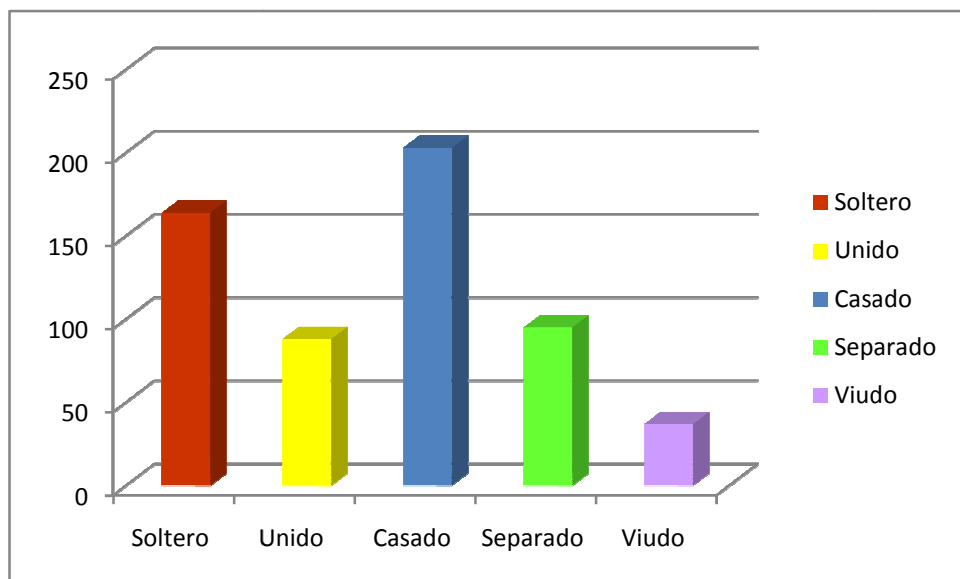
Gráfica No. 6: Clasificación según grupo étnico del total de pacientes entrevistados con crisis de ansiedad en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt, del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2009.



Gráfica No. 7: Clasificación según escolaridad del total de pacientes entrevistados por crisis de ansiedad que consultaron a la emergencia de Medicina Interna en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt, del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2009.



Gráfica No. 8: Clasificación por estado civil del total de los pacientes entrevistados por crisis de ansiedad en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt, del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2009.



Cuadro No. 1

Trastornos de ansiedad, investigados en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, de 1 de enero al 31 de diciembre del 2009.

Trastornos de ansiedad	No. de pacientes	Porcentaje
Ansiedad generalizada	105	23.91%
Crisis de angustia	123	28.01%
Agorafobia	98	22.32%
Ataques de pánico	21	4.78%
Fobia social	15	3.41%
Estrés agudo	23	5.23%
Estrés postraumático	36	8.20%
Fobias específicas	18	4.10%

Cuadro No. 2

Factores de riesgo asociados a crisis de ansiedad, periodo de enero a diciembre del año 2009, emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, variables con significancia estadística.

INDICADORES	CHI CUADRADO
Edad	69.19
Escolaridad	101.47
Etnia	18.22
Genero	41.50
Estado civil	88.81

VII. DISCUSION

La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en la práctica clínica, aunque también es muy inespecífico. Por ello es preciso ser cuidadoso a la hora de realizar un diagnóstico diferencial tanto con enfermedades somáticas como con otros trastornos psiquiátricos. ^(1, 2, 3,6)

La ansiedad es un síntoma que puede aparecer en múltiples enfermedades orgánicas (arritmias cardíacas, hipertiroidismo, feocromocitoma, efectos secundarios de medicación, cardiopatía isquémica, insuficiencia respiratoria aguda y crónica, alteraciones metabólicas, etc.), una anamnesis cuidadosa es imprescindible. ^(2,5,6,.7)

En el presente estudio realizado en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt, en el área de emergencia de adultos nos guiamos por el DSM-IV siguiendo algunos criterios sobre ansiedad, basándonos en cada una de las respuestas sobre la escala de ansiedad, tomando algunos criterios como los síntomas que generalmente eran más de 4, ya que las conductas típicas de ansiedad varían enormemente, pero todas con un aspecto en común, no presentan patología asociada y siempre hay un detonador de la misma.

Las edades de mayor consulta son entre los 16 y los 29 años de edad concordando con las estadísticas a nivel internacional ya que estas refieren que las crisis de ansiedad se manifiestan generalmente entre la segunda y tercera década de la vida con predominio femenino, como se pudo constatar en el presente estudio, al interpretar la escala de ansiedad de Hamilton se evidencia que la mayor parte de los pacientes presentan un puntaje mayor de 18, lo que significa que tienen una intensidad moderada a grave.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la escolaridad (analfabetismo) y crisis de ansiedad (intensidad moderada), (chi cuadrado de 18.77), con su fuerza de asociación en 4.86, es decir que los pacientes analfabetas y de sexo femenino tienen casi 5 veces más probabilidades de sufrir crisis de ansiedad.

También se encontró asociación con el grupo étnico, ya que presenta un chi cuadrado mayor de 18, esto quiere decir que el grupo indígena presenta 5 veces más probabilidad de sufrir crisis de ansiedad con las edades comprendidas entre la segunda y tercera década de la vida.

7.1 CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo asociados a trastornos de ansiedad son edad (16 y 29 años de edad), sexo femenino con un 41.23%, escolaridad mínima (analfabeta 37.35%), así como estado civil de solteros y casados, con predominio en grupo étnico indígena en un 53.07%.
2. Llama la atención que en las edades de 60 a 69 años no hay mayor diferenciación entre el género para que exista mayor predisposición. Y el género de mayor consulta es el masculino, esto se debe a que el 40% de los mismos eran viudos.
3. Los trastornos de ansiedad con mayor frecuencia se presentaron fueron crisis de angustia 28.01%, ansiedad generalizada 23.91%, agorafobia 22.32%.
4. La crisis de ansiedad con intensidad moderada fueron las de mayor consulta con un porcentaje de 43.50%
5. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre género femenino y estado civil (solteras), (chi cuadrado de 88 81), con su fuerza de asociación en 8.86, es decir que las pacientes solteras tienen 8 veces más probabilidades de sufrir crisis de ansiedad.

7.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere crear guías y programas de divulgación sobre el adecuado tratamiento y seguimiento de los pacientes con los distintos tipos de crisis de ansiedad en especial si presentan más de 18 puntos en la escala de Hamilton, para evitar posible complicaciones como depresión y suicidio.
2. Crear programas de capacitación para el personal que atiende este tipo de pacientes en las emergencias de los hospitales ya que este es el primer lugar de consulta.
3. Implementar talleres para la atención de estos pacientes dentro de los hospitales y brindar mayor apoyo a los pacientes.
4. Insistir en brindar información, comunicación y educación a la población afectada, así como a sus familiares para evitar y controlar posibles crisis.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Neil T. Anderson y Richmiller, Libre del Miedo, editorial UNILIT, 5ta. Edición, Colombia 2000. pág. 13-17.
2. Jacques Van Riller, Miedos y Angustias, Gaia ediciones, Madrid España 2000. Pág. 7-89.
3. Pedro Moreno, Julio C. Martin, Tratamiento Psicológico del Trastorno de Pánico y la Agorafobia, biblioteca de psicología Descleé de Brouwer, España 2007.
4. Víctor Uriarte Bonilla, Psicofarmacología, Editoriales Trillas, México 2000.
5. Albert Ellis, Terapia Racional Emotivo para Superar la Ansiedad, editorial PAIDÓS Barcelona España, 2003.
6. Ramón de la Fuente, Psicología Medica, editorial Fondo de cultura económica, México 2000.
7. John H. Martín, Neuroanatomía, segunda edición, editorial Prentice Hall, España, 1997.
8. Eric R. Kandel, Neurociencia y Conducta, Et. al., Editorial Prentice Hall, España, 1996.
9. Juan J López-Ibor Aliño et.al, Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, casa editorial Masson, Madrid España, (DSM-IV-TR); 2006.
10. Guillermo Morales, Luis M. Gallego, La Incidencia y Relaciones de la Ansiedad y el Burnout en los Profesionales de Intervención en Crisis y Servicios Sociales. Revista Psiquiatría Colombiana, 4 de Febrero del 2004.
11. Míguela Domingo, El Problema de las Crisis de Ansiedad, Departamento de historia y filosofía; Universidad de Alcalá, 2006.
12. Britt j Med Psychol M The Assessment of anxiety states by rating. Hamilton, 1959; 32:50-55,
13. Ballús, C., Trastornos Neuróticos. En: Farreras-Rozman, Medicina Interna, 13ª edición., Editorial DOYMA, Madrid España 1995: 1594-1596.
14. Joel G. Hardman, Lee E. Limbird Bases Terapeuticas de la Farmacología, 11 edición, España, Tomos 1 y 2 , 2006

15. Buvonic, M., Morrison A. Y Shifter, M (2000). La Violencia en América latina y el Caribe. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
16. Coy, María Aurora (2004). Manual de Salud Mental. Recopilado el 2 de julio del 2005 del sitio: <http://es.geocities.com/salumentalcoban/>
17. Juan J López-Ibor Aliño et.al Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales. Recopilado el 31 de julio del 2005 del sitio: <http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsm>.
18. López, M. (2002). Mecanismos de adaptación de los retornados de la comunidad Nueva Esperanza, Chacula. Recopilado el 3 de julio del 2005 del sitio: www.jpviewfinder.com/travel/country/guatemala/retornotesis.ht
19. Lobo A, Camorro L, Luque a et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Sacle para la evolución de la depresión y la ansiedad. Medicina Clínica 2002. 118(13): 493-9.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS) – WHO – OMS (2002). Informe sobre Desastres. Recopilado el 4 de julio del 2005 del sitio: www.cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/s2923s/s2923s.5.htm
21. Sarason, Sarason. Psicología: Fronteras de la Conducta. México: Harper & Row Latinoamericana. 1986
22. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed., American Psychiatric Press, Washintong, D.C., 1994.
23. Borrell Carrió, F. y Caterina Bargalló, M., Problemas en Salud Mental, 3ª edición. Editorial Mosby/Doyma Libros S.A y Ediciones Doyma S.A, Madrid, España1997: 673-676.
24. Dambro, Mark R. En: Griffith: Los 5 Minutos Clave en la Atención Primaria. Editorial Waverly Hispánica, S.A., Buenos Aires, 1995: 62-63.
25. Reiman, Eric M., Anxiety and its Disorders. En: Clinical Medicine, 2ª Edición. Harry L. Green. Editorial Mosby. St. Louis, 1996: 729-730.
26. Reus, Víctor J., Trastornos mentales. En: Harrison, Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U., Madrid, 1998: 2832-2837.
27. Vallejo, J., Trastornos de angustia. En: Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, 3ª Edición. Salvat Editores, S.A., Mallorca, 1991: 340-353.
28. Seccatid. Informe del Ministerio de Salud. Recopilado el 3 de julio del 2005 del sitio: www.Seccatid.gob.gt/Minsal.htm

7.3 PROPUESTA DE PLAN DE ACCION

1. Se sugiere crear guías y programas de divulgación sobre el adecuado tratamiento y seguimiento de los pacientes con los distintos tipos de crisis de ansiedad en especial si presentan más de 18 puntos en la escala de Hamilton, para evitar posible complicaciones como depresión y suicidio. Y así utilizarlas en las emergencias de los hospitales ya que este es el primer lugar de consulta.
2. Capacitar a todo el personal médico y paramédico de los centros asistenciales para detectar este tipo de pacientes y poder brindar un mejor servicio y evitar complicaciones.
3. Implementar talleres para la atención de estos pacientes dentro de los hospitales y brindar mayor apoyo a los pacientes.
4. Brindar información, comunicación y educación a la población afectada, así como a sus familiares para evitar y controlar posibles crisis.

IX. ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio será realizado por un residente de segundo año de la especialidad de Medicina Interna, en el Hospital Pedro de Bethancourt de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que se está estudiando la frecuencia de consulta de pacientes con crisis de ansiedad en la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt,

Le damos información y lo invitamos a participar en el presente estudio, no tiene que decidir hoy si quiere participar, antes puede consultar con alguien más con quien se sienta cómodo, por favor deténgame según le informo para darme tiempo para informarle y explicarle, si tiene preguntas más tarde puede hacerlas cuando crea más conveniente.

Ya qué Crisis es el conjunto de estímulos nuevos e imprevistos, provocando un cambio brusco en el curso de los acontecimientos en sentido favorable o adverso, provocando trastorno funcional, psicológico y nervioso, caracterizado por su brevedad y la ansiedad, generalmente descrita como una vaga sensación de estar en peligro, tiene las mismas características del miedo: incremento en la respiración, tensión muscular, sudoración. Indica que nadie está exento de sentir ansiedad. En los trastornos de ansiedad el grado de ésta es tan elevado, que impide al hombre llevar una vida sana.

Estoy invitando para participar en este estudio a personas mayores de 13 años que consulten a la Emergencia de Medicina Interna del Hospital Pedro de Bethancourt.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

DESCRIPCION DEL PROCESO:

1. Se le tomaran sus datos personales y breve historia de la enfermedad.
2. Se le realizara un examen físico completo
3. Se le pasara un cuestionario (Escala de Hamilton)
4. Al final de la evaluación se le dará plan educacional extenso y sugerencias de tratamiento.

He sido invitado(a) a participar en la investigación “Diagnostico y Clasificación de los pacientes con Crisis de Ansiedad, que consultan a la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, enero a diciembre del año 2009”, entendiendo que se me tomaran datos personales y una historia de enfermedad, así como la realización de encuesta (Escala de Hamilton), el médico encargado me dará un informe sobre lo recolectado y plan educacional extenso. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que se me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).

Nombre del participante_____

Firma del participante_____

Fecha_____

Si es analfabeto

Debe firmar un testigo que sepa leer y escribir (si es posible, esta persona debiera ser seleccionada por el participante)

Huella dactilar del participante

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo_____

Y huella dactilar

Firma del testigo_____

Fecha_____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador_____

Firma del investigador_____

Fecha_____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado_____ (iniciales del investigador).

Anexo 3

Test de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GLOSARIO

- 1) **Agorafobia:** Sensación morbosa de angustia ante los espacios descubiertos. (23)
- 2) **Angustia:** Sensación de congoja ante situaciones difíciles, arriesgadas o inseguras. (23)
- 3) **Edad:** tiempo de vida de una persona desde el nacimiento. (23)
- 4) **Escolaridad:** nivel de aprendizaje alcanzado en el sistema nacional de educación.(23)
- 5) **Estrés:** Situación de agotamiento físico general de un individuo, producida por un estado nervioso.(23)
- 6) **Etnia:** Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias. (23)
- 7) **Fobias:** Sufijo que indica repulsión, aversión, temor patológico ante la presencia de un ser u objeto, cierta situación que no justifique tal emoción. (23)
- 8) **Género:** condición orgánica que distingue a la mujer del hombre. (23)

XIII. PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO.

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON CRISIS DE ANSIEDAD, QUE CONSULTAN A LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA. ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2009” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.