

# TRASTORNOS DE ANSIEDAD. REPORTE DE CASO CLÍNICO

## DISORDERS OF ANXIETY. REPORT OF CLINIC CASE

Dr. Javier Enrique Reza González\*



### RESUMEN

La ansiedad es un síntoma muy común en la mayoría de las personas; cuando se presenta sin un desencadenante previo constituye un trastorno; el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) distingue varios trastornos de ansiedad: trastorno de angustia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de angustia (o trastorno de pánico) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.

El caso presentado se trata de una paciente femenina de 45 años de edad, con diagnóstico de trastorno de pánico; fue tratada con antide-

presivos inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) sertralina a dosis de 50mg/día, y benzodiacepinas, alprazolam 2mg/día, con desaparición de las crisis de pánico y mejoría global.

El trastorno de pánico es un trastorno frecuente en la consulta de primer nivel, sin embargo hasta un 50% de los pacientes no son diagnosticados; es muy importante conocerlo y diagnosticarlo adecuadamente ya que es un trastorno invalidante, que aísla al paciente de su entorno y actividades habituales, causándole gran sufrimiento.

**Palabras clave:** Ansiedad, pánico.

### ABSTRACT

*Anxiety is a very common in the majority of*

*people symptom; when it is presented without a previous trigger constitutes a disorder. Manual Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (DSM IV) distinguishes several anxiety disorders: disorder anxiety, agoraphobia, specific, social phobia, obsessive-compulsive disorder, disorder post-traumatic stress and anxiety disorder generalized. Anxiety disorder (or panic disorder) is characterized by the sudden onset of symptoms of apprehension, terrifying fear or terror, usually accompanied by sensation of imminent death. The case presented is a 45-year-old female patient, with panic disorder diagnostic; she was treated with antidepressants inhibitors of the recapture of serotonin (SSRIS) sertraline dose of 50 mg/day, and benzodiazepines, alprazolam 2 mg/day, with disappearance*

\*Médico psiquiatra del IMSS.

*of crises of panic and global improvement. Panic disorder is a common in the top-level query condition, however up to 50% of patients are not diagnosed; It is very important to know and diagnose him properly because that is a crippling disorder that isolates the patient from their surroundings and usual activities, causing great suffering.*

**Keywords:** Anxiety, panic.

## ANTECEDENTES

La ansiedad es un síntoma muy común en la mayoría de las personas; todos en algún momento de nuestras vidas hemos sentido ansiedad en respuesta a numerosos eventos, pero en algunas ocasiones la ansiedad se presenta también sin un desencadenante aparente; la ansiedad tiene un fin determinado, la supervivencia del individuo; cuando nos enfrentamos a un peligro nuestro organismo se prepara para defenderse o para huir, es decir, se prepara para sobrevivir; entre los cambios que se producen para esta supervivencia hay físicos y psicológicos; los físicos incluyen incremento de la frecuencia cardíaca y del flujo sanguíneo

hacia los músculos esqueléticos, tensión muscular; piel fría por disminución de la circulación sanguínea a este nivel; incremento de la presión arterial; sensación de mareo, náusea, etc.; entre las sensaciones psicológicas podemos contar la sensación inicial de miedo que nos moviliza para alejarnos del peligro; la sensación más intensa de pánico y la sensación de muerte inminente, es decir, de que en ese preciso momento podemos morir; todos las sensaciones anteriores sirven, como hemos dicho, para movilizarnos y alejarnos del peligro, para sobrevivir; pero cuando todas estas respuestas ocurren en situaciones que no lo requieren, entonces empezamos a hablar de un trastorno de ansiedad, y los síntomas son todas las sensaciones ya descritas.<sup>(1)</sup>

Pero cuando ya se trata de un trastorno de ansiedad los síntomas pueden ir en aumento; inicialmente podemos sentir ansiedad de baja intensidad en situaciones determinadas, posteriormente esta ansiedad incrementa en gravedad hasta volverse pánico; y las situaciones se extienden a otras similares, es decir, que si inicialmente nos producía ansiedad caminar solos de noche, después ya nos produce ansiedad el solo hecho de salir a la calle, agravan-

dose los síntomas hasta tener una verdadera crisis de pánico.

La crisis de pánico es la forma más grave de un trastorno de ansiedad; es bastante frecuente y muy incapacitante; sin previo aviso comenzamos a tener miedo, pánico, sensación de muerte inminente, se eleva la frecuencia cardíaca y la presión arterial, sentimos mareos, náuseas, sensación de dolor en el pecho, falta de respiración, sudoración fría, entre otros; al paso de los minutos estas sensaciones van disminuyendo hasta desaparecer por completo, pero nos dejan la sensación de que ocurrirán en cualquier momento, lo que nos incapacita para llevar una vida normal.<sup>(2)</sup>

Los trastornos de ansiedad están descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), el cual los clasifica como: trastorno de angustia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés posttraumático y trastorno de ansiedad generalizada.<sup>(2)</sup>

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamientos de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o bien



donde sea imposible encontrar ayuda en caso de que aparezcan síntomas de ansiedad.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad en situaciones sociales o actuaciones en público.

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones, que causan mucha ansiedad, y compulsiones, que tienen como fin neutralizar la ansiedad.

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, con síntomas de activación y comportamientos de evitación.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes, durante al menos 6 meses.<sup>(3)</sup>

El trastorno de angustia (o trastorno de pánico) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente; es una patología frecuente, desagradable y, a menudo , invalidante; para diagnosticarla las crisis no pueden obedecer a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de un trastorno médico.<sup>(3)</sup>

Una crisis de angustia se caracteriza por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos; la crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez, en 10 min o menos, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar; los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos son: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (atardimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

La mayoría de los síntomas de las crisis de angustia son somáticos más que emocionales; quizá esto explique la frecuencia de presentación de los pacientes con un trastorno de angustia en las consultas de medicina general, y la elevada tasa de utilización de servicios médicos por estos pacientes.

La crisis de angustia puede aparecer en todos los trastornos de ansiedad; pueden aparecer sin un desencadenante previo, o en respuesta a un estímulo ambiental.



El nombre de trastorno de pánico proviene del dios griego Pan, dios de los rebaños, bosques y campos, quien era conocido por asustar repentinamente a los seres humanos y animales de manera espontánea; el carácter espontáneo de los ataques de angustia es la característica principal que identifica al trastorno.<sup>(4)</sup>

El trastorno de pánico ha existido desde el principio de la historia, Hipócrates presentó varios casos alrededor del 400 a.c. Una de las primeras descripciones de la era moderna fue realizada por Benedickt en 1870 en la que constataba la existencia de pacientes que presentaban ansiedad súbita y mareos en lugares públicos.

Los ataques de pánico producen un miedo muy intenso y los pacientes temen lógicamente padecerlos, se preocupan y sienten ansiedad ante la posibilidad de reaparición del ataque, esta es la ansiedad anticipatoria; un número importante de individuos continúan desarrollando miedo y evitación a las situaciones asociadas con los ataques de pánico, sienten a menudo la necesidad de huir o acudir a un sitio seguro como su propio hogar; la agorafobia (o miedo a salir) complica a menudo el trastorno; más de tres cuartas partes de los pacientes refieren evitación agorafóbica.

El trastorno de pánico oscila entre el 3 y 8% en la atención primaria, y al menos un 50% de los casos no son detectados.

Es al menos dos veces más prevalente en mujeres que en hombres; su inicio parece tener dos picos: el primero de los 15 a 24 años, y el segundo de los 45 a los 54 años.

Las pruebas de laboratorio sugieren la participación de los sistemas de noradrenalina cerebral en el trastorno de pánico.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de los autores está actualmente de acuerdo en que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como la paroxetina y la sertralina, constituyen el tratamiento de elección; de igual manera son eficaces la benzodiacepinas de alta potencia como el alprazolam y el clonazepán.<sup>(5)</sup>

## INTRODUCCIÓN

El caso tratado nos presenta un trastorno de ansiedad, específicamente un trastorno de angustia o pánico que se presentó en una paciente femenina a la edad de 45 años; la evolución es característica, con episodios de pánico que duran unos minutos, con sintomatología somática y emocional; suelen responder a los antidepressivos ISRS y a las benzodiacepinas.

Es un trastorno frecuente en la consulta de primer nivel y que causa mucho sufrimiento a la persona que lo padece por lo que es importante conocerlo y diagnosticarlo adecuadamente.

## REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente femenina de 45 años de edad; antecedentes personales patológicos y heredofamiliares negativos. Inicia con episodios de ansiedad intensa acompañados de sintomatología diversa: “empiezo a tener miedo, a querer salir corriendo, no puedo respirar bien, me pongo fría, empiezo a sudar, me duele el pecho y mi presión se sube, también empiezo a temblar; siento como si me fuera a dar un infarto, como si me fuera a caer muerta en ese momento; esto se siente más fuerte en unos minutos y luego poco a poco comienza a desaparecer, hasta que ya me siento bien, pero me queda una sensación rara, como que me va a suceder otra vez en cualquier momento” sic paciente.

Lo anterior forma parte de la descripción que hizo la misma paciente de los síntomas que había sentido; estos episodios se habían presentado por lo menos en tres ocasiones durante el último mes; no tenían un factor desencadenante obvio.

Fue valorada por el servicio de medicina interna, quien solicita electrocardiograma que resultó normal, así como laboratorios básicos, resultando también dentro de la normalidad; no se encontraron datos de enfermedad cardiovascular ni de otro tipo.

Fue referida al servicio de psiquiatría para su valoración y tratamiento; no se encontraron antecedentes de enfermedades psiquiátricas en la línea familiar; se encontró personalidad previa ansiosa y aprehensiva.

Durante el último mes ha visitado el área de urgencias de su clínica en dos ocasiones por los síntomas descritos; después de cada episodio le queda la sensación de que pronto ocurrirá de nuevo, tiene temor a salir a la calle por la posibilidad de un nuevo ataque, se ha aislado en su hogar, donde se siente protegida. En el examen psiquiátrico se encuentra sin síntomas de importancia, un poco ansiosa; se diagnostica trastorno de angustia y se inicia tratamiento a base de sertralina 50mg/día y alprazolam 2mg/día.

Con el tratamiento anterior la evolución fue adecuada, no se presentó una nueva crisis, por lo que continuará con el mismo por lo menos durante 6 meses.

## DISCUSIÓN

El caso anterior se trata de un trastorno de ansiedad, específicamente de un trastorno de angustia o pánico; el principal síntoma es la ansiedad o miedo de aparición espontánea, sin desencadenante previo y acompañada de una constelación sintomática que incrementa en intensidad a lo largo de varios minutos hasta desaparecer por completo; posteriormente

deja como remanente ansiedad anticipatoria.

Así mismo a lo largo de la evolución el padecimiento se ha complicado con agorafobia o miedo a salir de su casa, lo cual ha traído como consecuencia el aislamiento de la paciente, abandonando todas sus actividades habituales.

Con el tratamiento ha tenido una evolución favorable; este se inició con un inhibidor de la recaptura de serotonina (sertralina a dosis de 50mg/día) y una benzodiacepina de alta potencia (alprazolam 2mg/día); se mantiene el tratamiento por espacio de 6 meses, que según los estudios es el tiempo mínimo necesario para la remisión del padecimiento.

## CONCLUSIÓN

El trastorno de angustia es un trastorno frecuente en la consulta de primer nivel, sin embargo hasta un 50% de los pacientes no son diagnosticados correctamente y continúan sufriendo este problema.

Es muy importante conocerlo y diagnosticarlo adecuadamente ya que es un trastorno invalidante, que aísla al paciente de su entorno y actividades habituales, causándole gran sufrimiento.

Lamentablemente no conocemos la verdadera incidencia del trastorno en nuestro medio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Stein D; Hollander E; Fenomenología del trastorno de angustia, en Tratado de los trastornos de ansiedad. Ars Médica. 1ª edición, Madrid España. 2006. p. 291-301.
- 2.- Kaplan H; Sadock B; Trastornos de ansiedad, en Sinopsis de psiquiatría. Editorial médica panamericana, 8ª edición, Madrid España. 2010. p. 711-729.
- 3.- López Ibor J. Trastornos de ansiedad, en DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tomo II. 1ª edición. Masson S.A. Madrid; 2009. p. 477-543.
- 4.- Gelder M; López J; Andreasen N; Trastornos de ansiedad. En Tratado de psiquiatría. Tomo II. 1ª edición. Ars Médica. España; 2010. p. 935-989.
- 5.- Gabbard, G. Trastornos de ansiedad. En Gabbard, G; Tratamientos de los trastornos psiquiátricos; 1ª edición: Editorial Ars Médica; 2009. P. 156-167.