

# 3. TRASTORNO DE ANGUSTIA/PÁNICO

## 1. ¿QUÉ ES?

*Definición, criterios diagnósticos, curso y prevalencia.*

### 1.1. DEFINICIÓN

Dado que las crisis de angustia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, su descripción y sus criterios diagnósticos vienen expuestos por separado en esta sección. La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos 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 cognitivos vienen constituidos por:

- *Palpitaciones*
- *Sudoración*
- *temblores o sacudidas*
- *sensación de falta de aliento o ahogo*
- *sensación de atragantarse*
- *opresión o malestar torácico*
- *náuseas o molestias abdominales*
- *inestabilidad o mareo (aturdimiento)*
- *desrealización o despersonalización*
- *miedo a perder el control o “volverse loco”*
- *miedo a morir,*
- <sup>1</sup>*parestesias*
- *escalofríos o sofocos.*

---

<sup>1</sup> trastorno de la sensibilidad de tipo irritativo que se manifiesta con sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo. Esta sensación suele darse en los brazos, manos, dedos, piernas y pies, aunque puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo.

## 1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

### Trastorno de Angustia sin <sup>2</sup>agorafobia

Presentes ambos (1) y (2):

**(1) Ataques de pánico recurrentes e inesperados** (en personas con más necesidades de apoyo, considerar el diagnóstico basado en episodios de pánico recurrentes e inesperados observados).

**(2) Al menos uno de los ataques ha estado seguido por un mes (o más) de uno** (o más) de lo que sigue (la persona puede presentar dificultades con la secuencia temporal por lo que, para identificar un mes de tiempo, es conveniente usar un marco temporal y anclajes como eventos vitales importantes, tales como cumpleaños, vacaciones, viajes importantes o visitas):

**a.** Inquietud persistente sobre la aparición de otro ataque (en personas con más necesidades de apoyo ésta usualmente no puede ser detectada, por lo que hay que considerar el diagnóstico basado en la observación de episodios de pánico recurrentes e inesperados).

**b.** Preocupación acerca de las implicaciones del ataque o sus consecuencias, por ej. perder el control, tener un ataque al corazón, “volverse loco” (en personas con más necesidades de apoyos no puede ser detectada, por lo que hay que considerar si la persona tiene la apariencia de estar preocupada, afligida, necesidad de seguridad, agarrándose o llorando)

**c.** Cambio significativo en la conducta relacionado con los ataques

**(3) Ausencia de agorafobia.**

**(4) Los ataques de pánico no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental,** tal como fobia social (por ej., ocurren durante la exposición a unas situaciones sociales), fobia específica (por ej., en exposición a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ej., en la exposición a suciedad en algunas obsesiones sobre contaminación), trastorno de estrés postraumático (por ej., en respuesta a estímulos asociados con un estresor importante) o trastorno de ansiedad por separación (por ej., en respuesta a estar fuera de casa o parientes cercanos).

### Trastorno de Pánico con agorafobia

Igual que lo anterior, pero en el **punto (3) presencia de agorafobia.**

---

<sup>2</sup> trastorno de ansiedad, la persona que lo padece tiene miedo a lugares y situaciones que le causan pánico. El pánico se produce porque la persona **se siente** avergonzada, atrapada o indefensa. Y suelen sufrir ansiedad al estar en espacios abiertos o cerrados.

## **2. ¿CÓMO IDENTIFICARLO? Síntomas, signos e indicadores conductuales.**

### **2.1. SÍNTOMAS, SIGNOS E INDICADORES CONDUCTUALES**

#### **Recuerda:**

- Hay que atender a posibles eventos o sucesos estresores, para establecer el posible origen del problema de ansiedad (por ej., emplear escalas de “Acontecimientos vitales” para detectar factores estresantes anuales).
- Es necesario observar los cambios que se han producido en relación al comportamiento habitual (por ej., utilizar escalas para valorar periódicamente los problemas de conducta, tales como la “Escala de Conductas Anómalas” ABC-ECA. (Novell R., Rueda P., Salvador Carulla L., 2005)).
- Además, hay que tener en cuenta que algunos síndromes (X frágil, Williams) pueden presentar, de forma asociada, problemas de ansiedad.

<b>Nivel Fisiológico-emocional</b>	
<b>Síntomas o Signos</b>	<b>Algunos Indicadores</b>
Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.	Tocarse el pecho. Agarrar a otra persona. Darse golpes en el pecho.
Sudoración.	Secarse la frente. Quitarse ropa. Sudoración de las manos o la espalda. Tener la ropa empapada
Tremblores o sacudidas	Movimientos de temblor. Tirar algo de las manos
Comprobar si al coger algo le tiemblan las manos. Sensación de ahogo o falta de aliento.	Respiración acelerada, superficial. Llanto. Expresión facial de angustia. Respiración entrecortada irregular, rápida. Rigidez de las manos.
Sensación de atragantarse.	Tos. Color pálido. Cogerse del cuello. Dificultad o negativa a comer. Escupir.
Opresión torácica	Se lleva las manos al pecho. Gesto de dolor.

	Tocarse o darse palmadas en el pecho
Molestias abdominales	Nauseas. vómitos. Mareo. Tirar la comida. Negarse a comer. Descomposición.
Inestabilidad, mareo, desmayo.	Caerse. Tropezarse. No querer moverse. Evitar hacer actividad física
Parestesias (adormecimiento o sensaciones de cosquilleo)	Tocarse una parte del cuerpo. Pellizcarse. Golpes en una parte del cuerpo. Querer agarrarse a otra persona
Escalofríos o sofocaciones	Temblor. Moverse. Abrigarse o desabrigarse.

Nivel Cognitivo	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Miedo a perder el control / volverse loco	Gesto de temor. Gritos. Oposición. Arrinconarse. Conductas auto restrictivas
Miedo a morir. Gesto de temor.	Gesto de temor. Gritos. Llanto. Querer estar siempre acompañado. Evitación o ansiedad al hablar de temas de la muerte.
Desrealización o despersonalización	Expresión verbal de la persona. Gesto de perplejidad o extrañeza
Inquietud y preocupación persistente ante la posibilidad de tener más crisis y sus posibles implicaciones y consecuencias	Dificultades de atención. Movimientos repetitivos del cuerpo. Falta de concentración en las tareas. Problemas para permanecer sentado. Dificultades para el funcionamiento habitual. Verbalizaciones recurrentes sobre la preocupación.

Nivel Conductual	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis	Consumo de drogas, alcohol, relaciones sexuales de riesgo o cualquier actividad que le genere placer realizada de forma exagerada y sin valorar consecuencias

## 2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como se ha indicado en los criterios diagnósticos, no se diagnosticará trastorno de pánico si los ataques de pánico se dan como consecuencia fisiológica de una condición médica general (“trastorno de ansiedad debido a una condición médica general”) o por la intoxicación por una sustancia (“trastorno de ansiedad inducido por el uso de sustancias”), considerándose el diagnóstico de trastorno de pánico sólo si continúan los ataques después de que haya transcurrido el tiempo suficiente como para que desaparezcan los efectos del consumo de tales sustancias

Pueden indicar la presencia de una condición médica general o del abuso de sustancias si el inicio del episodio es después de los 45 años (Botella, C. y Ballester, R., 1997), hay presencia de síntomas atípicos como vértigo, pérdida de conciencia, falta de control de esfínteres, amnesia o dolores de cabeza.

Específicamente, en relación a otros problemas orgánicos (condición médica general) hay que tener en cuenta, por una parte, que la presencia de un problema orgánico no necesariamente excluye la posibilidad de padecer un trastorno de pánico y, por otra, que puede establecerse una interacción entre ambos. Algunos de estos casos son: hipoglucemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, síndrome de Cushing, feocromocitoma, epilepsia del lóbulo temporal, hiperventilación, intoxicación por cafeína, trastorno del sistema audio vestibular y prolapo de la válvula mitral (Botella, C. y Ballester, R., 1997).

## 3. HERRAMIENTAS PARA DETECTARLO

### *Instrumentos generales de evaluación para personas con discapacidad intelectual*

- PAS-ADD Checklist (Moss et al 1998).
- Registro de Evaluación e Información (A.I.R.P.): en la parte de valoración del “Estado Mental” incluye una “Escala de Evaluación Psicopatológica de la Deficiencia Mental”, obteniéndose una puntuación sobre trastornos de ansiedad en general.
- Evaluación Diagnóstica para Discapacitados Graves (DASH-II), obteniéndose una puntuación en la escala de ansiedad de forma general.

## **4. RECURSOS Y ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

En el tratamiento del trastorno de crisis de ansiedad o ataque de pánico es necesario elaborar un plan de tratamiento que considere en conjunto la indicación de psicofármacos, aspectos psicológicos, ambientales e interpersonales que suelen estar presentes, así como las características propias del individuo afectado. Se tratará de contar con la participación activa del paciente siempre que sea posible.

Como objetivos en una primera fase el énfasis está puesto en la máxima erradicación posible de la **tríada sintomática** característica (crisis de pánico, ansiedad anticipatoria y conductas de evitación), y luego en el tratamiento de los factores de riesgo que facilitan eventuales recaídas.

### **4.1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROBLEMA**

Explicación razonable sobre lo que le está pasando a la persona, en cuanto a las crisis y el trastorno, que debe incluir los siguientes puntos:

- Qué es la ansiedad. Cómo se cuantifica en uno mismo (ver foto 1).
- Posible valor adaptativo de la ansiedad.
- Ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo.
- Formas de manifestarse la ansiedad.
- Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad.
- Presentación del modelo cognitivo del pánico.

En personas con Deficiencias será muy importante adaptar esta información a su nivel de comprensión, empleando dibujos, diapositivas, gráficos, ejemplos y un lenguaje sencillo.

En este sentido pudiera ser de utilidad emplear el libro “Convivir con el pánico y mejorar la autoestima” (Aisbett, B., 2004) que, en formato de autoayuda, emplea “dibujos-comic” para explicar el pánico y cómo afrontar éste, realizando todas las adaptaciones que se consideren necesarias.

Foto 1: Ejemplo de ayuda visual para evaluar el nivel de ansiedad en personas con menores capacidades comunicativas.

5		
4		
3		
2		
1		

Foto 2: Ejemplo de ayuda visual para explicar las diversas formas de manifestarse la ansiedad.

#### **4.2. AJUSTE DEL ENTORNO**

Es importante ajustar el medio físico en función de la situación clínica de la persona, tratar de reducir su aversividad y aumentar su previsibilidad. En este sentido se ha de adaptar también la programación de actividades procurando que la persona no se enfrente a otras situaciones no planificadas que le generen un elevado nivel de ansiedad con el objetivo de evitar un reacondicionamiento.

#### **4.3. Enseñanza DE HABILIDADES**

##### **4.3.1. Discusión cognitiva de los pensamientos catastróficos:**

Identificar qué tipo de cogniciones presenta la persona y:

- ★ Definir el pensamiento negativo: “qué me preocupa”, “qué temo”, “qué creo que puede sucederme”.
- ★ Analizar las evidencias a favor y en contra del contenido del pensamiento: “qué pruebas tengo de que lo que temo vaya a ocurrir”, “¿y en contra?”.
- ★ Analizar las probabilidades: “qué probabilidad hay, entonces, de que lo que temo pueda ocurrir”.
- ★ Buscar interpretaciones alternativas: “¿existen, por tanto, otras explicaciones alternativas a lo que me está sucediendo?”.

- ★ Desdramatizar: “¿qué sería lo peor que podría sucederme si lo que temo fuera cierto? ¿sería tan horrible?”.
- ★ valorar la utilidad del pensamiento: “¿me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo vaya suceder, o, por el contrario, sólo consigo ponerme más ansioso? ¿me resulta útil pensar así?”.

En personas con Deficiencia se requerirá el suficiente nivel comprensivo para aplicar estas técnicas cognitivas, asegurándonos de que la persona, en caso de poder emplearse, adopta pensamientos alternativos más adaptativos que le permiten funcionar mejor.

#### 4.3.2. <sup>3</sup>Hiperventilación y entrenamiento en respiración lenta:

Indicado en aquellas personas en las que la hiperventilación juega un papel importante, con el objetivo de enseñarles a seguir un ritmo de respiración opuesto (pudiendo emplearse junto a la “prueba de hiperventilación”). En personas con DI deberá adaptarse la explicación a su nivel de comprensión, empleando dibujos, diapositivas, modelado, ensayos, feedback y refuerzo para el aprendizaje de algunas técnicas de respiración sencillas (p. ej., respiración profunda).



En este sentido pudiera ser de utilidad emplear el libro “Convivir con el pánico y mejorar la autoestima” (Aisbett, B., 2004) donde se dan pautas sencillas con dibujos para realizar una respiración lenta y profunda, con retención y posterior exhalación, para su empleo en momentos de crisis, así como algunos juegos, adaptados a personas adultas con discapacidad intelectual, que aparecen en el libro “Juegos de relajación para niños de 5 a 12 años” (Nadeu, M., 2003), que pueden emplearse para el aprendizaje de técnicas sencillas de respiración en momentos inter-crisis.

---

<sup>3</sup>La **hiperventilación** se define como aquella respiración que está por encima de las necesidades de nuestro cuerpo. Es decir, es una respiración excesiva los niveles de O<sub>2</sub> se incrementan y los de CO<sub>2</sub> disminuyen. El equilibrio existente entre estos dos gases en los pulmones influye directamente en las proporciones que existen de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> en sangre. Entonces, nuestro cerebro se esforzará todavía más para hacernos respirar menos e incluso, si lo considera necesario, parar momentáneamente nuestra respiración para equilibrar el intercambio de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub>



#### 4.3.3. Entrenamiento en técnicas de distracción:

Ya que la “autoatención” (hipervigilancia, atención selectiva o autoconciencia) hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes en este trastorno, se plantean 5 tipos de técnicas:

- Centrarse en un objeto, describiéndolo con todo detalle.
- Conciencia sensorial, haciendo un recorrido por todos los sentidos e intentando agudizarlos.
- Ejercicios mentales, como contar, nombrar animales o personas.
- Actividades absorbentes, dentro del repertorio habitual de la persona y específicas.
- Recuerdos y fantasías agradables, que sean suficientemente vívidas.
- Cuando la persona controla este tipo de técnicas de distracción se puede empezar a aplicar técnicas de exposición.

En personas con DI con suficiente capacidad cognitiva será preciso explicar adecuadamente en qué consisten las técnicas, así como emplear registros u otros recordatorios para su uso, como p. ej., apoyos visuales, tarjetas (ver fotos 3 y 4); además, será necesario adaptar las actividades a sus intereses y tener en cuenta que el nivel de dificultad no impida su realización. Cuanto mayor sea el nivel de necesidad de apoyo o menores las habilidades de autorregulación serán necesario la supervisión, incitación verbal e incluso guía física para favorecer la distracción de la persona, proponiendo la realización de actividades alternativas más funcionales.

Ejemplos de ayudas visuales para personas con menor capacidad de autorregulación

# Cuando sientas ANSIEDAD



#### 4.3.4. Uso de experimentos comportamentales para el cambio cognitivo:

Ayudan a la persona a identificar y modificar la interpretación catastrófica sobre sus sensaciones corporales, cambiando las creencias a través de la propia experiencia, mediante comprobación y verificación directa. Esto permite atribuir sus síntomas a sensaciones corporales normales. Algunos ejemplos serían:

- Prueba de hiperventilación.
- Lectura de pares asociados
- Foco de la atención.
- Ejercicio físico. (Hiperventilación adaptativa)
- Cambios corporales bruscos.

Este procedimiento podría ser útil en personas con DI cuando las intervenciones cognitivas, basadas en el diálogo racional, no pueden emplearse o su uso no produce resultados satisfactorios.

#### 4.3.5. Exposición a estímulos internos y externos

El temor a sufrir una crisis puede producir conductas agorafóbicas. Es importante, por tanto, no reforzar conductas evitativas. De este modo, la intervención debería recoger los siguientes aspectos:

Abordar la importancia de la evitación en el trastorno; ventajas y desventajas de ésta, remarcando los perjuicios.

Uso de técnica de exposición: normas para su aplicación, con ejemplificación; elaboración de la jerarquía; establecimiento y revisión de tareas.

En personas con DI habrá que adaptar las explicaciones, así como los materiales a su capacidad de comprensión (registros, dibujos, recordatorios visuales). Es importante la ayuda y colaboración de los familiares y el personal de atención directa, así como apoyos naturales en la progresiva implementación de las tareas de exposición. Se darán pautas de actuación concretas en relación a las mismas, así como feedback sobre la ejecución, especialmente en aquellas personas con más dificultades de autorregulación.

En la medida de lo posible habrá que solicitar el consentimiento informado de la persona o de su familia para la puesta en marcha del programa de exposición, asegurando su implicación en el mismo, así como la de sus principales personas de apoyo.

#### **Prevención de recaídas:**

En esta última fase se trabajan los siguientes aspectos:

–valoración de la evolución (anexo).

–Repaso del contenido de las sesiones.

–Atribución de la mejoría alcanzada y refuerzo.

–valoración de la creencia residual en las interpretaciones catastróficas (IC) de las sensaciones corporales.

–valoración del grado de evitación y temor a las principales conductas-objetivo.

–Generalizar lo aprendido a otras sensaciones corporales que pudieran aparecer en el futuro.

–Seguir practicando las técnicas aprendidas.

–Evaluación final.

Foto 5: Ejemplo de panel de autovaloración de la evolución

1 <sup>a</sup> semana	LUNES	MARTES	MIERC.	JUEVES	VIERNES
He podido relajarme	✓	✓			
He salido al recreo yo solo	✓	✓			
He salido al recreo acompañado	X	✓			

#### **CONTROL DE CONTINGENCIAS**

Resulta útil complementar los planes de tratamiento con sistemas de control de contingencias. En este caso nos centraremos en el control de las conductas de evitación y en la superación de las diferentes situaciones de exposición. En personas con mayor necesidad de apoyos se pueden utilizar sistemas de refuerzos positivos donde la persona pueda visualizar sus logros.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### Tratamiento de urgencia:

Se recomienda el uso de <sup>4</sup>benzodiacepinas como: Alprazolam 1-2 mg, Diazepam 5-10 mg o Lorazepam 1-2 mg, dado que consiguen una rápida remisión tanto de la ansiedad anticipatoria, como de las crisis de angustia. Puede ser útil el uso de una mascarilla obturada a fin de controlar la hiperventilación y la posible tetania.<sup>5</sup>

### Tratamiento de base:

Como primera elección se aconseja utilizar:

–Benzodiacepinas: Clonazepam (2-6 mg/día) o Alprazolam Retard (3-10 mg/día). La BZD debe iniciarse a dosis bajas e incrementar progresivamente hasta la desaparición de las crisis.

Son sobre todo útiles si se busca un control rápido de la sintomatología. Se desaconsejan en pacientes con antecedentes de abuso-dependencia de sustancias. Para interrumpir el tratamiento se debe disminuir la dosis muy lentamente, y no reducir semanalmente la dosis más de un 10%.

La respuesta suele tardar como mínimo, 4 semanas, aunque en algunos pacientes no se aprecia respuesta completa hasta pasadas 8-12 semanas.

–tratamiento combinado: Frecuentemente se utilizan de forma conjunta las Benzodiacepinas asociadas a un ISRS, a las dosis referidas previamente, con objetivo de retirar progresivamente la BZD y mantener el ISRS.

## ALGUNOS FACTORES DE VULNERABILIDAD Y PROTECCIÓN

FACTORES DE VULNERABILIDAD	BBPP PARA LA INMUNIDAD
Tendencia a sobre generalizar respuestas de ansiedad a estímulos.	Entrenamiento en estrategias personales de afrontamiento
Tendencia a la hipocondría.	Información y creencias adecuadas para la explicación de sus síntomas
Modelos del trastorno en familiares o personas cercanas.	Buen estado de salud
Exposición a circunstancias estresantes	Ausencia de estrés.
Personalidad dependiente.	

<sup>4</sup> las benzodiacepinas actúan aumentando la acción del neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico). El GABA es un neurotransmisor, es decir, un agente **que** transmite mensajes desde una célula **cerebral** (neurona) hacia otra. Los mensajes que envían estos neurotransmisores son de inhibición y les comunica a las neuronas que bajen (o detengan) la intensidad de sus comunicaciones consiguiendo un efecto general tranquilizante.

<sup>5</sup> **tetania** es un trastorno caracterizado **por** un aumento **de** la excitabilidad **de** los nervios, espasmos musculares dolorosos, temblores o contracciones musculares intermitentes, provocados **por** la disminución del calcio en la sangre (hipocalcemia), hipomagnesemia o **por** alcalosis tanto metabólica como respiratoria.

História previa de aprendizaje en relación a los síntomas somáticos y experiencias emocionales.	
Hipervigilancia continua	