

ANGUSTIA-ANSIEDAD Y STRESS. Problemas de la Clínica de hoy.

Autor:

Dr. Ricardo Manuel Castro Bourdichon M.P.Nº 12759/8

Esp. en Psiquiatría M.E.Nº 3887

Esp. en Psiquiatría Infanto Juvenil M.E.Nº 12400

La Urgencia Psiquiátrica hoy está comunmente enfrentada por el Médico de Atención Primaria.

La clave de la actuación implica tranquilizar al paciente para que la situación no desborde a una patología mas severa.

Criterios de urgencia. Definiremos urgencia como una condición que concluye en incapacidad o muerte si no se trata inmediatamente, entonces, los pacientes psiquiátricos si constituyen casos de urgencias.

El suicidio es una de las principales causas de muerte de estos pacientes y la mayoría ya han consultado a sus médicos durante las semanas o meses anteriores.

Los problemas derivados de una Psicosis, son atendidos cada vez más con problemas de urgencia, pero muchas veces son devueltos a la comunidad sin los adecuados apoyos institucionales.

Son relevantes: La depresión mayor con riesgo suicida.

La conducta violenta y abiertamente destructiva.

Trastorno de estrés post-traumático agudo.

Crisis de Angustia-Ansiedad (hoy mal llamado Ataque de Pánico).-

La excitación maniaca, la esquizofrenia (p.e. catatónica, paranoide).

La anorexia nerviosa cuando por su intensidad pueda existir peligro por inanición.

Alcoholismo y toxicomanías .

En niños : Depresión con intentos de suicidio.

Trastorno de las emociones muy intenso p.e. una fobia escolar que muestra síntomas de pánico que sólo se alivian al estar en casa.

Síndrome del niño maltratado .

Agresión sexual.

Duelo de los padres complicado.

Trastorno de conducta grave, p.e. conducta incendiaria.

Niño con síntomas psicóticos o alteración grave del contacto con la realidad.

Todos los estudios sociológicos muestran también que la sociedad depresiva tiende a quebrar la esencia de la resistencia humana. Entre el miedo al desorden y la valoración de una competitividad fundada solamente en el éxito material, son muchas las personas que prefieren entregarse voluntariamente a las sustancias químicas antes que hablar de sus sufrimientos íntimos.

Numerosos médicos generalistas (especialmente aquellos que se ocupan de las urgencias) no están mejor que sus pacientes. Inquietos, infelices, hostigados por los laboratorios e impotentes para curar y para escuchar un dolor psíquico que los desborda cotidianamente, parecen no tener otra solución más que responder a la demanda masiva de psicotrópicos.

Crisis de angustia

La angustia (o pánico, para las nomenclaturas actuales), es una entidad frecuente que precisa a menudo la intervención del médico general. Aproximadamente el 1,5 por ciento de la población general satisface los criterios para ese diagnóstico. Hay que tener en cuenta, además, que quienes padecen este trastorno suelen consultar inicialmente al médico general o a especialistas diferentes del psiquiatra (cardiólogo, por ejemplo) por la alarma que generan los síntomas físicos que aparecen durante las crisis de angustia.

1 Director del Curso de Especialistas en Psiquiatría del CMPC.-

Ex Jefe de Servicio de Psicopatología del Hospital de Clínica

Contacto Inicial.

Las crisis de angustia aparecen bruscamente y se acompañan de síntomas físicos abundantes que producen gran alarma en el paciente. A menudo, la primera consulta se dirige a un servicio de urgencias. Con frecuencia, los pacientes consultan al médico general convencidos de la existencia de un trastorno físico.

DEFINICIONES.

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (angustia o pánico), que no se limitan a ninguna situación ambiental en particular; por tanto, son impredecibles.

Los síntomas predominantes varían de un caso a otro pero es frecuente un comienzo brusco con palpitaciones, sensación de asfixia, molestias precordiales, parestesias, mareo o vértigo. Con menor frecuencia pueden aparecer vivencias de despersonalización o desrealización. El paciente puede experimentar temor a perder el control, morir o enloquecer. Algunos pacientes desarrollan como complicación dependencia del alcohol o de ansiolíticos. Casi en la mitad de los casos se desarrolla agorafobia (miedo a encontrarse en lugares o situaciones en los que el individuo considera difícil escapar). Muchos pacientes presentan, además, trastornos depresivos asociados.

DIAGNÓSTICO

El trastorno de angustia supone una repetición de crisis de ansiedad grave, que se consideran primarias, es decir, que no son consecuencia de otras patologías subyacentes.

Se caracterizan por la presentación brusca de un estado intenso de ansiedad que se manifiesta por varios síntomas; los más característicos se reflejan en la lista siguiente:

Ahogo o Disfagia-
Mareos- Palpitaciones- Temblor- Sofocos- Sudor –
Náuseas- Boca seca- Parestesias- Dolor Precordial-
Miedo a la Muerte o a Volverse Loco.-

"Deben presentarse ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el periodo de un mes:

- En circunstancias en las que no hay peligro objetivo.
- No sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- En el periodo entre crisis el individuo debe, además, estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve".

Diagnóstico diferencial

La angustia debe diferenciarse de otras muchas entidades que pueden producir síntomas de ansiedad, en especial algunos trastornos físicos o derivados del consumo de tóxicos. Las patologías que pueden inducir estados de ansiedad son numerosas y el diagnóstico debe centrarse inicialmente en las más frecuentes, que hemos resumido en el cuadro que sigue. Es especialmente importante descartar la existencia de hipertiroidismo por ser el trastorno físico que con mayor frecuencia conduce a diagnósticos erróneos. Los episodios de hipoglucemia de cualquier etiología, la epilepsia temporal y el feocromocitoma también deben incluirse en el diagnóstico diferencial, que se basa, lógicamente, en la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.

Es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial con los estados de ansiedad inducidos por el consumo agudo o crónico de tóxicos. Cafeína, cocaína, anfetaminas y otros psicoestimulantes pueden originar crisis de angustia. La abstinencia de alcohol, benzodiacepinas de acción corta y otros ansiolíticos/ hipnóticos de eliminación rápida puede ser igualmente responsable de episodios de ansiedad.

Se Debe considerar también que las crisis de ansiedad pueden ser consecuencia de un trastorno de adaptación o de reacciones de ansiedad ante situaciones externas.

EL MÉDICO GENERALISTA ANTE EL PACIENTE CON ANGUSTIA

El médico debe descartar la existencia de patología física o secundaria al consumo de tóxicos. Para ello indicará

las pruebas complementarias que precise en función del trastorno que sospeche; sin embargo, es importante que, una vez realizadas las que considere oportunas, no continúe con exploraciones innecesarias que sólo sirven para aumentar la ansiedad e hipocondría de los pacientes o demorar injustificadamente su tratamiento.

Los hallazgos "negativos" en las exploraciones realizadas deben reconducirse positivamente. Por ejemplo, ante un ECG normal el médico puede comentar al paciente: "Afortunadamente, las pruebas indican que su corazón funciona bien".

Por el contrario, no es aconsejable decir: "Usted no tiene nada". Con ello despreciamos el problema que nos plantea el paciente, quien puede sentirse rechazado.

TRATAMIENTO GENERAL. Lo Principal.

Reestructurar elementos del mundo externo e interno del sujeto (**psicoterapias introspectivas**).

Enseñar al paciente técnicas y conocimientos para mejorar el rendimiento (**terapias cognitivas, aprendizaje en relajación**). Animar al paciente a practicar diariamente métodos de relajación con el fin de reducir los síntomas físicos. Identificar y superar preocupaciones exageradas.

Dar recomendaciones que puedan reducir la ansiedad o hacerle sentirse acompañado (**terapias de apoyo**). Animar al paciente a realizar actividades relajantes o de ocio, y a retomar las conductas que han sido beneficiosas para él en el pasado.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las crisis de angustia suelen ceder espontáneamente en 5-10 minutos. A menudo se atribuye la mejoría a cualquier fármaco que se haya administrado, cuando es posible que la remisión de las crisis haya sido espontánea. No obstante, conviene administrar benzodiacepinas tan pronto como se manifiesten los primeros síntomas de una crisis (1-2 mg sublinguales de CLONAZEPAM).

QUE NO HACER

- Tratar al paciente en función de diagnósticos previos, sin revisarlos o sin valorar los nuevos elementos de cada caso. Se debe realizar anamnesis, exploración física y pruebas complementarias precisas.
- Rechazar al paciente o inhibirnos terapéuticamente al comprobar la ausencia de patología orgánica.
- Infravalorar las quejas del paciente.
- Realizar exploraciones innecesarias que sólo contribuyen a incrementar la hipocondría del paciente.
- Limitar el tratamiento a la prescripción de fármacos.
- No revisar el tratamiento farmacológico periódicamente para intentar prevenir el desarrollo de dependencias.

CUÁNDO DERIVAR

En los lugares en que se disponga de recursos, se podrán derivar al especialista los pacientes susceptibles de beneficiarse de psicoterapias interpretativas. En general, deberán ser pacientes jóvenes, con buen nivel intelectual y cultural, que quieran intentar reconocer aspectos de su psiquismo en relación con el manejo de sus conflictos y con buena capacidad de introspección.

Un tratamiento con antidepresivos por refractariedad a los ansiolíticos o por exceder el tiempo de uso, no más de tres meses, incluirá preferentemente Tricíclicos en dosis bajas que tienen menos problemas y más efectividad que los IRSS, Descartando Glaucoma o problemas cardíacos y debería mantenerse de 6 meses a 1 año y, si aparecen recaídas al suspenderlo, hay que reinstaurar el tratamiento que se mostró eficaz. Si no se consigue la eliminación de las crisis con los tratamientos es preferible derivar el paciente al

psiquiatra. La derivación también es conveniente cuando exista comorbilidad psiquiátrica importante o cuando sólo se aprecien mejorías parciales con los tratamientos empleados.

Referencias

Vasen Juan. Fantasmas y Pastillas. Letra Viva . 2020.-

Vasen Juan. Nueva Epidemia de Nombres Impropios. Noveduc. 2021.-

Ruiz FJ, Martín MBG, Falcón JCS, González PO. The hierarchical factor structure of the Spanish version of depression anxiety and stress scale-21. Rev Int Psicol Ter Psicol 2017; 17:97-105.

Antúñez Z, Vinet EV. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. Terapia Psicológica 2012; 30:49-55. A la fecha con plena Vigencia.-