

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

LA ANGUSTIA DE PANICO Y SU TRATAMIENTO

Dr SERGIO GLOGER KOJCHEN*

ANSIEDAD

La ansiedad es una de las emociones humanas básicas, y suele manifestarse cuando nuestra integridad espiritual, mental o física se ve amenazada. En la literatura anglosajona se utiliza el vocablo *anxiety*, en tanto que en español ansiedad y angustia se usan indistintamente, lo cual es aceptable en el ámbito clínico. Se reconoce por su carácter desagradable, una suerte de "dolor emocional", asociado a la percepción o el temor de un desenlace negativo en una situación incierta o de riesgo. La ansiedad suele manifestarse con inquietud, nerviosismo y aumento del estado de alerta. Al componente psicológico de este estado se le denomina expectación aprensiva. Además, son comunes un número variable de molestias físicas, entre las más habituales sensación de constricción o vacío en la región epigástrica, "un nudo en la garganta", pulso y frecuencia respiratoria aumentadas, sudoración y tensión osteomuscular.

La ansiedad es una emoción universal que prepara para responder mejor ante demandas externas o internas, por lo que, en analogía con las funciones del dolor en el plano físico, ella debe considerarse un fenómeno normal y adaptativo si las circunstancias y la intensidad con que se presenta son apropiadas. La ansiedad patológica puede reconocerse cuando los síntomas generan sufrimiento o discapacidad, ya sea por su excesiva intensidad o por la ausencia de un estímulo identificable para el cual sirva de mecanismo de adaptación. La ansiedad puede presentarse como síntoma, asociado a la mayor parte de la patología médica o psiquiátrica, o bien se configura como la manifestación central de un grupo de trastornos emocionales (trastornos por ansiedad, Tabla 1).

ANGUSTIA DE PANICO

La angustia de pánico es una forma de ansiedad patológica, cuya manifestación principal son las crisis o ataques de pánico recurrentes. Estas se manifiestan como episodios de angustia de intensidad extrema, de inicio abrupto e inmotivada,

do, con intensos síntomas físicos y emocionales, entre los cuales destacan molestias cardiorrespiratorias y neurovegetativas, asociadas a sensación de terror y descontrol inminente.

Aquellas personas que han experimentado uno de estos episodios, distinguen que se trata de una experiencia cualitativamente diferente de la ansiedad que previamente conocían, en cuanto a que no se trata solamente de una mayor intensidad de los síntomas. Esta diferencia está dada por la percepción de que se ha perdido - o se está a punto de perder - la capacidad de ejercer control sobre sensaciones físicas y emocionales, que se viven como una amenaza real e inmediata a la supervivencia (sensación de muerte) o a la integridad psicológica (perder la razón o el control sobre la conducta).

En la angustia de pánico, a diferencia de la ansiedad normal y de otras formas de ansiedad patológica, se desarrolla una actitud de expectación constante, por temor a que las crisis se repitan, la cual se denomina ansiedad anticipatoria. Esta preocupación genera cambios en la conducta habitual de

Tabla 1. Trastornos por ansiedad*

- Trastorno de pánico
 sin agorafobia
 con agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno por ansiedad generalizada
- Trastorno por ansiedad debido a una condición médica

* DSM-IV.

* Profesor Adjunto de Psiquiatría, Departamento De Psiquiatría

la persona afectada, quien intenta en lo posible evitar aquellas situaciones o lugares que asocia con mayores probabilidades de tener nuevos episodios, o bien con una mayor dificultad en huir o recibir ayuda oportuna en caso de una nueva crisis. A estos cambios de conducta se les llama agorafobia. En la población consultante, sólo alrededor de un 15% de las personas que experimentan crisis de pánico recurrentes no desarrollan estas conductas de evitación fóbica.

La angustia de pánico es, por tanto, una forma particularmente grave de ansiedad patológica, cuyos elementos más característicos son las crisis recurrentes de pánico, la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación fóbica.

SINTOMAS

La crisis o ataque de pánico es un período discreto de intenso miedo o desagrado, en el cual se desarrollan abruptamente cuatro o más de los síntomas enumerados en la Tabla 2, alcanzando su máxima intensidad en un plazo de hasta diez minutos.

La historia característica de un paciente con trastorno de pánico corresponde a una persona joven, entre la adolescencia tardía y la década de los 30, de preferencia de sexo femenino (2:1 hasta 3:1 más frecuente en mujeres), aparentemente sana hasta ese momento, que, en forma inesperada y sin una justificación clara, presenta un estado de intensa angustia, desconocido hasta entonces, el que no consigue controlar (su primer episodio de angustia de pánico). Se presenta con creciente sensación de ahogo, palpitaciones, temblor, mareo y sudoración, asociados a la vivencia de terror -" algo

Tabla 2. Crisis de pánico*

- 1.- Palpitaciones, latidos intensos o aceleración del pulso
- 2.- Sudoración
- 3.- Temblor o calofríos
- 4.- Sensaciones de falta de aire o sofocación
- 5.- Sensación de ahogo
- 6.- Malestar o dolor torácico
- 7.- Náusea o malestar abdominal
- 8.- Mareo, inestabilidad, "vacío en la cabeza" o desmayo
- 9.- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse despegado de sí mismo)
- 10.- Temor a perder el control o enloquecer
- 11.- Temor a morir
- 12.- Parestesias
- 13.- Oleadas de frío o calor

* DSM-IV.

muy grave me está sucediendo"-). Durante el episodio, los temores más habituales son a morir, o bien a que en cualquier momento se pudiera llegar a perder la conciencia o la razón. Surge el impulso de huir, protegerse y buscar ayuda, lo cual suele conducir al servicio hospitalario de urgencia más próximo. Una referencia común para describir lo experimentado es "la peor experiencia de mi vida".

La evaluación médica de urgencia no arroja hallazgos significativos, y el episodio es atribuido a "nerviosismo o tensión emocional". La persona se tranquiliza, hasta que un par de semanas más tarde sobreviene un segundo episodio, generalmente de similares características aunque menos intenso, lo cual origina una consulta a su médico habitual. Se solicitan exámenes de laboratorio más sofisticados, que también son normales.

Se presentan nuevos episodios, de intensidad variable, y se agrega una preocupación constante respecto de como evitar nuevas crisis. El paciente comienza a atribuir la irrupción de los síntomas a las circunstancias o el lugar donde se encontraba (por ejemplo se abstiene de hacer ejercicio físico o evita usar nuevamente la locomoción pública), y para salir de su casa prefiere hacerlo acompañado.

Luego de presentar otra crisis intensa, se renuevan las dudas sobre la salud física y se visita un especialista. Las molestias con connotación emocional no son comunicadas, y se solicitan una serie de evaluaciones de laboratorio, cada vez más especializadas, costosas y en ocasiones de naturaleza invasiva (por ejemplo coronariografía). En tanto, el paciente ha recibido consejos sobre su estilo de vida y fármacos con efecto sedante inespecífico.

La preocupación inicial de los familiares se transforma en comentarios sobre cómo "poner de tu parte para sentirte mejor y sobreponerte a tus temores", con lo cual sólo se agrega un elemento adicional de ansiedad y desesperanza de encontrar mejoría, ya que "nadie comprende lo que me sucede".

El impacto en las habilidades laborales, costos de salud, disrupción de la vida familiar y social, independencia, desánimo y pérdida de la autoestima, suelen llevar a niveles graves de deterioro en la calidad de vida y capacidad funcional global.

DIAGNOSTICO

En la Tabla 3 se presentan los criterios diagnósticos, adaptados del DSM-IV. La primera condición para identificar un trastorno de pánico es conocer la existencia de esta entidad clínica e incorporarla a nuestro "árbol de decisión diagnóstica". Si bien lo anterior puede parecer obvio, es necesario enfatizarlo por varias razones:

- Se trata de una entidad nosológica incorporada recientemente como tal a las clasificaciones de trastornos emocionales.
- Se ha definido este trastorno como un "gran simulador" de la práctica médica. La variedad de síntomas físicos, junto a la falta de sistematización y omisión de los síntomas emocionales con que los pacientes suelen

Tabla 3. Diagnóstico del trastorno de pánico*

- A. Presencia de los siguientes criterios (ambos):
- 1.- Crisis de pánico inesperadas y recurrentes
 - 2.- Una o más de las crisis ha sido seguida por alguna de las siguientes manifestaciones (que han durado por lo menos un mes):
 - temor persistente a experimentar nuevos episodios de pánico,
 - preocupación acerca de las implicancias o consecuencias de las crisis (perder el control, tener un ataque cardíaco, enloquecer),
 - un cambio significativo de la conducta como consecuencia de las crisis.
- B. Presencia o ausencia de agorafobia
- C. Las crisis de pánico no se explican sólo por el efecto fisiológico directo de una sustancia (como drogas de abuso, medicación) o por una condición médica (como hipertiroidismo).
- D. Las crisis de pánico no se explican mejor por la existencia de otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

* Adaptado de DSM-IV.

presentarse ante el médico, conducen con frecuencia a que no se identifique el TP como la enfermedad de base.

- La comorbilidad frecuente con otras entidades psiquiátricas, tales como episodios depresivos o abuso de sustancias, puede conducir a que no se indague por patología adicional.
- La alta prevalencia en población general (estimada en 3%) y en particular la consulta inicial en un medio médico, justifican incorporar de rutina la búsqueda de síntomas característicos.

TRATAMIENTO

El primer requisito para el tratamiento exitoso de un paciente con TP es establecer con precisión el diagnóstico de acuerdo a los criterios enumerados más arriba (en contraposición al diagnóstico genérico de, por ejemplo, "estado de ansiedad"). Luego, se debe elaborar, con la participación activa del paciente, un plan de tratamiento que considere, en conjunto con la indicación de psicofármacos, aspectos psicológicos, ambientales e interpersonales que suelen estar presentes, así como las características propias del individuo afectado. La

entrevista inicial, en la cual se identifica el trastorno, suele ser una oportunidad importante para establecer una adecuada alianza terapéutica, y de este modo promover un buen cumplimiento y adhesión al plan de tratamiento formulado.

En la Tabla 4 se describen los objetivos de un plan de tratamiento para pacientes con TP: en una primera fase, el énfasis está puesto en la erradicación, en lo posible completa, de la tríada sintomática característica, y luego en el tratamiento de los factores de riesgo que facilitan eventuales recaídas. Se espera que la remisión de síntomas se produzca en la misma secuencia de su gestación, es decir, en primer término la disminución progresiva de la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, y en la medida que esto ocurra, también se alivian la ansiedad anticipatoria y las conductas fóbicas.

El medio más eficaz para tratar las crisis de pánico, tanto mayores como limitadas, es un adecuado uso de psicofármacos. Las crisis limitadas (menores o "abortivas") se reconocen porque el paciente se refiere a ellas en términos de "pude controlarla". En comparación a la intensidad y dramatismo de las crisis mayores, estas últimas suelen pasar desapercibidas o se confunden con ansiedad anticipatoria. Son más frecuentes que los episodios mayores, y suelen dar cuenta de la persistencia de conductas fóbicas residuales. Dado que estas crisis deben responder al tratamiento farmacológico, constituyen un buen indicador para la adecuación de las dosis de medicamentos. Es

importante la búsqueda sistemática de estos síntomas en sucesivos controles, a fin de posibilitar una recuperación completa. El principal factor que contribuye a la disminución de la ansiedad anticipatoria es la menor frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, como también la consiguiente mejor ca-

Tabla 4. Plan de tratamiento del TP

Objetivos
<p><i>Erradicación de síntomas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis de pánico mayores limitadas - Ansiedad anticipatoria - Conductas de evitación fóbica
<p><i>Prevención de recaídas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores de riesgo - Síntomas residuales - Comorbilidad - Conflictos intrapsíquicos ambientales

pacidad para enfrentar situaciones previamente temidas. A su vez, las conductas fóbicas responden a la progresiva y exitosa exposición a las situaciones o lugares antes evitados.

La literatura coincide en que las recaídas son relativamente frecuentes, aun cuando a mediano y largo plazo se informan tasas muy variables (entre 1/3 y 2/3 de los pacientes tratados). En nuestra experiencia, la pesquisa y tratamiento de los factores de riesgo minimiza la reaparición de las crisis de pánico. La persistencia de síntomas residuales (crisis limitadas o conductas de evitación) pronostica casi con certeza una mayor tasa de recaídas.

La larga duración del tratamiento está relacionada con el necesario proceso de recuperación sintomática y con el tiempo necesario para el tratamiento de otros factores de riesgo. La comorbilidad del TP tiene relación con patología emocional y física; es frecuente la asociación con síntomas depresivos secundarios a las limitaciones que produce el TP, como también con episodios depresivos mayores. Todos los otros trastornos por ansiedad específicos (Tabla 1), se pueden presentar asociados al TP en una mayor proporción que su prevalencia en población general. También debe evaluarse con especial cuidado la presencia de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, en particular alcohol, ya que puede asociarse tanto al inicio del TP (como parte de un síndrome de privación), o bien, como un medio de autotratamiento.

En el diagnóstico diferencial con enfermedad física deben considerarse todos aquellos cuadros con síntomas comunes con el TP, como por ejemplo taquicardias paroxísticas, feocromocitoma, trastornos tiroideos; por ello, a la evaluación médica y de laboratorio de rutina debe agregarse una evaluación tiroidea. La mayor probabilidad de sufrir recaídas puede deberse a la persistencia de vulnerabilidades psicológicas que hayan contribuido al episodio en tratamiento. En la medida de lo posible, es deseable en esta fase la evaluación y eventual tratamiento por parte de profesionales especialistas, ya que existen evidencias que sugieren fuertemente la participación de elementos psicológicos y ambientales en la génesis del TP.

En la Tabla 5 se enumeran los medios que están a disposición del tratante, y que deben ser tomados en consideración a fin de optimizar los resultados terapéuticos.

En nuestra experiencia, los dos primeros puntos, educación y farmacoterapia, son siempre necesarios y deben constituir la base de todo tratamiento, sea este llevado a cabo por el especialista o por el médico no especializado en psiquiatría. El énfasis inicial en compartir con el paciente información acerca de la condición que lo aqueja, permitirle expresar y dar respuesta a sus dudas, discutir en conjunto en que consistirá el tratamiento, qué se espera como resultado de éste y en qué plazo, permiten desde la primera entrevista aliviar la habitual desesperanza de obtener mejoría que acompaña estos pacientes, disminuir sus aprensiones sobre posibles consecuencias negativas del uso de psicofármacos, y por último, comprender y aceptar que se encuentran aquejados de una enfermedad "legítima" que requiere, y para la cual existe, un tratamiento con buen pronóstico. En muchos casos somos

Tabla 5.

Plan de TP esquema terapéutico tipo

Información y educación Farmacoterapia Terapia conductual Psicoterapia

testigos de prescripciones farmacológicas bien formuladas que no conducen a éxitos terapéuticos, debido a que no han sido realizadas en concomitancia con una aproximación educativa.

En relación a terapia conductual, en la mayor parte de los pacientes es suficiente estimular en el curso del tratamiento la autoexposición a las situaciones temidas y evitadas, sobre la base de que comprendan que los temores fóbicos se extinguen gradualmente en la medida en que son confrontados (en presencia de un tratamiento farmacológico eficaz que evite la recurrencia de crisis de pánico). Algunos pacientes son muy reticentes a realizar por sí mismos esta parte del tratamiento y requieren derivación a terapia especializada formal. Asimismo, debe sugerirse en todos los pacientes que ello sea posible, la derivación a tratamiento psicológico, a fin de identificar, comprender e intentar fortalecer las vulnerabilidades psíquicas personales (en muchas ocasiones no conscientes), que pudieron haber contribuido a la génesis del trastorno.

En la Tabla 6 se esquematiza el modo de administrar los psicofármacos de uso más habitual en el tratamiento del TP.

En la primera columna aparece clonazepam, que es la benzodiazepina, en conjunto con alprazolam, cuya eficacia terapéutica ha sido establecida.

En los últimos años clonazepam ha desplazado a alprazolam como fármaco de elección, debido a ventajas farmacocinéticas que facilitan su administración y posterior suspensión, aun cuando la eficacia de ambos es comparable. Clonazepam puede ser indicado en sólo dos tomas diarias, en tanto que alprazolam requiere de 3 a 5 tomas, y suele presentarse angustia interdosis. La ventaja de iniciar el tratamiento con una benzodiazepina es conseguir un alivio más inmediato, y poseer un recurso para el tratamiento de las crisis que persistan en las primeras semanas de tratamiento. Debe considerarse evitar esta familia de fármacos cuando existan antecedentes de abuso o dependencia, lo cual se observa en forma ocasional en pacientes con TP. Las dosis que aparecen en la Tabla 6 deben ajustarse individualmente de acuerdo a tolerancia y respuesta. El efecto adverso más común es somnolencia inicial.

Se puede escoger la asociación con fármacos de la familia de los inhibidores selectivos de serotonina (se ejemplifican

Tabla 6. Farmacoterapia de TP. Esquema terapéutico tipo

Fármaco	Clonazepan	ISRS (FLX)*	Clomipramina
Dosis (mg/día)			
Inicial	0,5-1,5	5	5-10
Tratamiento	1,5 (1,0-4,0)	20 (10-40)	37,5 (25-100)
* ISRS: Inhibidores selectivos recaptura serotonina. FLX: Fluoxetina.			

dosis para fluoxetina), o bien, un tricíclico, entre los cuales clomipramina en bajas dosis ha demostrado ser el más eficaz. Las dosis iniciales, en ambos casos, deben ser extremadamente bajas para evitar exacerbar las crisis de pánico luego de las primeras administraciones del fármaco. Los efectos adversos más comunes de los inhibidores selectivos de serotonina son gastrointestinales y frenación de la libido. En el caso de clomipramina puede presentarse aumento de peso y con mayor frecuencia afecta la función sexual. La decisión de tratar a los pacientes con monoterapia o terapia farmacológica combinada debe decidirse caso a caso, tomando en consideración antecedentes de la respuesta a los tratamientos previos y características individuales de la presentación del trastorno (por ejemplo comorbilidad con depresión). Los plazos de tratamiento no deben ser inferiores a 6 meses, pero por lo general se requiere entre uno y dos años antes del retiro gradual de los fármacos.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- 1.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- 2.- Klerman GL, Hirschfeld RM, Weissman MM et al. Panic anxiety and its treatment. First Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993.
- 3.- Gloger S, Grunhaus L, Gladic D, O'Ryan F et al. Panic attacks and agoraphobia: low dose clomipramine treatment. J Clin Psychopharmacol 1989; 9:28-32.
- 4.- Grunhaus L. Clinical and psychobiological characteristics of simultaneous panic disorder and major depression. Am J Psychiatry 1988; 145:1214-1221.
- 5.- National Institute of Mental Health. Panic disorder in the medical setting. Katon, W. DHHS Pub N° (ADM)89-1629. Washington, DC, 1989.
- 6.- Modigh K, Westberg P, Eriksson E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo controlled trial. J Clin Psychopharmacol. 1990; 12:251-260.