

---

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

## DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

2<sup>a</sup> entrega

## INDICE

Ansiedad y trastornos de la personalidad .....	3
<i>Antonio Pérez Urdaniz, Vicente Rubio Larrosa</i>	
Trastorno por angustia ( <i>panic disorder</i> ) y trastorno por ansiedad generalizada .....	21
<i>José Angel Macías Fernández, José Antonio Gil Verona</i>	

## ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

*Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa*

### Concepto y clasificación

Los trastornos de la personalidad, también conocidos como psicopatías, o como personalidades psicopáticas, son la última frontera de la psiquiatría. Koch

acuñó en 1891 el término “psicopático”, e hizo una colorista descripción de las “inferioridades psicopáticas”, que como indica su nombre eran consideradas, como una inferioridad, como un defecto moral (Fig. 1)

**Fig. 1 Inferioridades psicopáticas, Koch 1891**

Las almas impresionables, los sentimentales lacrimosos, los soñadores y fantásticos, los huraños, los apocados, los escrupulosos morales, los delicados y susceptibles, los caprichosos, los exaltados, los excéntricos, los justicieros, los reformadores del Estado y del mundo, los tercos y los porfiados, los orgullosos, los indiscretos, los burlones, los vanidosos y presumidos, los trotacalles y los noveleros, los coleccionistas, los inventores, los genios fracasados y los no fracasados"

Kraepelin, en 1921, fue el primero que usó el término “personalidades psicopáticas” y Schneider publicó en 1923 un libro titulado “Las personalidades psicopáticas”, que tuvo 9 ediciones hasta 1959 y supuso la mayoría de edad de los trastornos de la personalidad y su entrada oficial en la Psiquiatría. Schneider debe su éxito a que estudió el tema desde un punto de vista clínico y empírico, evitando hacer juicios morales, como había ocurrido hasta entonces. Schneider definió a los trastornos de la personalidad como “variaciones o desviaciones de un campo medio de la personalidad, imaginado por nosotros, pero no exactamente determinable” y dijo que el concepto de personalidad psicopática debe ser ma-

nejado con precaución y sin connotaciones de valor moral, social o político. Hay que distinguir entre RASGO y TRASTORNO de la personalidad.

Por ejemplo personas normales pueden tener rasgos de personalidad paranoides, esquizooides, histriónicos, anancásticos etc., pero solo cuando los rasgos sean profundos, rígidos, inflexibles y afecten negativamente a la vida del paciente y de los demás se habla de trastorno de la personalidad.

El DSM-IV, de la Asociación Psiquiátrica Americana establece los siguientes criterios diagnósticos para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad (fig. 2).

**Fig. 2 Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad**

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad, y adecuación de la respuesta emocional).
3. actividad interpersonal.
4. control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

Reproducido con permiso de Editorial Masson, Editora del DSM-IV.

La clasificación de los trastornos de personalidad, en el DSM-IV se realiza de la siguiente manera (Fig. 3).

**Fig. 3 Clasificación DSM-IV de los trastornos de la personalidad**

**GRUPO A** Excesivamente introvertidos, raros y excéntricos

- Trastorno PARANOIDE de la personalidad
- Trastorno ESQUIZOIDE de la personalidad
- Trastorno ESQUIZOTIPICO de la personalidad

**GRUPO B** Excesivamente extrovertidos, emocionales, impulsivos e inestables.

- Trastorno HISTRIONICO de la personalidad
- Trastorno LÍMITE (BORDERLINE) de la personalidad
- Trastorno NARCISISTA de la personalidad
- Trastorno ANTISOCIAL de la personalidad

**GRUPO C** Excesivamente ansiosos y apocados

- Trastorno de la personalidad por EVITACIÓN
- Trastorno de la personalidad por DEPENDENCIA
- Trastorno OBSESIVO-COMPULSIVO de la personalidad
- Trastorno de la personalidad NO ESPECIFICADO

La clasificación CIE-10 de los trastornos de la personalidad presenta respecto a la clasificación DSM-IV las siguientes diferencias :

- No incluye el trastorno esquizotípico de la personalidad, que pasa a la sección de "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes" con el nombre de "Trastorno esquizotípico".

- El trastorno límite de la personalidad recibe en la CIE-10 el nombre de "Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad" y se subdivide en dos tipos:- "impulsivo" y "límite".

- No incluye el trastorno narcisista de la personalidad.

- El trastorno antisocial de la personalidad recibe el nombre de "Trastorno disocial de la personalidad".

- El trastorno de la personalidad por evitación recibe el nombre de "Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad".

- El trastorno de la personalidad por dependencia recibe el nombre de "trastorno dependiente de la personalidad".

- Y el Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad recibe el nombre de Tras-

torno anancástico de la personalidad.

### Epidemiología

Los trastornos de la personalidad no son fáciles de evaluar y por ello las citas epidemiológicas oscilan entre amplios límites. Se estima que podrían afectar a un 10-15% DE LA POBLACIÓN, si bien según su gravedad se clasifican en LEVE, MODERADO y GRAVE. Muchos casos leves podrían pasar desapercibidos en un continuo con la población normal.

Aunque generalmente los trastornos de la personalidad no consultan por su peculiar personalidad, que ellos perciben como su manera de ser, sí que consultan por otros trastornos psiquiátricos, y estos pacientes tienen una prevalencia de trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, alcoholismo, psicosis etc.) muy superior a la población de personalidad normal, y además cuando presentan trastornos psiquiátricos, estos tienen peor evolución que en las personas con personalidad normal... Otro aspecto a tener en cuenta es que estas personas por sus dificultades en las relaciones interpersonales, pueden provocar situaciones conflictivas, difíciles, en su entorno, y que como pacientes somáticos son igualmente difíciles y pueden plantear conflictos con el personal sanitario.

### Etiopatogenia

La etiopatogenia de los trastornos de la personalidad es muy compleja. En ella se imbrican los factores biológicos, psicológicos y sociales. La biología y el entorno social condicionan la personalidad pero el individuo con su voluntad y libertad puede influir decisivamente en su propia personalidad.

La psiquiatría psicodinámica ha elaborado interesantes teorías y observaciones sobre la evolución de la personalidad, manejo de la ansiedad, meca-

nismos de defensa, motivaciones inconscientes, adaptación al entorno, etc.

La psiquiatría biológica en la actualidad, defiende que lo que podría ser hereditario en la personalidad es una serie de dimensiones, que describiremos a continuación, a las que se están encontrando bases biológicas en torno a las cuales se irían estructurando los rasgos de personalidad o al menos, los trastornos de la personalidad. Las principales dimensiones son : (Fig. 4)

**Fig 4. Dimensiones de la personalidad que tienen base biológica**

- **Introversión/Extroversión**
- **Impulsividad**
- **Inestabilidad afectiva**
- **Ansiedad patológica**

Se cree que el grado de INTROVERSIÓN/EXTROVERSIÓN es incluso más hereditario que la inteligencia. Por introversión se entiende una actitud, o un tipo de personalidad, que se caracteriza por orientar la libido, o la energía psíquica, hacia el mundo interior, hacia sí mismo y sus propias vivencias que son preferidas al mundo exterior. El extrovertido al contrario dirige su libido, o su energía psíquica hacia el mundo externo y sus múltiples facetas, sociales, naturales, intelectuales que es preferido a su propia vida intrapsíquica. La extroversión se correlaciona con disminución de monoaminooxidasa (MAO) plaquetaria, buenos resultados en seguimiento ocular lento, y en atención auditiva, aumento del ácido homovanílico (HVA) en líquido cefalorraquídeo y plasma sanguíneo (lo que indica aumento en el metabolismo de dopamina). La introversión se correlaciona con los parámetros opuestos. Hay un abanico normal de introversión/extraversión, sólo las desviaciones patológicas pueden provocar psicopatología de la personalidad.

Se entiende por **IMPULSIVIDAD** a una disminución del umbral de actividad motora frente a cualquier tipo de estímulos externos o internos que provoca irritabilidad, impulsividad, desinhibición conductual y a veces agresividad.

La impulsividad está correlacionada con la disminución de serotonina en líquido cefalorraquídeo, aumento de actividad noradrenérgica y actividad lenta en el electroencefalograma.

Se entiende por **INESTABILIDAD AFECTIVA** a una respuesta afectiva intensa y desproporcionada ante todo tipo de acontecimientos, tanto negativos como positivos. Estas personas se describen como muy sensibles, todo les afecta, incluidas nimiedades, por lo que tienen que gastar mucha energía en controlar sus respuestas emocionales. Se correlaciona con disminución del tiempo de latencia REM (tiempo que va desde el inicio del sueño, al primer período REM, de movimientos oculares rápidos), y con aumento de respuesta a la acetilcolina y a las catecolaminas.

Se entiende por **ANSIEDAD PATOLÓGICA** a aquella que no es útil para la superación de obstáculos, a aquella que provoca miedo, inhibición y síntomas somáticos que obstaculizan la superación de obstáculos. Se correlaciona con disminución de la actividad gabaérgica, aumento de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica, y aumento de respuesta al lactado y yohimbina.

Por ejemplo un individuo patológicamente extrovertido, carente de vida interior, está a merced del mundo exterior en el que busca estímulos, sensaciones, que le distraigan del vacío interior. Si además tiene inestabilidad emocional cualquier tipo de estímulo externo le provocará una intensa reacción emocional, que quizás tenga problemas para controlar, y si además es muy impulsivo, tenderá a actuar de manera impulsiva ante sus altibajos emocionales con lo que puede ser propenso a amores y odios violentos, irritabilidad hetero y autoagresividad. Pero, a pesar de todo continua volcado

al mundo externo porque su vacío interior es tal, que para evitarlo busca desesperadamente estímulos, aunque después no pueda controlarlos. Un individuo así, con extroversión patológica, y labilidad emocional e impulsividad intensas, probablemente tiene un trastorno límite de la personalidad.

### Cuadro Clínico

El cuadro clínico de los trastornos de la personalidad se caracteriza por los síntomas que a continuación exponemos para cada trastorno de la personalidad.

El paciente puede quejarse o no de su manera de ser, según sea el tipo de trastorno de personalidad y los problemas que le ocasione. A veces son las familias y amigos los que se dan cuenta de los síntomas y las carencias de los pacientes y les recomiendan tratamiento.

No hay que olvidar que los trastornos de la personalidad pueden ser, al igual que otros trastornos psiquiátricos de intensidad leve, moderada y grave, y que su manifestación clínica también depende (especialmente en los casos leves y moderados) de la inteligencia del paciente y de sus circunstancias vitales. Por ejemplo un paciente con un trastorno de la personalidad esquizoide que sea inteligente y que tenga acceso a trabajos que puede realizar sólo, con poco contacto con la gente, como por ejemplo trabajos de computadoras, puede estar bien adaptado, aunque sus relaciones interpersonales sean deficitarias.

Vamos a ver el cuadro clínico de cada uno de los trastornos de la personalidad.

### **GRUPO A**

#### **1. Trastorno paranoide de la personalidad**

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 5) para este

trastorno :

## Fig. 5 Criterios para el diagnóstico de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad [301.0]

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

Reproducido con permiso de Editorial Masson. Editora del DSM-IV

Afecta aproximadamente un 2% de la población adulta, principalmente del sexo masculino. Tienen un autoconcepto grandioso, aunque frágil y ven a los demás como malos, débiles, hostiles y despreciables por que proyectan su parte negativa en los demás.

Por lo tanto para ellos es "natural" desconfiar de los demás, por que nada bueno pueden esperar, desconfían incluso de familiares cercanos.

Como su autoconcepto grandioso es frágil, son hipersensibles a las ofensas, reales o a veces imaginarias, no perdonan ni olvidan jamás. Son hipervigilantes ante cualquier ofensa o peligro, reales o potenciales. Si tienen ideas religiosas, políticas, sociales, científicas etc., las emplean como armas contra los demás.

Los demás los perciben como fanáticos, desconfiados, rígidos, hostiles, sin capacidad de confiar, sin sentido del humor, envidiosos, despreciativos (especialmente con la gente que creen débil y

sin poder), malintencionados, llenos de prejuicios, sin corazón, crueles.

A veces si son inteligentes, se callan lo que saben que no deben decir. Su vida emocional es pobre, suelen tener conflictos con los demás, en los ambientes social, laboral, familiar. A veces tienen (y también causan a los demás) síntomas de ansiedad, pueden tener depresiones y síntomas psicóticos (en general breves), que hay que tratar con ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos.

Como pacientes médicos son igual agresivos y querulantes. El médico no debe dejarse intimidar por ellos y pondrá los límites adecuados, aunque intente comprender las limitaciones de estos pacientes.

## 2. Trastorno esquizoide de la personalidad

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 6) para este trastorno:

### Fig. 6 Criterios para el diagnóstico de F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad [301.20].

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos.

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona disfruta con pocas o ninguna actividad.
4. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
5. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
6. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

Reproducido con permiso de Editorial Masson, Editora del DSM-IV.

Podría afectar a un 5% de la población, es más frecuente en el sexo masculino. Son personas con un nivel patológico de introversión, son solidarios por vocación, no necesitan a los demás. Viven ensimismados y no muestran emociones, suelen tener una vida íntima muy rica, a veces pueden ser muy creativos. Funcionan bien en trabajos que tengan que desempeñar en solitario. Las relaciones sociales les provocan ansiedad y malestar. Como pacientes médicos son

reacios a ir al médico pero si el médico consigue establecer un vínculo terapéutico el paciente colaborará bien con el tratamiento, aunque las revisiones sean breves y esporádicas.

### 3. Trastorno esquizotípico de la personalidad

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 7) para este trastorno.

### Fig. 7 Criterios para el diagnóstico de F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad [301.22]

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia excluidas las ideas delirantes de referencia
  2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
  3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
  4. Pensamiento y lenguajes raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado).
  5. Susplicia o ideación paranoide.
  6. Efectividad inapropiada o restringida.
  7. Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
  8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
  9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.
- Reproducido con permiso de Editorial Masson, Editora del DSM-IV



Afecta aproximadamente a un 3% de la población, siendo más frecuente en los familiares de esquizofrénicos que en la población general. Los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad presentan una introversión patológica, mucho más intensa que en el trastorno esquizoide de la personalidad, que origina considerables distorsiones en la percepción de la realidad y en el proceso de pensamiento, que es a veces de tipo "mágico", con contenidos esotéricos, supersticiosos, paranoides... presentan un gran aislamiento social. Las relaciones interpersonales les producen mucha ansiedad por lo que los evitan. Pueden tener episodios de despersonalización y desrealización.

Toleran muy mal el estrés. Pueden tener episodios depresivos, y síntomas psicóticos transitorios.

Estos pacientes suelen vestirse y comportarse de manera excéntrica, extravagante. A veces se meten en grupos marginales, o sectarios. Su adaptación sociolaboral suele ser mala, aunque algunos se las arreglan para pasar relativamente desapercibidos.

Como pacientes médicos son huidizos y reacios a tomar medicamentos, a veces prefieren recurrir a medicinas alternativas.

### **GRUPO B**

#### **1. Trastorno histriónico de la personalidad**

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 8) para este trastorno.

#### **Fig. 8 Criterios para el diagnóstico de F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad [301.50]**

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Reproducido con permiso de Editorial Masson. Editora del DSM-IV.

Su prevalencia es de aproximadamente un 3% de la población, es más frecuente en las mujeres. Estos pacientes constituyen hasta un 15% de los pacientes de consultas ambulatorias de psiquiatría. Acuden principalmente por trastornos de ansiedad, mala tolerancia al estrés, somatizaciones, depresiones, conductas impulsivas, abuso de

alcohol, trastornos sexuales... Son patológicamente extrovertidos, y presentan un grado medio de labilidad afectiva e impulsividad.

Son muy sociales y sugestionables, inicialmente suelen ser simpáticos, les gusta ser el centro de atención, son seductores y manipulativos, emotivos, teatrales, volubles, superficial-

les, exagerados, controlantes, hipervaloran el aspecto físico y las apariencias.

Como pacientes médicos son seductores y manipuladores con el médico, del que esperan obtener con su conducta un trato de favor. El médico deberá procurar no dejarse manipular y

no desarrollar actitudes negativas hacia estos pacientes.

### Trastorno límite de la personalidad

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 9) para este trastorno.

#### Fig. 9 Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. **Nota** : no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad : autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). **Nota** : No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Reproducido con permiso de Editorial Masson. Editora del DSM-IV

Afecta aproximadamente a un 2% de la población mayoritariamente femenina. Constituyen aproximadamente el 10% de las consultas psiquiátricas ambulatorias, a las que acuden por depresión, intentos de suicidio, mala tolerancia al estrés, ansiedad, conductas impulsivas y peligrosas, abuso de alcohol, problemas sexuales, síntomas psicóticos transitorios... El nombre de límite, borderline en inglés, viene de que durante la época en que se acuñó el término, se le consideraba ubicado en la zona límite entre la neurosis y la psicosis.

Son personas que tienen un alto grado de extroversión, inestabilidad afectiva e impulsividad. Carecen de vida interior por lo que tienen sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento y problemas de identidad. La búsqueda de estímulos externos, compañía y actividades está dificultado por su gran labilidad afectiva que hacen que vivan como en una "montaña rusa". En un momento son felices, todo es "blanco", y al siguiente momento son los más desgraciados del mundo, todo es "negro". En este contexto su impulsividad provoca problemas de con-

ducta, abuso de alcohol, agresividad. A veces manifiestan una ira volcánica, y a veces “amores” igualmente volcánicos, ya que todo es o “blanco” ó “negro”, no tienen capacidad para matizar los grises.

Como pacientes médicos son inestables cambiantes, volcánicos. Pueden alternar rápidamente entre considerar al médico un “genio” o un “ser abyec-

to”. El médico deberá conocer su patología y mantener la relación terapéutica lo más equilibrada posible.

### **Trastorno narcisista de la personalidad**

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 10) para este trastorno.

#### **Fig. 10 Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.50]**

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems :

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es “especial” y único y que solo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Reproducido con permiso de Editorial Masson. Editora del DSM-IV

Este trastorno de la personalidad se presenta en aproximadamente, un 1% de la población general, y parece ir en aumento, estimulado por la cultura hedonista actual.

Son extrovertidos patológicos. Así como el histriónico vive para la galería, pero intenta seducirla y manipularla para ser centro de la atención, el narcisista está tan pagado de su importancia y sus “especiales talentos” que no cree que tenga que hacer nada especial para ser centro de atención, se cree nacido para ello.

Son explotadores, utilizan a la gente como a objetos, son arrogantes,

prepotentes, soberbios y muy envidiosos. Tienen tendencia a las depresiones, abuso de alcohol, ansiedad y conflictos interpersonales.

Como pacientes médicos pretenden privilegios especiales, que el médico no deberá reconocer, tratándole como a los demás pacientes.

### **Trastorno antisocial de la personalidad**

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 11) para este trastorno:

Aproximadamente un 3% de los hombres y un 1% de las mujeres presentan este trastorno de la personalidad.

**Fig. 11 Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad [301.7]**

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial (v. pág. 94) que comienza antes de la edad de 15 años.

Reproducido con permiso de Editorial Masson, Editora del DSM-IV.

Son personas que presentan extraversion patológica y una gran impulsividad. Aunque como extravertidos pueden presentar una fachada simpática, tienen escasa vida interna, se aburren y buscan sensaciones, comportándose de manera muy impulsiva e irresponsable. Carecen de sentido de culpabilidad y no sienten remordimientos cuando violan las normas de conducta y los derechos de los demás. No sienten empatía con sus víctimas, hacia los que se muestran cínicos y crueles. Este trastorno de la personalidad comienza en la adolescencia, mienten, roban, estafan, no cumplen con sus obligaciones familiares, económicas, académicas, sociales o laborales.

Se ven implicados en peleas, asaltos, y conductas ilegales y peligrosas, abusan del alcohol y drogas. Un 80% de la población penal presenta este trastorno de la personalidad. Las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son alcoholismo y toxicomanías.

Como pacientes médicos primero muestran su fachada simpática, pero pronto se pone de manifiesto su irresponsabilidad, colaboran mal con los tratamientos.

### **GRUPO C**

#### **1. Trastorno de la personalidad por evitación**

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 12) para este trastorno:

Afecta, aproximadamente, a un 2% de la población.

Presentan un alto nivel de ansiedad patológica, especialmente ansiedad anticipatoria y fóbica, que hace anticipar todo tipo de problemas, antes de que ocurran, y desarrollar conductas fóbicas ante los conflictos o fuentes potenciales de contrariedades. También tienen inestabilidad afectiva.

Si los esquizoides ni quieren ni pueden hacer vida social, los evitativos sí que quieren, pero no pueden, por un alto nivel de ansiedad, fobias, e inseguridades, sólo se atreven a relacionarse con personas que les garanticen una aceptación total, incondicional, sin la menor posibilidad de rechazo. Por lo que su vida social se limita a las pocas personas, generalmente familiares que les garanticen dichas condiciones.

Suelen desarrollar trastornos de

ansiedad, fobias, somatizaciones y depresiones.

Como pacientes médicos son

igualmente inseguros y temerosos, y hay que tratarlos con delicadeza para que colaboren con el tratamiento.

### Fig. 12 Criterios para el diagnóstico de F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación [301.82]

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

Reproducido con permiso de Editorial Masson, Editora del DSM-IV

### Trastorno de la personalidad por dependencia

El DSM-IV establece los siguientes

criterios diagnósticos (Fig. 13) para este trastorno:

### Fig. 13 Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de la vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. **Nota** : No se incluyen los temores o la retribución realistas
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Reproducido con permiso de Editorial Masson. Editora del DSM-IV.

Afecta, aproximadamente, a un 3% de la población principalmente del sexo femenino. Presentan un alto nivel, de ansiedad patológica, que los hace ser muy inseguros e incapaces de tomar decisiones cotidianas por sí mismos.

Ante ello delegan en los demás dicha toma de decisiones. También tienen inestabilidad afectiva. Son tímidos, pesimistas, y tiene mala autoestima, no toleran la soledad.

Son propensos a trastornos depresi-

vos y ansiosos.

Como pacientes médicos, demandan una actitud paternal a hiperprotectora del médico, ante la cual el médico deberá actuar con tacto.

### **Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad**

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos (Fig. 14), para este trastorno.

#### **Fig. 14 Criterios para el diagnóstico de F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]**

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems :

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p- ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tiene un valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación

Reproducido con permiso de Editorial Masson, Editora del DSM-IV

Este trastorno de la personalidad afecta, aproximadamente a un 2% de la población principalmente del sexo masculino y parece ir en aumento.

Estas personas tienen un alto nivel de ansiedad e inseguridad. No tienen obsesiones ni compulsiones tal y como existen en el trastorno obsesivo-compulsivo. Intentan superar su ansiedad e inseguridad a base de tener todo bajo control, de modo que no quede nada al azar y de esa manera no puedan surgir problemas inesperados. Son muy detallistas, meti-

culosos, puntillosos, puntuales y ordenados.

Son muy trabajadores, o al menos trabajan muchas horas, pero la productividad suele ser baja con relación al número de horas trabajadas por que su manera de ser les hace ser lentos. Su detallismo les hace perder la visión de conjunto, no saben delegar el trabajo (por que no se fían de que los demás lo hagan tan bien como ellos), y no toman decisiones a tiempo, por que dan tantas vueltas a las cosas, por su inseguridad,

que posponen demasiado las decisiones.

Son tercos, rígidos, intolerantes y sermoneadores. Carecen de la capacidad de relajarse y de ceder el control, y también carecen de sentido del humor. Les cuesta mucho manifestar emociones y ser espontáneos.

Estas personas suelen tener trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.

Y pueden caer en el abuso de alcohol, si usan el alcohol para relajarse como es común en estos pacientes por su dificultad en ceder el control.

Como pacientes médicos son excesivamente detallistas y preocupadizos, suelen hacer listas exhaustivas de los síntomas y toman la medicación a rajatabla. El médico deberá transmitirles, si es posible, un poco de seguridad para que controlen mejor su inseguridad. **Otros trastornos de la personalidad y trastorno de la personalidad no especificado**

Hay trastornos de la personalidad inespecíficos mixtos, difíciles de clasificar, y otros trastornos de la personalidad que han sido usados en el pasado o son objeto de estudio, como el pasivo-agresivo, sádico, autodestructivo, depresivo, etc.

### Diagnóstico

El diagnóstico se hace por el cuadro clínico. Es conveniente basarse en la información dada por el propio paciente, en primer lugar, y complementarla con información proveniente de familiares, amigos, entorno laboral e historia clínica..

Hay diversos tests para el diagnóstico de los trastornos de la personali-

dad. La OMS patrocina el I.P.D.E. (International Personality Disorder Examination o Examen Internacional de los trastornos de la personalidad), de cual hay versiones DSM-IV y CIE-10. El test completo se administra en una hora y media aproximadamente, pero tienen un cuestionario de evaluación, cuya versión DSM-IV se incluye al final del capítulo.

Dicho cuestionario es fácil de hacer y de corregir, y aunque no sirve para hacer diagnósticos oficiales, porque puede dar falsos positivos, sí que sirve para tener una idea de qué tipos de trastornos de la personalidad tiene el individuo, y descartar la existencia de trastornos de la personalidad.

El diagnóstico diferencial se hace entre los distintos tipos de trastornos de la personalidad, y con la personalidad normal.

### Tratamiento

Como hemos mencionado los pacientes con trastornos de la personalidad son propensos a presentar cuadros ansiosos y depresivos, somatizaciones, abuso de alcohol, psicosis breves, etc., que hay que tratar de manera convencional, si bien su evolución tiende a la cronicidad debido a las psicopatías subyacentes.

Las posibilidades de psicoterapia deben ser valoradas en cada paciente, de manera individual, según el tipo de trastorno de la personalidad, su gravedad y la capacidad del individuo de beneficiarse de la psicoterapia. Al igual que cualquier otro tratamiento una psicoterapia mal hecha, o innecesaria, puede ser yatrógena

### Bibliografía recomendada

\_ Schneider, Kurt, Las personalidades psicopáticas, 8ª edición española. Ediciones Morata, Madrid, 1980.

\_ DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ediciones.

Masson, Barcelona, 1995.

\_ CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Ediciones. Meditor, Madrid, 1992.

\_ Pérez Urdániz, Antonio, Romero, E.F.: Psiquiatría para no psiquiatras. Ediciones. Tesitex, Salamanca, 1995.

\_ Koldobsky, Nestor M.S. La personalidad y sus desórdenes. Ediciones Salerno, Buenos Aires, 1995.

\_ I.P.D.E. Examen Internacional de los Trastornos de la personalidad. Módulo DSM-IV, Módulo CIE-10, Programa IPDE 100. O.M.S.

Director Versión española: Juan J. López-Ibor Aliño, Coordinadores edición española. Antonio Pérez Urdaniz y Vicente Rubio Larrosa, Traductores versión española: Francisco Javier Samino Aguado, M<sup>a</sup> José Lorenzo Bragado, José Manuel Granada López y Sergio Valdivieso Fernández.. Ediciones. Meditor, Madrid, 1996.



Nombre y Apellidos.....  
Fecha.....

## Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

### Directrices:

1. El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida ..... V F
2. Confío en la gente que conozco ..... V F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños ..... V F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser ..... V F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo ..... V F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí ..... V F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco ..... V F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas ..... V F
9. Mucha gente que conozco me envidia ..... V F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles ..... V F
11. Nunca me han detenido ..... V F
12. La gente cree que soy frío y distante ..... V F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas ..... V F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo ..... V F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí ..... V F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales ..... V F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea ..... V F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien ..... V F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas ..... V F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo ..... V F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás ..... V F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero ..... V F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente ..... V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas ..... V F

25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito ..... V F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando ..... V F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo ..... V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente ..... V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos ..... V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente ..... V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales ..... V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas ..... V F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo ..... V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto ..... V F
35. No me gusta ser el centro de atención ..... V F
36. Creo que mi cónyuge ( amante ) me puede ser infiel ..... V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo ..... V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí ..... V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente ..... V F
40. A menudo me siento vacío por dentro ..... V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más ..... V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo ..... V F
43. Tengo ataques de ira o enfado ..... V F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear" ..... V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer ..... V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo ..... V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas ..... V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero ..... V F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana ..... V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables ..... V F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida ..... V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente ..... V F
53. Soy muy emocional y caprichoso ..... V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas ..... V F
55. Sueño con ser famoso ..... V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias ..... V F
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz ..... V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas ..... V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera ..... V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales ..... V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido ..... V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente ..... V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas ..... V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo ..... V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento ..... V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación ..... V F
67. No suelo mostrar emoción ..... V F
68. Hago cosas para que la gente me admire ..... V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos ..... V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico ..... V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales ..... V F

72. Mantengo rencores contra la gente durante años ..... V F  
 73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las  
 que dependo ..... V F  
 74. Me resulta difícil no meterme en líos ..... V F  
 75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje ..... V F  
 76. Cuándo conozco a alguien no hablo mucho ..... V F  
 77. Tengo amigos íntimos ..... V F

### Resumen de la puntuación del cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV.

Nombre y Apellidos.....Fecha.....

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

301.0	Paranoide	2 F	14F	36	38	58	66	72		
301.20	Esquizoide	1 F	12	21F	31	46	57F	77F		
301.21	Esquizotípico	2 F	24	30	52	64	67	70	71F	77F
301.50	Histrionico	5	10	17	26	28	35F	44	45	
301.7	Antisocial	11F	18F	20	29	47	56	74		
301.81	Narcisista	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
301.82	Limite	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
301.4	Obsesivo-Compulsivo	3F	19	23	32	41	48	54	59	
301.5	Dependencia	6	33	42	49	50	62	69F	73	
301.83	Evitación	16	27	34	38	39	51	63	76	

# TRASTORNO POR ANGUSTIA (PANIC DISORDER) Y TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

*José Angel Macías Fernández, José Antonio Gil Verona*

## Introducción

La ansiedad, y su expresión sintomatológica, cognitiva, conductual y somática, deja de ser adaptativa o normal para convertirse en una emoción patológica cuando:

- Se manifiesta de forma espontánea en forma de estímulos.
- Provoca una respuesta de intensidad desproporcionada al factor desencadenante.
- Tiene una permanencia-persistencia en el tiempo injustificada.

En todos los casos, el sistema de alarma determina, una respuesta desadaptativa con aparición de sintomatología que puede afectar a todos los sistemas del organismo, y que es vivenciada por el individuo en forma de profundo malestar.

## Epidemiología

Los datos aportados por el estudio epidemiológico ECA en EEUU, señalan una prevalencia del 2,5- 6,4 %, para el trastorno por ansiedad generalizada, 0,4-1,2 % para el trastorno de angustia, y 5,8% para la agorafobia.

Otros estudios, aportan unas cifras comprendidas entre 1,5-2,5 %, para el total del trastorno de angustia con y sin agorafobia, con una relación mujeres-varones de 3 a 1.

## Crisis de angustia (panic attack)

La Asociación Americana de Psiquiatría,

en su clasificación DSM-IV, las define: como “aparición temporal y aislada de miedo, o malestar intenso acompañada de 4 (o más), de los siguientes síntomas (Tabla 4.1.), que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los 10 primeros minutos”.

**Tabla 4.1.**

### Crisis de angustia: síntomas

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudación
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización o despersonalización
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias
- Escalofríos o sofocaciones

Los estudios realizados para valorar la frecuencia relativa de aparición de estos síntomas, coinciden en señalar que las palpitaciones-taquicardia son, el síntoma más frecuente (80%), seguido de la disnea o sensación de ahogo (70-75 %). Aquellas crisis de angustia que presentan menos de cuatro síntomas, se denominan “crisis sintomáticas limitadas”. Los accesos de angustia agudos aparecen en el contexto de distintos trastornos de ansiedad (Tabla 4.2):

**Tabla 4.2.**

### **Trastornos de ansiedad con accesos agudos de angustia**

- Trastorno de angustia
- Fobia social
- Fobia específica
- Trastorno por estrés post-traumático
- Trastorno por estrés agudo

En todos los casos, los síntomas cognitivos (miedo, terror o vivencia de muerte inminente) y somáticos, así como la duración media de las crisis (10-30 minutos), son comunes, variando sin embargo su carácter espontáneo o situacional (desencadenado por estímulos ambientales), según la entidad ansiosa específica.

### **Trastornos por angustia con o sin agorafobia** **Concepto**

Es un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico, recurrentes e inesperados, seguidos de preocupación persistente, al menos durante un mes, por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia, por sus posibles complicaciones o consecuencias o bien de un cambio comportamental significativo, relacionado con estas crisis.

El comienzo de las crisis de angustia es súbito, con una duración media de 10-15 minutos, seguido de una postcrisis de intenso cansancio del paciente. No es excepcional su incidencia durante la dormición (20-30% de los casos).

En la tabla 4-3, se exponen los criterios de la DSM-IV, para el diagnóstico de F41.0, trastorno de angustia sin agorafobia (300.01).

**Tabla 4.3.**

### **Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno de angustia sin agorafobia**

A. Se cumplen (1) y (2):

- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes
- (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o más de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- (b) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ejemplo perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- (c) cambio significativo del comportamiento, relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia, no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos), o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia, no pueden explicarse mejor por la presencia de otros trastornos mentales, como por ejemplo, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

Los criterios de investigación de la CIE-10<sup>a</sup>, para las crisis de angustia, son idénticos a los del DSM-IV, excepto en el hecho de que la primera clasificación incluye un síntoma adicional: boca seca.

Existen no obstante algunas diferencias de la CIE-10, con relación al DSM-IV, a los criterios diagnósticos del trastorno de angustia sin agorafobia, que se exponen a continuación:

- Exigencia de que uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca.

- Requiere la aparición como mínimo de cuatro crisis en un período de cuatro semanas.

- Excluye el diagnóstico de trastorno de angustia, si las crisis de angustia son debidas a esquizofrenia o a un trastorno del estado de ánimo.

Además de las crisis inesperadas, los pacientes con trastorno de angustia, suelen presentar crisis más o menos relacionadas con una situación determinada.

Tras la aparición de las primeras crisis de angustia, los enfermos, comienzan a padecer un temor persistente a la repetición de nuevos ataques de pánico, cuya aparición se presenta de forma caprichosa, repitiendo con características similares las crisis precedentes. Surge la “ansiedad anticipatoria”, que con el tiempo puede exceder en gravedad a las propias crisis de angustia. Posteriormente, el paciente evita aquellas situaciones en las que ante la incidencia de un ataque de pánico, podría ser difícil encontrar ayuda, estableciéndose la agorafobia y las conductas de dependencia patológica de un familiar u otra persona, para soportar las situaciones agorafóbicas sin sufrir una nueva crisis de angustia,

Los criterios para el diagnóstico de: F40.01, trastorno de angustia con agorafobia (300.21), son los mismos que hemos expuesto anteriormente con la excepción del criterio B, que exige la presencia de agorafobia (Tabla 4-4).

**Tabla 4.4.**

### **Criterios para el diagnóstico de agorafobia (DSM-IV)**

**A.** Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones, donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponer de ayuda. Los temores agorafóbicos, suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa: mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

**B.** Estas situaciones se evitan (por ejemplo se limitan el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia o se hace indispensable, la presencia de un conocido para soportarlas.

**C.** Esta ansiedad o comportamiento de evitación, no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como fobia social, (por ejemplo evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (por ejemplo evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo evitación de abandonar el hogar o la familia).

Los criterios diagnósticos difieren marcadamente de los de la DSM-IV. Exigen la presencia de temor o evitación en al menos dos de las siguientes situaciones: Aglomeraciones, lugares públicos, viajar solo o ausentarse de casa. Además la CIE-10, requiere la presencia simultánea de al menos dos síntomas de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de angustia), en al menos una ocasión y que estos síntomas de ansiedad se limiten a o predominen en las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones.

Un aspecto relevante es que los

ataques de pánico pueden inducirse con distintos estímulos bioquímicos:

- Lactato sódico (por vía intravenosa o a través de ejercicio físico).
- Inhalación de CO<sub>2</sub>.
- Cafeína, yohimbina e isoproterenol.

### Diagnostico Diferencial

Es imprescindible descartar como factor causal de las crisis de angustia, otras patologías psiquiátricas y somáticas (Tabla 4-5).

**Tabla 4.5.**

#### Diagnóstico diferencial de la crisis de angustia

##### 1. Trastornos psiquiátricos

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastornos fóbicos
- Trastornos por estrés
- Trastornos depresivos
- Trastornos disociativos
- Trastornos relacionados con sustancias (intoxicación por alucinógenos, cafeína, etc. o abstinencia depresores de SNC: alcohol, opiáceos, barbitúricos, etc.)

##### 2. Enfermedades médicas

###### 2.1. Enfermedades endocrinas

- Hiper e hipotiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Hipoglucemia
- Feocromocitoma
- Síndrome de Cushing

###### 2.2. Enfermedades cardiorrespiratorias

- Prolapso de la válvula mitral
- Arritmias cardíacas
- Insuficiencia coronaria
- HTA
- Embolia pulmonar
- E.P.O.C.

###### 2.3. Otras

- Epilepsia del lóbulo temporal
- Delirium
- Demencia
- Vértigo verdadero
- Esclerosis múltiple

### Curso clínico y pronóstico

El trastorno de angustia, con agorafobia, se caracteriza por un curso crónico, la presencia de frecuentes complicaciones médico-psiquiátricas asociadas (depresión secundaria, prolapso de la válvula mitral, hipotensión/hipertensión arterial, úlcera péptica, etc.) y la alta tasa de incapacidad que ocasiona.

Se consideran factores predictores de evolución negativa los siguientes: sexo femenino, bajo nivel educativo, elevada intensidad y frecuencia de los ataques de pánico, tiempo prolongado de evolución y evitación fóbica extensa.

La respuesta terapéutica, en los estudios de seguimiento aporta unas cifras aproximadas de recuperación total (30%), curso recurrente (50%), curso crónico (20%).

Se puede afirmar que la evolución del trastorno de pánico, a pesar del tratamiento farmacológico y psicoterápico combinado, tiende hacia la cronicidad.

### Derivación al especialista

Se deberá remitir al médico psiquiatra a aquellos pacientes que :

- Tengan una falta de respuesta terapéutica, tras tres meses de tratamiento.
- Cuando exista agorafobia grave.
- Cuando se produzca la asociación con otros trastornos psiquiátricos como depresión mayor o drogodependencia.
- En caso de elevado riesgo suicida.

### Trastorno de ansiedad generalizada

#### Concepto

La ansiedad persistente es el síntoma básico de este trastorno, que se acompaña de una permanente sensación de tensión interna e incapacidad para relajarse. No existen en este cuadro clínico crisis de angustia espontáneas ni con-

ductas de evitación fóbica.

Algunos autores, consideran el trastorno de ansiedad generalizada, como una categoría residual de la DSM-IV, que integraría aquellos pacientes, con cuadros ansiosos fluctuantes de larga duración, una vez descartados los restantes síndromes ansiosos (trastorno de pánico, trastorno fóbico, etc.).

Esta entidad tiene una alta comorbilidad, siendo probablemente el trastorno que coexiste con más frecuencia con otras patologías mentales, especialmente, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

En la Tabla 4-6, se exponen los criterios de la DSM-IV, para el diagnóstico de F41.1, trastorno de ansiedad generalizada (300.02).

Esta forma de ansiedad, se considera consecuencia de una personalidad previa que desde el punto de vista descriptivo, se caracterizaría por diversos rasgos: sentimientos de tensión, hipersensibilidad a la crítica, deseo continuo de ser aceptado por los otros, estilo de vida en búsqueda de seguridad y vivencia constante de temor. Sobre esta personalidad premórbida inespecífica, se produciría el impacto de sucesos vitales desencadenantes del trastorno por ansiedad generalizada.

Estudios recientes, han demostrado la frecuencia de este trastorno en un 30% de familiares de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, lo que parece sugerir, la importancia de los factores genéticos en el origen de este cuadro clínico.

#### Diagnóstico diferencial

Dada su expresividad sintomática en forma de somatizaciones de tipo cardiovascular, respiratorio, digestivo, genito-urinario, y neuromuscular, así como su frecuente asociación con otros trastornos psiquiátricos, deberá realizarse el diagnóstico con (Tabla 4.7).



**Tabla 4.6.**

**Criterios para el diagnóstico de ansiedad generalizada (DSM- IV)**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva), sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más), de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido, más de 6 meses): Nota : en los niños se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

**D.** El centro de ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I: por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipochondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones, no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

**Tabla 4.7.**

**Diagnóstico diferencial de trastorno de ansiedad generalizada**

- Patología orgánica.
- Trastorno del estado de ánimo.
- Trastornos relacionados con sustancias .
- Otros trastornos de ansiedad.

Las diferencias fundamentales con el trastorno por angustia, son :

- Ausencia de crisis de angustia espontáneas.
- Menor componente somático.
- La prueba de lactato sódico, no desencadena crisis.
- No responde al tratamiento antidepresivo.

Frecuentemente resulta muy difícil establecer, el diagnóstico diferencial,

entre el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno adaptativo, con ansiedad.

**Curso clínico y pronóstico**

El cuadro clínico se inicia frecuentemente en la adolescencia, siguiendo un patrón mantenido con oscilaciones sintomatológicas en relación a los períodos de estrés.

Se consideran predictores de buen pronóstico :

- La personalidad normal.
- Los escasos síntomas físicos.
- La buena respuesta a la psicoterapia.

**Derivación al especialista**

- Cuando el trastorno, no responda al tratamiento iniciado.
- Cuando se asocie con sintomatología depresiva.
- En caso de comorbilidad, con abuso de

tóxicos o trastornos de la personalidad.

**Tratamiento del trastorno de pánico**

Abordaremos sucesivamente la terapeutica de las crisis agudas de ansiedad, la profilaxis de los ataques de pánico y la agorafobia.

Una adecuada relación médico paciente es el marco imprescindible, para informar sobre las características del trastorno, curso evolutivo y alternativas terapeuticas que clarifiquen las dudas del enfermo y resuelvan la hipocondriasis asociada y el uso innecesario de consultas médicas.

**Pautas de actuación ante una crisis de pánico**

Es de gran utilidad que el paciente conozca el manejo de sus crisis espontáneas, a través de unas sencillas instrucciones (Tabla 4-8):

<b>Tabla 4.8.</b>
<b>Pautas de actuación ante una crisis de angustia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- El ataque de pánico no es en sí mismo peligroso.</li><li>- Es fundamental, un correcto control de la respiración, si hiperventila, coloque una bolsa delante de la nariz y la boca, inspirando el aire que acaba de expulsar.</li><li>- Permanezca en el mismo lugar, hasta que ceda la crisis, concentrando su atención, en los síntomas presentes y no, en lo que pueda ocurrir.</li><li>- El ataque de pánico, desaparece en un tiempo breve, acepte la sensación de angustia, sin querer forzar, su anulación.</li><li>- Una vez finalizada la crisis, reanude la actividad que estaba realizando.</li></ul>

**Tratamiento farmacológico :**

Recomendamos la administración por vía oral o sublingual de las siguientes benzodiazepinas: Diazepam (10-15

mg) o Alprazolam (0,5-1 mg).

No son recomendables la utilización de benzodiazepinas por vía parenteral (intramuscular o intravenosa), por las dificultades de absorción intramus-

cular y los riesgos de depresión respiratoria en la administración endovenosa.

## Profilaxis del trastorno de pánico

La terapéutica preventiva, de la

aparición de nuevos accesos de pánico, debe iniciarse precozmente y realizar un tratamiento de mantenimiento, que frecuentemente se prolonga, de 12-24 meses.

En la tabla (4-9), se incluyen los fármacos de prevención más comunes:

Tabla 4.9.		
Fármacos más comunes en la profilaxis del trastorno de pánico		
Principio activo	Grupo farmacológico	Dosis media
Alprazolam	B.Z.D.	3-10 mgs/día
Imipramina	Tricíclico	150-300 mgs/día
Clorimipramina	Tricíclico	75-150 mgs/día
Fenelzina	I.M.A.O	30-90 mgs/día
Fluoxetina	I.S.R.S	40 mgs/día
Paroxetina	I.S.R.S	40 mgs/día
Sertralina	I.S.R.S	50-200 mgs/día
Citalopram	I.S.R.S	40-60 mgs/día

El empleo de antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), deben reservarse para su utilización en atención especializada. Por razones de eficacia terapéutica, buena tolerancia y excelente margen de seguridad, recomendamos el empleo en atención primaria de los siguientes fármacos:

**Alprazolam.** Es una triazolobenzodiazepina, que resulta eficaz en el bloqueo de las crisis de pánico, ansiedad de expectación y evitación fóbica. Posee una gran rapidez de acción observándose la mejoría clínica a partir de la primera semana. Se recomienda, una dosis media diaria, de 3 a 10 mgrs repartidos en 3-4 tomas. La disponibilidad actual de presentaciones retard, permite la administración en monodosis. Su efecto secundario más común es la sedación.

**I.S.R.S.** (Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina). Se han mostrado eficaces todos los compo-

nentes del grupo. El fármaco primero y más ampliamente utilizado fue la paroxetina a dosis de 40 mgrs /día. Se debe iniciar la dosis con 10-20 mgrs diarios, alcanzando los 40 mgrs progresivamente en 2-3 semanas. Los efectos secundarios más frecuentes son: las náuseas, ansiedad e inhibición del deseo sexual. La latencia de acción terapéutica de los I.S.R.S. (3-4 semanas), hace recomendable iniciar el tratamiento con una benzodiazepina (Alprazolam), que se deberá sustituir progresivamente por paroxetina como terapia de mantenimiento. En algunos casos es procedente mantener una pauta combinada de paroxetina + alprazolam.

## Tratamiento de la agorafobia

La persistencia de crisis de pánico asociadas a agorafobia, exigirá su manejo por el médico psiquiatra con la

siguiente estrategia terapéutica :

- Empleo de antidepressivos tricíclicos o IMAO, combinación de fármacos : Tricíclicos + Alprazolam, IMAOS + Alprazolam, Tricíclicos + ISRS.
- Utilización de fármacos de 2ª elección : Clonazepan, clonidina, betabloqueantes, somatostatina, etc.

El tratamiento farmacológico, deberá asociarse siempre, con terapia de exposición, preferentemente "in vivo" o exposición imaginada, según 2 tipos de modelos:

- Terapia conductual : El objetivo de la terapia es la adaptación gradual a la sintomatología que presenta el paciente hasta que ésta desaparezca.
- Terapia cognitiva : El objetivo principal del tratamiento del pánico es identificar y modificar las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales, sustituyéndolas por otras interpretaciones más realistas.

La diferencia fundamental entre la terapia conductual de exposición y la terapia cognitiva, es que la primera, intenta suprimir la conducta evitadora a la que seguirá cambios cognitivos y fisiológicos.

La terapia cognitiva intenta cambiar, primero los patrones de pensamiento y posteriormente modificar el comportamiento.

### Tratamiento de la ansiedad generalizada

**Psicoterapia explicativa y de apoyo:** El paciente debe ser informado de la naturaleza de su trastorno que posee, una identidad diagnóstica precisa, así como un tratamiento establecido. Estos pacientes, frecuentemente están seriamente preocupados por padecer una enfermedad somáticamente grave (cardíaca, respiratoria), siendo útil indicarles, que su problema se produce por una disfunción del sistema nervioso vegetativo y que debe evitar la realización de exploraciones innecesarias y nuevas consultas a otros especialistas.

**Otras psicoterapias de utilidad son:** Las técnicas de relajación y la psicoterapia cognitiva.

**Tratamiento Farmacológico:** En la tabla 5-10, se incluyen los ansiolíticos de uso habitual en atención primaria.

Tabla 4.10.

#### Tratamiento farmacológico de la ansiedad generalizada

Principio activo	Grupo farmacológicos	Dosis media
Clorazepato	B.Z.D.	10-45 mgrs/día
Halazepán	B.Z.D.	40-120 mgrs/día
Ketazolán	B.Z.D.	15-75 mgrms/día
Buspirona	Azaspirona	15-30 mgrs/día
Propanolol	Betabloqueantes	40-80 mgrs/día

Para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada se prescribe BZD, de semivida media-larga (Clorazepato, halazepán y ketazolán), porque precisan dosis menos frecuentes

tras retirarlas existe escaso riesgo de recurrencia de los síntomas y del desarrollo de un cuadro abstinencial.

Los beta-bloqueantes, no actúan sobre el componente cognitivo de la an-

siedad, disminuyendo los síntomas somáticos periféricos (temblor, sudoración, etc), son útiles, para intercalarlos en los períodos de descanso del tratamiento con BZD.

La buspirona, es un fármaco, con latencia terapéutica de 2-3- semanas, que puede ser útil, en aquellos pacientes que

requieran un tratamiento prolongado o en el caso de consumo de alcohol por el paciente.

La duración del tratamiento ansiolítico, no está establecida, recomendándose para las BZD, un empleo no superior a los 2-3 meses.

### **Bibliografía recomendada**

- \_ American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson, 1995.
- \_ Ayuso Gutierrez, J,L. Trastornos de angustia. Martínez Roca, 1988.
- \_ Cañete Crespillo, J. Manejo de las somatizaciones en atención primaria. FAES, 1966.
- \_ Massana, J. Pánico : visión actual. Aula médica, 1997.
- \_ Rubio Valladolid, G. Tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria. En: Revista de Medicina y práctica Clínica, Sept.96.
- \_ Pichot, P.: DSM-IV, Atención Primaria, Ed. Masson, 1997
- \_ Vallejo Ruiloba, J. Árboles de decisión en psiquiatría. Jims, 1992.