

TRASTORNOS ANSIOSOS

por

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

**Profesor Asociado de la Escuela de Medicina, U. C. R.
Director, Unidad de Posgrado en Psiquiatría, CENDEISSS-SEP,U.C.R.
Subdirector, Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS.**

Actualizado a noviembre de 1996.

I. DEFINICION DE TERMINOS:

Existen en la literatura sobre ansiedad varios términos que requieren ser aclarados para que pueda comprenderse mejor el tema.

I-A. Ansiedad:

Se refiere a una sensación psíquica desagradable (egodistónica) de intranquilidad que experimenta un individuo en ciertas ocasiones en donde percibe que puede ocurrir algo inesperado y malo que puede atentar contra su integridad física o psicológica. Siempre va proyectada hacia el futuro, contrario a la depresión que siempre se ancla en el pasado. Puede ser una reacción normal cuando es proporcionada al estímulo que la ocasiona, por ejemplo: antes de ingresar a una prueba de aptitudes para optar por un empleo nuevo o cuando se está haciendo un examen final de un curso en la Universidad. Es patológica cuando persiste durante un tiempo excesivamente prolongado o cuando alcanza una intensidad demasiado alta al punto que ocasione en el individuo la sensación de que no puede controlarse o que le produzca síntomas físicos importantes.

I-B. Angustia:

Denota un conjunto de síntomas físicos que generalmente se asocian con la sensación de ansiedad, pero que podrían presentarse como las únicas molestias. Constituye el componente somático de la ansiedad y está relacionada con un aumento de la actividad simpaticomimética tanto a nivel central como periférico. Estas molestias con frecuencia son: taquicardia, sudoración (hiperhidrosis), frialdad de pies y manos, frecuencia respiratoria aumentada (polipnea), palidez de tegumentos, sensación de "nudo" epigástrico y dolores, por contracturas musculares, en distintas partes del cuerpo.

I-C. Miedo:

Es una sensación de temor motivado por un estímulo real y es proporcional al peligro del mismo. Esta es una defensa normal del organismo para protegerse de situaciones en donde puede peligrar la integridad física del mismo. Desde este punto de vista el miedo constituye un mecanismo de defensa para decidir si se afronta el peligro o si se huye de él. El miedo normal desaparece cuando el estímulo que lo provoca se extingue.

I-D. Estrés:

Denota una sensación de tensión y ansiedad generado por el acumulo de estímulos ambientales, generalmente exceso de cosas por hacer, que ocasionan molestias digestivas, dolores en distintas partes del cuerpo, insomnio, intranquilidad, aumento de la necesidad del fumado y el consumo de bebidas estimulantes como el café en un va-

no intento por controlarlas. El estrés, cuando es normal, constituye una reacción que prepara al individuo para afrontar un problema o a huir de él. Cuando se hace crónico produce lesiones irreversibles en el organismo como hipertensión arterial, úlcera péptica, angina de pecho o lesiones alérgicas en piel.

I-E. Tensión:

Es un aumento en el tono muscular que se presenta cuando el individuo está ansioso. Al mantenerse durante un tiempo prolongado el músculo duele debido al acumulo de ácido láctico en el mismo lo que genera dolores en distintas regiones como la nuca, la espalda, el pecho o las extremidades. Puede existir tensión sin experimentar ansiedad por lo cual el paciente consulta ante el médico general creyendo que su problema está a nivel muscular.

I-F. Fobia:

Es un temor desproporcionado a un estímulo que no representa ningún peligro real para la persona que lo tiene. Al ser expuesto al objeto o situación fóbica el paciente desencadena todo un cuadro de liberación adrenalínica, cuya intensidad no puede controlar y que lo motiva a apartarse de lo que le causa la fobia. Con el tiempo trata de evitar de antemano lo que le causa la fobia para no sentir las molestias asociadas con esa situación. Ejemplos de esta patología lo constituyen el temor a las cucarachas, el temor a los perros, el temor a objetos punzantes o el temor a espacios cerrados. Dentro de las fobias tenemos los siguientes tipos:

I-F-1: Agorafobia:

Es una sensación de intensa incomodidad con síntomas periféricos de angustia que desarrolla un paciente al estar ante una situación de la cual no puede huir en el momento en que lo desee como por ejemplo estar en una presa de automóviles en una hora pico o encontrarse dentro de un avión en vuelo o en una reunión en donde exista gran cantidad de gente. Al darse cuenta de que no puede salirse de la situación se aumentan los síntomas llegando a presentarse con frecuencia temor a morir o temor a volverse "loco" o temor a realizar manifestaciones exageradas de miedo ante la demás gente, o creer que se va a perder el control sobre uno mismo. En casos más leves el paciente tiene miedo a caminar solo por la calle, a montarse en un autobús o hacer labores sencillas como ir al supermercado o a un banco. Sin embargo, al hacerse acompañar de otra persona aunque sea un niño sienten más seguridad y pueden realizar lo que temían.

I-F-2: Fobia social:

Es la sensación de incomodidad al estar frente a otras personas con las que se interactúa. Entre mayor sea el número de personas que rodea al paciente más intensidad tiene el disconfort. Dentro de este grupo tenemos el temor hablar en público, el temor a comer en los restaurantes, el temor a las reuniones sociales y el temor a estar en

clase ante el profesor y los alumnos. La respuesta del individuo consiste en evitar estas situaciones por lo que progresivamente se va aislando.

I-F-3: Fobia simple o específica:

Consiste en un temor fóbico hacia un objeto, animal, persona o situación que genera la reacción fóbica. Generalmente es una fobia aislada pero pueden presentarse polifobias cuando existen varios estímulos que la generan.

I-G. Pánico:

Es una sensación muy intensa de ansiedad que aparece súbitamente, que generalmente no está relacionada con ningún estímulo ambiental y que con frecuencia se asocia a la sensación de muerte inminente. Las personas que experimentan estas crisis generalmente asisten a los servicios de emergencias de los hospitales generales en donde después de practicarle varios exámenes se llega a la conclusión de que no tiene ningún tipo de patología física y los síntomas a veces desaparecen en forma espontánea lo que desconcierta tanto al médico como al que lo sufre. Cuando se vuelve a repetir la crisis de pánico el paciente nuevamente busca ayuda ante la presunción de que evaluación anterior no fue correcta con lo que nuevamente se somete a exámenes que vuelven a ser normales. Al tratar de explicar qué es lo que genera la crisis de pánico el paciente se le atribuye el hecho de estar manejando un automóvil, de haber asistido a un sitio muy concurrido o de algún problema surgido en el lugar de trabajo por lo que con frecuencia se van aislando cada vez más hasta llegar a estar recluido en su propia casa y aún así las crisis de pánico se siguen presentando.

I-H. Idea obsesiva:

Es una idea que se presenta en forma persistente y repetitiva sin ningún estímulo externo, que la persona interpreta como irracional e ilógica sin embargo no puede impedir que se presente. Pese a que se hace esfuerzos por eliminarla de la conciencia tiende a recurrir lo que genera ansiedad y molestias que hacen disminuir el rendimiento global de la persona. En ocasiones consisten en ideas de haberle ocasionado daño a alguien, de haber contaminado a otras personas, de repetir incesantemente una palabra o una parte de una canción. Este fenómeno es característico del trastorno obsesivo-compulsivo.

I-I. Acto compulsivo:

Es un acto repetitivo que el paciente interpreta como irracional e ilógico pero el tratar de evitarlo le ocasiona intensa sensación de ansiedad. Generalmente se le asigna un valor mágico y al tratar de evitarlo puede surgir la sensación de que algo malo le va a ocurrir. Como ejemplos de éstos tenemos: el dar tres vueltas a la cama antes de acostarse, revisar cinco veces si la puerta quedó bien cerrada o si la cocina quedó desconectada, chequear tres veces si un billete efectivamente es de mil colones o lavarse varias veces la manos y aún así sentirse que se tienen sucias.

I-J. Disociación:

Cuadro de alteración de la conciencia en donde una persona deja de ser lo que es para actuar como si fuera otra, para decir cosas que luego no recuerda, para ejecutar actos que luego olvida o para ejecutar actos complejos como el tomar un autobús en San José y bajarse en Puntarenas sin tener conciencia de lo que se hizo. Esto se presenta cuando la ansiedad alcanza niveles que el paciente no puede manejar y surge esta reacción en forma no premeditada y automática.

I-K. Conversión:

Trastorno caracterizado porque al experimentar un alto nivel de ansiedad surgen síntomas físicos que al estudiarlos adecuadamente no revelan ninguna alteración orgánica. La aparición de estos síntomas escapan al control voluntario por parte del paciente y pareciera que los finge pero debemos interpretarlo como un mecanismo inconsciente para manejar hechos dolorosos que el paciente no puede manejar. Los síntomas conversivos generalmente no siguen los patrones de la anatomía y la fisiología de tal manera que pueden aparecer síntomas que no tienen una explicación lógica como por ejemplo una anestesia en guante o una ceguera histérica que al hacer un encefalograma el tratado registra que se está percibiendo los estímulos luminosos.

I-L. Somatomorfo:

Es un síntoma que se refiere a la parte somática del individuo, que se repite con frecuencia, que tiende a persistir pese a las distintas valoraciones y tratamientos médicos y al cual no se le encuentra una base física. Si se presentan algunos trastornos físicos reales, no explican la naturaleza y la magnitud de los síntomas o el malestar y preocupación que refiere el paciente. Pese a que pueden presentarse o mantenerse en relación con hechos desagradables de la vida el paciente se niega a discutir la posibilidad de una causa psicológica de lo mismo. El grado de comprensión bien sea física o psicológica que se puede lograr acerca de la causa de los síntomas, es a menudo frustrante y difícil de lograr.

II. ETIOLOGIA:

No existe una causa única que pueda explicar todas las distintas facetas de los trastornos ansiosos. Cada autor, dependiendo de su punto de vista trata de darle una explicación a este problema desde distintos enfoques. El estado actual de la etiología de la ansiedad habla en favor de una génesis multifactorial del problema.

Las teorías más importantes que tratan de explicar este problema son las siguientes:

II-A. Teorías psicológicas:

Estas tratan de explicar los síntomas en base a conflictos intrapsíquicos que no tienen una base biológica definida.

II-A-1. Teorías psicodinámicas:

Tratan de explicar los síntomas en base a un conflicto inconsciente que surge entre impulsos inaceptables que emergen del id y que son rechazados por el súper ego generando tensión entre ambas esferas lo que da como resultado los síntomas ansiosos. Para poder manejar estos síntomas el ego recurre a mecanismos de defensa automáticos como la negación, la sublimación, la intelectualización, la formación reactiva y el aislamiento afectivo entre otros. De acuerdo a esta teoría al disminuir la intensidad del conflicto mediante técnicas de psicoterapia, los síntomas desaparecen.

II-A-2. Teorías del aprendizaje:

Se basan en que el niño desde pequeño se acostumbra a experimentar excesivo temor ante problemas pequeños de la vida debido a influencias de sus padres o familiares cercanos cuya influencia psicológica es grande de tal manera que se va estableciendo un sentimiento de inseguridad básica el cual, al aumentar las necesidades del individuo hacen que aparezca los síntomas. Al ir fortaleciendo la confianza en sí mismo el individuo aprende a controlar en forma más efectiva sus síntomas.

II-A-3. Teorías del defecto del desarrollo psicológico:

Normalmente el niño al ir creciendo se va acostumbrado a manejar los problemas que se le presentan en la vida en una forma adecuada. Cuando existe una madre sobreprotectora o una figura paterna de iguales características, el niño aprende a que le resuelvan los problemas sin tener que hacer mayor esfuerzo. Cuando la vida lo afronta al hecho de tener que decidir por sí mismo, no sabe qué hacer, se le produce inseguridad y aparecen los síntomas de la ansiedad. Al permitirle al individuo manejar las situaciones conflictivas va logrando un mayor control de sí mismo y los síntomas empiezan a desaparecer.

II-A-4. Teorías del esfuerzo excesivo:

Según estas teorías el individuo, al tratar de lograr una superación personal excesiva, se somete a un esfuerzo psicológico que va más allá de sus capacidades físicas lo que con el transcurso del tiempo ocasiona agotamiento y por ende la aparición de los síntomas ansiosos. Si no se logran controlar estos impulsos, la ansiedad se mantiene y aparecen las alteraciones en el organismo asociadas a un estado pródigo como son: hipertensión arterial, úlcera péptica, angina de pecho, etc.

II-B. Teorías biológicas:

Estas tratan de explicar la ansiedad en alteraciones bioquímicas que ocurren a nivel de los neurotransmisores y los receptores a nivel del sistema nervioso central algunas de las cuales tienen su origen en predisposiciones genéticas.

II-B-1. Teoría del mosaico genético:

Estas teorías se han esbozado a partir de las observaciones de que en algunas familias se presentan varios miembros que tienen trastornos ansiosos. No se ha podido aislar ningún gen responsable de esta alteración y se asume que existe una etiología poligenética que va a determinar una predisposición a desarrollar síntomas ansiosos en presencia de conflictos surgidos durante la vida. Así como otras personas tienden a deprimirse éstas tienden a angustiarse ante estímulos en que a otras personas no les produciría ninguna alteración.

II-B-2. Teoría del déficit gabaérgico:

Esta establece que en algunos individuos existe un déficit funcional del neurotransmisor GABA que es de tipo inhibitorio y que ayuda a contrarrestar la acción de los neurotransmisores de tipo excitatorio como la dopamina (DA), norepinefrina (NE) y serotonina (SE). Se ha mencionado que puede existir un nivel normal de GABA pero que el receptor a esta sustancia se hace resistente de tal manera que no se produce la acción fisiológica esperada. El GABA se encuentra difundido en todo el cerebro de tal manera que las manifestaciones de su deficiencia son pleomórficas. Esta teoría se ve favorecida por el hecho de que las benzodiazepinas, que son medicamentos útiles en el manejo de la ansiedad, actúan elevando la disponibilidad del GABA.

II-B-3. Teoría de la actividad excesiva de la NE:

Esta teoría establece que existe un exceso de actividad noradrenérgica especialmente a nivel del locus coeruleus que es la que genera la reacción de ansiedad. Estudios hechos con electrodos implantados en esta región revelan que existe un aumento de la actividad normal de esta región cuando el paciente está experimentando síntomas ansiosos.

Cuando utilizamos medicamentos que disminuyen esta excesiva actividad el paciente experimenta mejoría.

II-B-4. Causas biológicas ocasionadas por algunas sustancias:

Existen algunas sustancias que pueden ocasionar síntomas que simulan un cuadro ansioso y que están directamente relacionadas con el tipo y la dosis de alguna sustancia que actúa como un estimulante del sistema nervioso central. Entre éstas cabe destacar: los productos antiasmáticos a base de teofilina y otras aminas simpaticomiméticas, los productos para adelgazar, la hormona tiroidea y los corticoesteroides. Si no se logra suspender o disminuir la dosis de los mismos, los síntomas tenderán a persistir.

En consumo crónico de sustancias psicodélicas como la marihuana y la cocaína, pueden asociarse a estados ansiosos que son imposibles de diferenciar de un trastorno ansioso.

II-B-5. Disfunción del sistema límbico:

El sistema límbico es una unidad funcional centroencefálica que se compone de varias estructuras como el hipotálamo, el hipocampo, el giro del cíngulo y sus interconexiones. Desde el punto de vista evolutivo es una de las partes más antiguas del cerebro y en los animales inferiores está íntimamente relacionado con el sentido del olfato. El primero que realizó estudios sobre este tema fue Papez en 1937, quien consideró que estas estructuras constituían un circuito neuronal. Por sus relaciones con la corteza cerebral, la sensación de angustia se hace consciente y por sus relaciones con el tálamo, se producen las alteraciones en el sistema neurovegetativo que van a ocasionar muchas de las manifestaciones periféricas de la ansiedad. El hipotálamo está relacionado con cambios endocrinos, del sistema motor, baja temperatura corporal, trastornos del sueño, cambios en el peso y el apetito, cambios menstruales y disfunciones sexuales.

En la actualidad se considera que el sistema límbico está relacionado tanto con la génesis de los estados afectivos como con la supresión de los estímulos que son irrelevantes.

Mediante electrodos implantados profundamente en estas estructuras, se ha visto que los síntomas ansiosos se relacionan con un aumento de la actividad eléctrica a este nivel. Este aumento de actividad podría estar relacionado con un aumento de la norepinefrina.

En algunos epilépticos del lóbulo temporal que está muy relacionado con el sistema límbico, se presentan trastornos del comportamiento, sensación de intensa ansiedad, episodios oniroides (estados de ensoñación), sentimientos de despersonalización y cambios perceptivos en los sentidos del olfato, la vista, el oído y el gusto. Estas manifestaciones se presentan durante la descarga eléctrica y ceden cuando ésta pasa. En los estados intercríticos, la personalidad puede ser perfectamente normal (Snyder, 1988, pag 8).

II-C. Teorías sociales:

Estas establecen que se genera un conflicto entre el individuo y el medio que lo rodea. Al no poder afrontar adecuadamente las demandas del medio se generan tensiones que van a ocasionar la aparición de los síntomas de la ansiedad.

II-C-1. Teoría de la aglomeración social:

Considera que cuando aumenta la densidad de población en una región, el individuo necesita realizar mayores esfuerzos para poder cumplir efectivamente con las demandas que se le imponen. Se dificulta más el poder llegar a tiempo al trabajo, el po-

der ajustarse a un presupuesto cada vez más estrecho, adaptarse a un ámbito social cada vez más pequeño, al aumento de los fenómenos sociales como la delincuencia y la drogadicción, etc. Este concepto está relacionado con el espacio vital que tiene el ser humano y que al igual que los animales, entre más estrecho, más tensión genera y se tiende a estar más agresivo.

III. EPIDEMIOLOGIA:

La frecuencia con que se presentan los trastornos ansiosos en la población general sea ha aceptado empíricamente, que es muy alta. Sin embargo, al tratar de estudiar el problema desde un punto de vista científico, se presentan algunas dificultades. Por ejemplo, es difícil establecer el límite entre lo que es la ansiedad normal y la patológica y si todos los síntomas son considerados como patológicos, entonces nos daría una prevalencia muy alta. Los resultados van a variar si se trata de una muestra de personas sanas que habitan en una determinada región geográfica o si se trata de grupos de pacientes que buscan tratamiento.

En reportes internacionales se menciona que la prevalencia de trastornos ansiosos es cercana al 15 % de la población general.

Reich (1986) menciona que en estudios internacionales existe una prevalencia del 3 % de la población general para trastornos de pánico, 6 % para agorafobia, 3 % para trastorno de ansiedad generalizada, 2.5 % para fobia simple y 1.5 % para fobia social.

En el Estudio Nacional de Comorbilidad realizado en Estados Unidos en 1993 (Magee, 1996), se encuentra que la prevalencia de por vida y la de 30 días es de 6,7 % para agorafobia, 11,3 % para fobia simple y 13,3 % para fobia social. La prevalencia de por vida tiende a disminuir de acuerdo con la edad. La agorafobia y la fobia simple son el doble más frecuentes en la mujer que en el hombre. También se menciona que con frecuencia interfieren con la calidad de vida y generalmente no se tratan.

Weissman (1988) menciona que solamente el 20 % de las personas que sufren de un trastorno ansioso, buscan tratamiento.

Adis (1992) cita a López (1984) y menciona que en una muestra de pacientes admitidos al Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, el 7.6 % sufrían de neurosis de ansiedad.

Esa cifra relativamente baja, se puede deber a que en este Hospital se internan pacientes predominantemente psicóticos.

En la misma fuente de información, Pérez y Chaín (1986), estudiando los pacientes de primer ingreso al Hospital, reportan un 15.4 % de neurosis.

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Calderón Guardia, Chacón (1991) reporta dentro de los pacientes internados, un 7.22 % de neuróticos.

En la Consulta Externa del Hospital Dr. Escalante Pradilla de San Isidro de Pérez Zeledón, Solórzano (1991), reporta una frecuencia del 34.9 % de los pacientes sufren de neurosis.

En una encuesta realizada en los niños que asistieron a la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Nacional de Niños, López (1992), encuentra que en el 61% de los casos se reportaron síntomas ansiosos.

IV. SINTOMAS:

Los síntomas de la ansiedad son variados y pueden abarcar distintos órganos y sistemas. Cada persona tiene tendencia a manifestar los síntomas en un determinado territorio. Se ha mencionado la posibilidad de que genéticamente se tenga una predisposición a un determinado sistema de órganos. Así por ejemplo, hay personas que son más vulnerables en su aparato digestivo y tienden a presentar colitis y gastritis mientras que otras son más vulnerables en su aparato cardiovascular y tienden a presentar hipertensión arterial y angina de pecho.

La edad de aparición es muy variable pero hay personas que desde la infancia comienzan a presentar algunos síntomas, que se van intensificando conforme llega la edad adulta. La fobia social y las fobias específicas pueden aparecer en edades tan tempranas como los 10 años (Breslau, 1998).

Los trastornos ansiosos tienden a coexistir unos con otros de tal forma que una persona que desde temprana edad manifieste síntomas ansiosos está más predispuesta que otros para desarrollar otros trastornos de este grupo y en la edad adulta, con cuadros depresivos mayores (Breslau, 1998, pag 85).

Desde un punto de vista didáctico se pueden reunir los síntomas en los siguientes grupos:

IV-A. Síntomas psíquicos:

Intranquilidad, desasosiego, temor injustificado de que algo malo pueda suceder, preocupaciones excesivas, tensión, mareo, acúfenos, sobresalto sin causa aparente, irritabilidad, sensación de desmayo, evitación de lugares de los que no se pueda huir rápidamente, insomnio inicial, sensación de irrealidad, sensación de despersonalización, temor a perder la cordura, sensación de vacío en la cabeza, aumento de la vigilia, miedo a morir.

IV-B. Síntomas digestivos:

Sensación de llenura posprandial, sensación de "nudo" en el esófago, hiperacidez gástrica, esofagitis, dificultad y dolor al deglutir, gases y dolores abdominales, estreñimiento o diarrea, proctitis o hemorroides, anorexia, hiperfagia, náuseas, vómito, aerofagia, boca seca.

IV-C. Síntomas cardiovasculares:

Taquicardia, temor irracional a un ataque cardiaco, trastornos del ritmo cardiaco, hipertensión arterial cambiante, frialdad y palidez de manos y pies, sofocos, palpitaciones.

IV-D. Otros síntomas:

Cefalea, sensación de falta de aire, aumento de la frecuencia urinaria, dismenorrea, ciclos anovulatorios, disminución de la libido, eyaculación precoz, calambres, dolores musculares, temblores, parestesias (cosquilleo en manos y pies), adormecimientos en las extremidades.

V. CLASIFICACION:

La clasificación de los trastornos ansiosos se basa en dos grandes sistemas. Uno es promovido por la Organización Mundial de la Salud y se denomina Clasificación Internacional de Enfermedades, Capítulo de Trastornos Mentales (CIE-10) y el otro por la Asociación Psiquiátrica Americana conocido con el nombre de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV).

V-A. CIE-10:

En esta clasificación, que abarca a todas las enfermedades, los trastornos ansiosos se catalogan en los códigos F 40-F 49 y los principales grupos son los siguientes:

V-A-1.F- 40: Trastornos de ansiedad fóbica:

En este grupo, la ansiedad se va a manifestar fundamentalmente por síntomas fóbicos hacia objetos, situaciones o animales que corrientemente no se consideran peligrosos. Como consecuencia de esto el paciente evita exponerse a dichos estímulos.

V-A-1-a. F- 40.0: Agorafobia:

En este grupo se presentan distintas fobias o temores a abandonar la casa por ejemplo: temor a entrar en tiendas, lugares no concurridos, lugares públicos, viajar solo en autobuses o aviones, que pueden llevar al individuo a vivir dentro de los límites de su casa. Generalmente se presenta en mujeres y se inicia en la vida adulta. Puede asociarse con elementos depresivos y síntomas obsesivos. Si no se le da tratamiento puede evolucionar hacia la cronicidad.

V-A-1-b. F- 40.1: Fobias sociales:

Se inicia generalmente en la adolescencia y se caracteriza por un temor a ser observados y criticados por otra gente llegando a evitarse el contacto social. Se presenta por igual en hombres y mujeres. Se le ha llamado también neurosis social. Al es-

tar expuestos a una situación que se considera amenazante se presentan todos los síntomas de la ansiedad. Generalmente se presenta una ansiedad anticipatoria o sea, que al saber que tendrá que hacer o estar en una determinada situación imagina que se va a sentir angustiado y esto lo predispone a que de verdad llegue a estarlo o que se proteja tomando preventivamente un tranquilizante. La más pequeña expresión de ansiedad desencadena todo el cuadro florido de la misma sin poder detenerlo.

V-A-1-c. F- 40.2: Fobias específicas (aisladas):

En este caso se presentan temores fóbicos, restringidos a situaciones específicas tales como la proximidad de algún animal en particular, a las alturas, a los rayos, a la oscuridad, a los espacios cerrados, a orinar o a defecar en sanitarios públicos, a comer en algunos restaurantes, a ir al dentista, a ver sangre o a exponerse al contagio de algunas enfermedades. Cuando estas fobias se presentan en la infancia o la adolescencia, tienen un buen pronóstico y pueden desaparecer espontáneamente (Reich, 1986).

V-A-2.F- 41: Otros trastornos de ansiedad:

Aquí se agrupan los siguientes:

V-A-2-a. F- 41.0: Trastorno de pánico:

Se le llama también episodio ansioso paroxístico. Se caracteriza porque el paciente presenta súbitamente una crisis muy intensa de ansiedad con síntomas secundarios a la liberación de aminas simpaticomiméticas tales como palpitations, dolor torácico, mareos, sentimientos de irrealidad, sudoración profusa, temor a volverse loco y generalmente se asocia a la sensación de muerte inminente. La crisis puede durar pocos minutos aunque la duración y la frecuencia son variables. Generalmente no se puede producir en qué momento ocurrirá la crisis. El paciente con frecuencia busca ayuda en los servicios de emergencia de los hospitales generales, en donde con el uso de algún tranquilizante y a veces espontáneamente el cuadro desaparece.

V-A-2-b. F- 41.1: Trastorno de ansiedad generalizada:

Se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad generalizados y persistentes y no se relacionan con ninguna causa desencadenante. Los síntomas son muy variables pero se quejan continuamente de estar nerviosos, con temblor, tensión muscular, sudoración, palpitations, mareos y sensación de nudo epigástrico.

V-A-2-c. F- 41.2: Trastorno mixto ansioso-depresivo:

En esta categoría se presentan concomitantemente síntomas de ansiedad y depresión.

V-A-3.F- 42: Trastorno Obsesivo-compulsivo:

Lo sobresaliente de esta categoría es la presencia de pensamientos obsesivos y actos compulsivos que generan gran incomodidad de parte del paciente, que se consideran anormales pero que no se pueden evitar. Se presenta tanto en hombres como en mujeres y en personas que durante su infancia han sido muy rígidas, ordenas y puntuales. Desde la infancia y la adolescencia se hacen notar los rasgos de personalidad antes mencionados.

V-A-3-a. F- 42.0: Con predominio de pensamientos obsesivos:

Aquí lo que predomina son los pensamientos, frases, partes de una canción, repetición de dígitos, palabras obscenas etc. que se reconocen como anormales pero no se pueden evitar y se asocian a sensación de disgusto o ansiedad.

V-A-3-b. F- 42.1: Con predominio de actos compulsivos:

Aquí lo que predomina son actos, gestos, movimientos o rituales complicados que se ejecutan en forma repetitiva y que al tratar de evitarlos se experimenta ansiedad. Un ejemplo muy frecuente es lavarse las manos en forma repetitiva al punto de llegar a producirse lesiones irritativas. Al terminar de lavarse, aparece la sensación de que quedaron sucias y el proceso se repite en varias ocasiones. Aún así, siempre queda la duda de que hayan quedado sucias. El acto de golpear tres veces sobre madera para que no se realice algo, puede considerarse como un acto compulsivo.

V-A-3-c. F- 42.2: Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos:

Esta es la forma más frecuente y en ella se presentan tanto actos compulsivos como pensamientos obsesivos.

V-A-4.F- 43 Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación:

En este grupo existe el antecedente de un hecho traumático, excepcionalmente intenso, capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio en las condiciones vitales usuales que origina una reacción de adaptación. Se asume que existe una vulnerabilidad individual de tal forma que el estrés no es ni necesario ni suficiente para explicar la aparición de estos trastornos. Pueden presentarse a cualquier edad. En este grupo existen las siguientes categorías:

V-A-4-a. F- 43.0 Reacción a estrés agudo:

Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo mentalmente sano, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional que generalmente remite en horas o días. Como ejemplos, se pueden citar catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones, etc.

V-A-4-b. F- 43.1 Trastornos de estrés post-traumático:

Es una respuesta tardía a un hecho o una situación excepcionalmente amenazante que causaría por sí mismos, malestar en casi cualquier persona por ejemplo: catástrofes naturales, causadas por el hombre, combates, accidentes graves, presenciar la muerte violenta de alguien, de víctima de tortura, violación o terrorismo.

Si existen trastornos ansiosos, rasgos compulsivos o asténicos previos, pueden actuar como factores desencadenantes bajar el umbral para que aparezca el síndrome, o agravar su curso.

Cuando aparece la enfermedad, el paciente comienza a experimentar crisis de ansiedad al volver a revivir el hecho traumático, tiene sueños terroríficos que recuerdan lo acontecido, les cuesta volver a experimentar placer, hay una sensación de despego de los demás y de cambios en los esquemas de valor y sensación de embotamiento mental. Tiende a evitarse las situaciones o personas que evocan el trauma. Ocasionalmente pueden presentarse crisis agudas de miedo, agresividad, cólera o pánico.

Los síntomas típicos del trastorno deben presentarse desde pocas semanas hasta seis meses después del hecho traumático.

V-A-4-c. F- 43.2 Trastornos de adaptación:

Se presentan cuando ha ocurrido un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante y causan alteraciones emocionales que interfieren con la vida social o laboral del individuo.

Pueden presentarse síntomas de ansiedad, depresión, incertidumbre, incapacidad de afrontar problemas, pobre planificación del futuro, etc.

Los síntomas se presentan generalmente después del primer mes del cambio.

V-A-5.F- 44 Trastornos disociativos:

Se caracterizan porque presentan una pérdida parcial o completa de los recuerdos con el sentimiento de la propia identidad de donde deriva el término disociativo. Comprenden lo que anteriormente se llamaba neurosis histérica tipo disociativo.

La disociación de la conciencia tiene el fin de proteger la integridad psicológica del individuo y deben considerarse mecanismos de defensa hipertrofiados y anormales que se aplican en forma automática sin que se pueda afirmar que son trastornos fingidos.

Abarcan varias entidades nosológicas:

V-A-5-a. F 44.0 Amnesia disociativa:

Consiste en una pérdida de la memoria para un determinado lapso de tiempo que no se puede considerar la consecuencia de un trastorno orgánico y que va más allá de un simple olvido.

Lo que no se puede recordar va asociado a un evento traumático en la vida del enfermo. Puede durar de varias horas a varios días y su amplitud puede variar.

V-A-5-b. F 44.1 Fuga disociativa:

Consiste en un cuadro de alteración del estado de conciencia en donde el individuo actúa automáticamente asociado a alteraciones del comportamiento como por ejemplo: tomar un autobús y realizar un viaje largo y cuando recupera su estado de conciencia normal ignora cómo llegó a ese lugar.

V-A-5-c. F 44.2 Estupor disociativo:

Se caracteriza por una disminución intensa o una pérdida de la motilidad voluntaria manteniendo respuestas normales a estímulos sensoriales como la luz, el ruido o los reflejos osteotendinosos.

El estupor está asociado a un hecho traumático que no se puede manejar con los mecanismos normales de la mente. La confrontación con estos hechos puede lograr que se modifiquen estos estados.

V-A-5-d. F 44.3 Trastornos de trance y posesión:

Se caracterizan por una pérdida temporal del sentido de identidad y de la conciencia del medio que lo rodea actuando como si estuviera poseído por un espíritu o fuerza sobrenatural.

V-A-5-e. F 44.4 Trastornos disociativos de la motilidad:

Constituyen las clásicas parálisis o paresias de algunas partes del cuerpo, especialmente las manos y que no se pueden explicar mediante lesiones en las vías nerviosas. La parte que presenta la alteración está revestida de un valor psicológico especial

(catexis) y el síntoma constituye un mecanismo defensivo para evitar un acontecimiento aún más traumático.

V-A-5-f. F 44.5 Convulsiones disociativas:

Constituyen convulsiones que recuerdan las de los epilépticos sin embargo no se presenta mordedura de lengua o incontinencia de esfínteres que las caracterizan.

V-A-5-g. F 44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas:

Se caracterizan por zonas de anestesia en la piel que no se pueden explicar por lesiones nerviosas. Las pérdidas sensoriales abarcan trastornos en los sentidos como la vista, el oído, el olfato, el gusto o el tacto.

V-A-5-h. F 44.7 Trastorno disociativo mixto:

Se presentan varios de los cuadros mencionados anteriormente.

V-A-5-i. F 44.80 Síndrome de Ganser:

Se caracteriza por pararespuestas asociadas a trastornos disociativos.

V-A-5-j. F 44.81 Trastorno de personalidad múltiple:

Consiste en que el individuo presenta dos o más personalidades dependiendo de las circunstancias en que se encuentre. Cada una de ellas tiene sus propias características y cuando se adopta, siempre las conservan.

V-A-5-k. F 44.82 Trastornos disociativos transitorios:

Son cuadros que pueden adoptar las características de los descritos anteriormente pero que se presentan en niños o adolescentes y que tienden a ser de corta duración y están relacionados con un hecho traumático.

V-A-6.F 45 Trastornos somatomorfos:

Están caracterizados por la presencia de molestias de tipo somático que se presentan en forma reiterativa y que las exploraciones clínicas y de laboratorio arrojan resultados negativos. El enfermo insiste en hacerse nuevas pruebas o solicita otras opiniones en un intento vano por encontrar alguna causa física de las molestias. Si existe una alteración somática, ésta no explica las molestias que refiere el paciente.

V-A-6-a. F 45.0 Trastorno de somatización:

El diagnóstico se basa en la presencia de síntomas físicos, recurrentes y variables, que han estado presentes durante mucho tiempo y que han ocasionado varias consultas médicas sin que se haya logrado ningún grado de alivio.

V-A-6-b. F 45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado:

Es una forma incompleta de trastorno somatomorfo en donde se presentan quejas somáticas pero no existen otros componentes como la forma reiterativa y dramática de quejarse.

V-A-6-c. F 45.2 Trastorno hipocondríaco:

La característica sobresaliente de este cuadro es una preocupación excesiva y sin bases reales, de tener una enfermedad grave o fatal que lleva al enfermo a recurrir a múltiples exámenes para encontrar la causa, sin que esto llegue a concretarse.

V-A-6-d. F 45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa:

Consiste en una alteración de un órgano o sistema que está inervado por el sistema nervioso vegetativo y que por lo tanto escapa al control voluntario. Son ejemplos: la sensación de calor en la cara, palpitations, ardor en la piel, sudoración, etc. Los estudios clínicos no demuestran ninguna alteración clínica importante. Se usará un quinto dígito para especificar el órgano o sistema afectado. Así:

V-A-6-b-i. F 45.30 Del corazón y el sistema cardiovascular.

Incluye neurosis cardiaca.

V-A-6-b-ii. F 45.31 Del tracto gastrointestinal alto.

Incluye: aerofagia psicógena, hipo psicógeno, píloro espasmo psicógeno.

V-A-6-b-iii. F 45.32 Del tracto gastrointestinal bajo.

Incluye: flatulencia psicógena, colon irritable, diarreas psicógenas.

V-A-6-b-iiii. F 45.33 Del sistema respiratorio.

Incluye: hiperventilación psicógena, tos psicógena.

V-A-6-b-iiiii. F 45.34 Del sistema urogenital.

Incluye disuria psicógena.

V-A-6-c. F 45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente:

Consiste en la persistencia de un dolor intenso y desagradable que no puede ser explicado mediante la medicina corriente. Incluye lo que se ha denominado psicalgia.

V-A-7 F 48 Otros trastornos neuróticos:

V-A-7-a. F 48.0 Neurastenia:

Consiste en la persistencia de un cansancio crónico después de realizar algún esfuerzo mental o físico que no justifica esta sensación; con frecuencia se asocia a síntomas depresivo-ansiosos.

V-A-7-b. F 48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización:

En esta categoría el paciente experimenta que su entorno como que no es real, como que cambió, que él no es el mismo, que hay otra persona dentro de él.

V-B. DSM-IV:

El DSM-IV comienza definiendo la crisis de pánico como un período breve en donde se presenta súbitamente una intensa sensación de ansiedad y terror que frecuentemente se asocia a la sensación de muerte inminente.

Se menciona que se deben presentar 4 de los siguientes síntomas:

- palpitaciones, sensación de vuelco en el corazón o pulso acelerado.
- sudoración.
- temblor o sacudidas fuertes en el cuerpo.
- sensación de dificultad para respirar u opresión torácica.
- sensación de ahogamiento.
- dolor o molestias en el tórax.
- mareo, inestabilidad o desmayo.
- sentimientos de irrealidad o despersonalización.
- temor de perder el control o volverse "loco".
- temor a morir.
- adormecimientos o calambres en las manos.
- escalofríos o calores.

Luego menciona los criterios para definir agorafobia que es la sensación de ansiedad que se presenta cuando se encuentra uno en lugares o situaciones de las que

no se puede escapar en caso de alguna dificultad o cuando la ayuda no puede llegar en caso de que se presente una crisis de pánico.

El agorafóbico típico teme salir solo de la casa, estar dentro de una multitud o en una fila de carros, estar sobre un puente o viajar en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se tratan de evitar a toda costa o permanecen asociadas al temor de tener una crisis de pánico o requieren la presencia de un compañero. Esta ansiedad o evitación fóbica no son ocasionadas por otros trastornos mentales tales como la fobia social, la fobia específica, el trastorno de estrés post-traumático o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Dentro de las categorías diagnósticas se enumeran:

V-B-1.300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia.

Es cuando se cumplen con los criterios de una crisis de pánico y al menos una crisis ha sido asociada con la preocupación de tener nuevas crisis o temor de tener consecuencias nefastas o complicaciones de ellas y presentar un cambio significativo en el comportamiento.

Las crisis de pánico no deben de ser la consecuencia fisiológica de la ingesta de una sustancia bien sea droga de abuso o medicamento ni de una enfermedad física general.

V-B-2.300.21 Trastorno de pánico con agorafobia:

Es cuando se han presentado varias crisis de pánico inesperadas y una de ellas ha sido asociada durante un mes con preocupación persistente de tener nuevas crisis o temor de tener consecuencias nefastas o complicaciones de ellas y presentar un cambio significativo en el comportamiento.

Además de esto, se deben tener los síntomas de agorafobia. Las crisis de pánico no deben de ser la consecuencia fisiológica de la ingesta de una sustancia bien sea droga de abuso o medicamento ni de una enfermedad física general.

V-B-3.300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico:

Es cuando se presentan los síntomas de agorafobia asociados a temores de desarrollar síntomas parecidos a una crisis de pánico como por ejemplo: mareos o diarrea. En ningún momento se ha llegado a presentar una crisis de pánico.

El cuadro no debe ser la consecuencia fisiológica de la ingesta de una sustancia bien sea droga de abuso o medicamento ni de una enfermedad física general.

V-B-4.300.29 Fobia específica:

Anteriormente se le llamaba fobia simple y se caracteriza por un marcado y persistente temor a objetos o situaciones claramente identificados. La exposición al estímulo fóbico invariablemente provoca una crisis de ansiedad. Aunque los adolescentes y los adultos reconocen que estos temores son desproporcionados e injustificados, los niños no.

Frecuentemente el estímulo fóbico es evitado aunque el temor persiste.

El diagnóstico es adecuado sólo si la evitación, el temor o la ansiedad anticipatoria interfieren de manera importante en las rutinas diarias de la persona, su funcionamiento laboral o social o si la persona se siente muy molesta de presentar estos síntomas.

En sujetos menores de 18 años, los síntomas deben de haberse presentado por lo menos durante 6 meses para poder hacer este diagnóstico.

El punto principal del temor es el daño que se puede recibir del objeto o la situación fóbica, por ejemplo: temor a que el perro pueda morderlo a uno, de que el avión se vaya a estrellar o el temor a conducir y tener un accidente automovilístico.

V-B-5.300.23 Fobia social:

El hecho sobresaliente de esta categoría, es el temor intenso y persistente de que algunas situaciones sociales o comportamientos específicos puedan ocasionar congoja o tribulación. La exposición a estas situaciones provoca inevitablemente una inmediata reacción ansiosa que puede llegar a la intensidad de una crisis de pánico.

Aunque los adolescentes y los adultos reconocen que estos temores son desproporcionados e injustificados, los niños no.

V-B-6.300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo:

Las señales sobresalientes de este trastorno lo constituyen las obsesiones o compulsiones recurrentes que son lo suficientemente intensas como para consumir mucho tiempo (más de una hora al día), provocar acentuado malestar o disfunción significativa. La persona no puede evitar que se apoderen de su mente y cuando se presentan generan ansiedad y malestar. Estos pensamientos, impulsos o imágenes, no son exageraciones de preocupaciones por los problemas de la vida real. El paciente trata de neutralizarlos con algún pensamiento o acción lo que genera mayor complicación. En alguna etapa de la enfermedad, la persona reconoce que son excesivas e ilógicas. Estos síntomas van más allá de un diagnóstico del Eje I.

El cuadro no debe ser la consecuencia fisiológica de la ingesta de una sustancia bien sea droga de abuso o medicamento ni de una enfermedad física general.

V-B-7.309.81 Trastorno de estrés post-traumático:

El cuadro clínico de este trastorno lo constituyen los síntomas específicos que se generan después de que se ha estado expuesto a un estresor traumático intenso en donde se ha podido producir una lesión seria o la muerte o se ha presenciado una situación riesgosa de un familiar o una persona muy allegada. Cuando se recuerda el hecho traumático, la persona reacciona con miedo intenso, horror, sensación de desesperanza y un aumento persistente en el estado de vigilia. En niños puede presentarse desorganización mental o agitación. Este cuadro debe estar presente por más de un mes y debe ocasionar dificultades en el rendimiento social o laboral. Estos estresores pueden ser: guerra, asaltos traumáticos, abuso sexual, agresividad física, secuestros, raptos, ataques terroristas, tortura, desastres naturales o causados por el hombre, encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, accidentes automovilísticos severos o haber sido diagnosticado como portador de una enfermedad mortal. Ser testigo de un acto violento como el asesinato de otra persona, de un accidente fatal, de un combate o una lesión seria de una familiar o amigo cercano puede desencadenar este cuadro.

El hecho traumático puede revivirse de varias formas: recuerdos que se vienen a la mente sin poderlos eliminar, de circunstancias que lo rodearon o de sueños angustiantes. A veces se presentan estados disociativos que pueden durar de unos pocos segundos hasta varios días en donde se reviven los sucesos que ocurrieron durante el evento estresante y se comportan como si estuvieran presenciando el suceso en este momento.

La posibilidad de desarrollar los síntomas aumentan con la mayor proximidad del estresor y las manifestaciones se pueden presentar cuando se está expuesto a situaciones desencadenantes que semejan o simbolizan un aspecto de la situación traumática por ejemplo: aniversarios del suceso, el frío, la nieve, policías uniformados.

Los estímulos que se asocian con el hecho traumático, se tratan de evitar a toda costa. Frecuentemente, se trata de evitar los pensamientos, sentimientos, o conversaciones alrededor de los mismos y las actividades, situaciones o personas que generan recuerdos de ellos.

El sujeto puede quejarse de haber perdido el interés en las cosas que antes le agradaban, tener menos interés en participar de actividades que antes disfrutaba o poder experimentar emociones agradables.

Se puede llegar a desarrollar el sentimiento de que no se pueden hacer planes para el futuro a largo plazo.

Se pueden desarrollar síntomas de ansiedad y un aumento en el estado de alerta que no se tenía antes del hecho traumático. Son sobresalientes las dificultades para

dormir satisfactoriamente y son notorias las pesadillas durante las cuales se revive el trauma. En ocasiones se presentan crisis de cólera injustificada.

V-B-8.308.3 Trastorno de estrés agudo:

Lo sobresaliente de este trastorno es el desarrollo de crisis disociativas, de ansiedad y otros síntomas que se presentan dentro del mes siguiente a la exposición de un estresor traumático extremo. El individuo debe tener al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: una sensación subjetiva de atontamiento, lejanía o ausencia de respuesta afectiva, disminución de la conciencia de lo que lo rodea, desrealización, despersonalización o amnesia disociativa.

El hecho traumático se vuelve a revivir persistentemente y se trata de evitar las circunstancias que puedan desencadenarlo. Al revivirlo se experimentan intensos síntomas de ansiedad y un estado de hipervigilia. Estos síntomas deben producir un malestar significativo desde el punto de vista clínico, impidiendo su normal funcionamiento o interfiriendo con la capacidad de realizar sus tareas. Frecuentemente tienen una disminución en la respuesta emotiva hacia los estímulos, teniendo dificultad o imposibilidad de experimentar placer en actividades que antes del trauma eran agradables y con frecuencia se sienten culpables de realizar acciones cotidianas. Tienen dificultad para concentrarse mentalmente, se sienten alejados de sus cuerpos, experimentan al mundo como irreal o como un sueño o tienen dificultad en recordar hechos que ocurrieron durante el trauma (amnesia disociativa).

Los síntomas no deben ser la consecuencia fisiológica del consumo de sustancias ni deben ser una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

V-B-9.300.02 Trastorno de ansiedad generalizada:

Los criterios para hacer este diagnóstico son:

Criterio A: Sensación de ansiedad y preocupación excesiva que se presenta en la mayor parte de los días durante un período de 6 meses.

Criterio B: Se le hace muy difícil poder controlar la preocupación.

Criterio C: La ansiedad se asocia con tres o más de los siguientes síntomas (en niños puede ser sólo uno de ellos):

- inquietud.
- cansancio fácil.
- dificultad en concentrarse o tener la mente en blanco.
- irritabilidad.
- tensión muscular.
- trastornos en el dormir (dificultad para iniciar o mantener el sueño o sueño no reparador.

Criterio D: Los síntomas no deben pertenecer a otras categorías de trastornos ansiosos.

Criterio E: La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos ocasionan un malestar clínicamente significativo o causa incapacidad social, ocupacional o en otras áreas del funcionamiento.

Criterio F: El trastorno no es ocasionado por un efecto directo del consumo de una sustancia (droga de abuso o medicamento) o no es secundario a una enfermedad somática generalizada y no se presenta exclusivamente durante un trastorno afectivo, psicótico o un trastorno persistente del desarrollo.

VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Los síntomas de ansiedad pueden presentarse en varios trastornos somáticos que tienen enfoques terapéuticos diferentes y por lo tanto deben descartarse primero antes de dar un tratamiento.

Entre los trastornos más frecuentes tenemos:

VI-A. Hipertiroidismo:

Este consiste en una hiperactividad de la glándula tiroides que puede presentar síntomas como: taquicardia, sudoración, palpitaciones, pérdida de peso, anorexia e insomnio. Se detecta mediante el análisis de laboratorio. Es importante investigar si hay antecedentes familiares de patología tiroidea.

VI-B. Cafeinismo:

Hay personas que consumen grandes cantidades de café al día, llegando a las 15 o 20 tazas. Esto produce una sobreestimulación del sistema nervioso central que puede llegar a dar un cuadro similar a un trastorno ansioso. El tratamiento lógico consiste en la disminución de la ingesta.

VI-C. Sobredosificación de medicamentos para adelgazar:

Los anorexígenos o medicamentos para suprimir el apetito son estimulantes nerviosos. Si se ingieren en dosis altas con el afán de perder peso más rápidamente pueden ocasionar un cuadro de ansiedad que debe corregirse disminuyendo o suprimiendo el medicamento.

VI-D. Consumo crónico de benzodiazepinas:

El uso de tranquilizantes en forma crónica puede generar un mini síndrome de abstinencia que se manifiesta con ansiedad. El tratamiento consiste en sustituir el tran-

quilizante por otro psicofármaco y suspender la benzodiacepina. También hay que tener presente que cuando se han utilizado benzodiacepinas durante un tiempo prolongado se desarrolla tolerancia de tal forma que se requieren dosis más altas para lograr el mismo efecto. Cuando se suspende el tratamiento por un tiempo, se pierde esa tolerancia y cuando se vuelven a utilizar, su efecto es mayor.

VI-E. Trastornos psicóticos que cursan con ansiedad:

En la esquizofrenia paranoide o el trastorno esquizoafectivo, pueden presentarse síntomas ansiosos secundariamente al padecimiento principal. El abordaje implica el uso de antipsicóticos que pueden aliviar tanto la ansiedad como la psicosis.

En los cuadros maniacaes pueden presentarse elementos ansiosos que cederán conforme vaya remitiendo el trastorno afectivo.

En las psicosis orgánicas ocasionadas por drogas o alcohol, también pueden presentarse síntomas ansiosos que remitirán cuando ceda la intoxicación.

VI-F. Diabetes mellitus:

En la diabetes mellitus se pueden presentar crisis de angustia cuando por causa de la enfermedad o del tratamiento se producen hipoglicemias que ocasionan una descarga adrenalínica que puede simular una crisis de ansiedad.

VI-G. Equivalentes epilépticos:

Algunas formas resistentes de ansiedad han sido correlacionadas con un trastorno disrítmico que mejoran al adecuar el tratamiento anticonvulsivante. Si no se hace este ajuste, los síntomas ansiosos pueden cronificarse.

VII. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

VII-A. Introducción:

Los ansiolíticos constituyen el grupo de medicamentos que más se usan en todo el mundo. Para tener una idea de la magnitud de este aspecto, mencionaré que en 1968 se vendieron 42 millones de dólares en recetas de diazepam y clordiazepóxido, en los Estados Unidos.

En 1967, el 17% de las recetas que se hicieron en los Estados Unidos contenían sustancias psicotrópicas. El 30% de las recetas psicotrópicas contenían benzodiazepinas. Los médicos generales recetaron el 75% de estas recetas por lo que debe brindársele a éstos la mayor información posible para hacer el uso de estos medicamentos lo más racional que se pueda y evitar que vayan a presentar innecesarios casos de dependencia psicológica hacia ellos. Sólo el 5% de esas recetas fueron hechas por psiquiatras.

Del 5 al 15% de los americanos adultos toman ansiolíticos en el transcurso de 1 año. En pacientes psiquiátricos de consulta externa, el 30% reciben ansiolíticos. En 1968 se gastaron 48 millones de dólares en clordiazepóxido y diazepam. Los consultorios médicos en general, están llenos de pacientes neuróticos que no tienen ninguna lesión demostrable.

La mayoría de las personas que ingieren estos psicofármacos se hallan fuera de los hospitales.

Debe considerarse a los ansiolíticos como una forma de tratamiento de los cuadros ansiosos, pero no debe olvidarse otras posibilidades terapéuticas como son: la psicoterapia en sus variadas formas, medidas de higiene mental, cambios ambientales, ayuda religiosa, etc.

También debe tenerse presente que el 40% de los cuadros ansiosos remiten mediante un efecto placebo, es decir, que no depende del tipo ni la dosis de medicamento que usemos y en donde tiene un papel muy importante la relación médico-paciente.

Algunas veces se recetan ansiolíticos por la falta de tiempo del médico para escuchar a su paciente y la receta constituye una salida fácil para el médico pero con esta conducta se puede exponer al paciente a un riesgo innecesario de adquirir una dependencia.

VII-B. Historia:

Antes de la década del 50, los medicamentos que se usaban para tratamiento del paciente ansioso eran los barbitúricos, los bromuros, el hidrato de cloral y otros sedantes en los cuales la diferencia entre la dosis que producía ansiolisis y la dosis que producía sueño era muy pequeña, lo que permitía un margen terapéutico muy estrecho.

Al iniciarse la era de los modernos ansiolíticos, estos desplazaron a los antiguos medicamentos porque daban un mayor margen de seguridad y permitían un mayor grado de tranquilidad con una menor somnolencia.

El primero de estos medicamentos que se utilizó en la clínica fue el meprobamato en 1955, seguido por el clordiazepóxido en 1957 y el diazepam en 1959 y a partir de entonces han salido al mercado gran cantidad de derivados de las benzodiazepinas que no han demostrado tener características diferentes notorias con los que existían originalmente.

Desde el año 1957 en que se inició la práctica clínica con el clordiazepóxido, se han venido sintetizando gran cantidad de sustancias con efectos muy similares. En el momento actual, no se puede decir que haya especialidad de una determinada sustancia hacia un determinado síntoma. De tal forma que con solo manejar dos o tres representantes de estas sustancias es más que suficiente. Hay que tomar en cuenta que los

intereses de las compañías farmacéuticas son muy importantes y tratan de "bombardear" al médico con gran cantidad de llamativa literatura con el objeto de promover más ventas. Los distintos tipos de reacción ante tal o cual ansiolítico, no dependen de la sustancia activa en sí, sino más bien, de factores constitucionales, farmacocinéticos hereditarios de cada individuo en sí.

El primer ansiolítico que hizo su aparición en 1955 fue el meprobamato, como una sustancia que específicamente reduce la tensión y la ansiedad sin producir somnolencia o sueño, cuando se utiliza a una dosis mínima efectiva. Si la dosis aumenta entonces si sobrevienen estos efectos. El meprobamato vino a significar para los paciente neuróticos de consulta externa, lo que las fenotiazinas hicieron para los pacientes psicóticos hospitalizados.

Apenas se generalizó el uso del meprobamato, hubo un período de euforia con respecto a él y grandes cantidades de pacientes los tomaron injustificadamente. Posteriormente fue sintetizado el clordiazepóxido, que es la primera benzodiazepina, y fue descubierto sin intención en 1957 cuando trataron una quinazolina que había sido sintetizada en 1930 con metilamina que es una amina primaria y se produjo el compuesto Ro 5-0690, de la casa Roche y se vio que tenía propiedades sedantes y antiestricnina en el ratón, similares a las del meprobamato y en el gato era dos veces más potente como relajante muscular.

Este nuevo compuesto recibió primeramente el nombre de metaminodiazepóxido que posteriormente cambió a clordiazepóxido (CDX). Esta sustancia se descompone con la luz ultravioleta por lo que no existen suspensiones orales y cuando se usa en forma inyectable debe prepararse minutos antes de usarla.

A raíz del éxito logrado con el clordiazepóxido en 1960, toda la maquinaria de las compañías farmacéuticas se interesó en descubrir nuevos derivados que fueran más efectivos y menos tóxicos. El diazepam fue descubierto por Sternbach en 1959 y sus efectos farmacológicos fueron descritos en 1961, su toxicidad fue similar a la del clordiazepóxido pero su acción músculorelajante y anticonvulsivante es 10 más potente. Luego fue sintetizado el nitrazepam.

VII-C. Características generales:

VII-C-1. Disminuyen el comportamiento hostil y agresivo tanto espontáneo como provocado, en sujetos normales y en pacientes ansiosos.

VII-C-2. Atenúan las consecuencias del comportamiento ante la frustración.

VII-C-3. En dosis bajas producen una desinhibición de impulsos hostiles reprimidos lo que explica algunos comportamientos agresivos al iniciar el tratamiento o utilizar dosis bajas.

VII-C-4. Poseen un efecto miorrelajante que es más acentuado con el meprobamato. La buspirona no es un relajante muscular.

VII-C-5. A dosis altas inducen al sueño, con excepción de la buspirona.

VII-C-6. Poseen acción neurofisiológica subcortical por lo que se diferencian los barbitúricos y el alcohol.

VII-C-7. Tienden a producir dependencia psicológica en individuos predispuestos. Las benzodiazepinas, especialmente las de vida media corta, pueden producir farmacodependencia con síndrome de abstinencia. La buspirona no tiene potencial de abuso.

VII-C-8. No modifican las alucinaciones ni las ideas delirantes de tipo funcional.

VII-C-9. Pueden agravar las depresiones inhibidas.

VII-C-10. Poseen efecto rebote (aumento de los síntomas iniciales) cuando termina el efecto terapéutico lo que favorece el fenómeno de habituación. En la fase de efecto rebote (síndrome de supresión), algunos de los síntomas pueden ser muy difíciles de distinguir de los de la ansiedad no tratada.

VII-D. Grupos de ansiolíticos:

Existen varios grupos de ansiolíticos, cada uno de ellos con un perfil clínico diferente por lo que se hace necesario conocerlos para poder escoger el que más se adapta a las necesidades del paciente.

Veremos los siguientes:

- 1.- Derivados de la benzodiazepina.
- 2.- Derivados del defenilmetano.
- 3- Betabloqueadores.
- 4- Derivados arilpiperazínicos.
- 5- Antihistamínicos.
- 6- Antiadrenérgicos.

- 7- Antipsicóticos.
- 8- Antagonistas del calcio.

VII-D-1. Derivados de la benzodiacepina:

Se han denominado también interneurobloqueadores ya que bloquean a las neuronas internunciales o de asociación en la médula espinal mecanismo que es responsable de la relajación muscular que producen y que puede conducir a incontinencia urinaria y fecal.

Tienen un mecanismo de acción caracterizado porque se unen a unos sitios receptores que se han denominado receptores benzodiacepínicos, en donde, junto con la presencia de ácido gama amino butírico (GABA), permiten el ingreso a la célula de iones cloruro lo que las hace más negativas interiormente evitando que se despolaricen y que den origen a un impulso nervioso.

Cuando se administran benzodiacepinas se obtienen trazados EEG con acentuación de la actividad de ondas lentas, de alto voltaje, similares a las que producen otros sedantes hipnóticos. Cuando se utilizan dosis pequeñas hay un cambio hacia ritmos de alta frecuencia y poco voltaje.

Los estudios en animales parecen demostrar que las benzodiazepinas deprimen las descargas de la amígdala y la transmisión amígdala-hipocámpica, por lo que algunos creen que la actividad ansiolítica se debe a una "amigdalectomía farmacológica".

Muchos estudios clínicos han demostrado que estas sustancias producen relajación muscular tanto en sujetos normales como pacientes sin enfermedades neuromusculares. Estos estudios se han confirmado por medio de la electromiografía.

También se ha visto que el período de relajamiento muscular postoperatorio cuando se han utilizado drogas curarizantes, se potencializa cuando el paciente ha estado tomando benzodiazepinas. Parece ser que las propiedades musculorelajantes residen a nivel central más que a nivel periférico.

Las benzodiazepinas tienen una acción anticonvulsivante muy importante. El desmetildiazepán y el oxazepán, que son metabolitos activos del diazepam, son los responsables del efecto anticonvulsivante prolongado que se observa en pacientes que toman diazepam.

Las bases farmacológicas de esta acción todavía no está dilucidada. Unos creen que la configuración especial del diazepam y la difenilhidatoína son similares. Otros creen que es a través del GABA ya que los epilépticos tienen concentraciones bajas de GABA en el cerebro y tanto la difenilhidatoína como el diazepam, aumentan esa cantidad. Otros creen que es a través de la estimulación de las células de Purkinje del cerebelo y que éstas a su vez tienen una influencia inhibitoria sobre estructuras subcorticales.

En el EEG, dosis bajas que no producen mucha sedación, dan una reducción en la amplitud del ritmo alfa y un cambio hacia frecuencias altas de poco voltaje tipo beta. Esto se ve tanto con las benzodiazepinas como con el meprobamato y el fenobarbital. Este efecto puede persistir varios días e incluso semanas después de suspender el tratamiento. En dosis altas se producen ondas lentas de alto voltaje. También se corrobora con el hecho de que al tomarlas en dosis bajas al acostarse, producen pesadillas que desaparecen al aumentar la cantidad del medicamento.

Los cambios neurobioquímicos de las benzodiazepinas son pocos claros. Se ha visto que el GABA ejerce una actividad inhibitoria en el sistema nervioso central de los vertebrados. Las actividades de este neuromodulador son muy similares a las que poseen los ansiolíticos; de tal manera que se ha llegado a pensar que este grupo de sustancias elevan la cantidad de GABA produciendo relajación muscular y efecto anticonvulsivante. También se ha visto que sustancias que antagonizan el GABA como la bicuculina, antagonizan los efectos del diazepam y que las que lo potencializan como el ácido aminooxiacético (AOAA) también lo hacen con el diazepam.

Otro neuromodulador que se ha vinculado al efecto de los ansiolíticos es la glicina, que desempeña un papel similar al GABA pero los resultados no son concluyentes.

La serotonina también ha sido involucrada en el sentido de que disminuyendo su concentración por sustancias que bloquean su síntesis, se produce una mayor tolerancia a los conflictos pero se cree que esta no es una acción directa, sino indirecta a través del GABA.

Los reflejos monosinápticos se deprimen con dosis relativamente pequeñas.

En clínica, se aprecia que poseen un doble efecto sobre el comportamiento, lo que se ha denominado acción bifásica y que consiste en que a dosis bajas para el paciente, actúan como desinhibitorios de tal forma que dan la falsa sensación de ser estimulantes, mientras que a dosis mayores actúan como sedantes, produciendo somnolencia y enlentecimiento psicomotor. Son los que más utilidad tienen en la actualidad.

Su fórmula general es la siguiente:

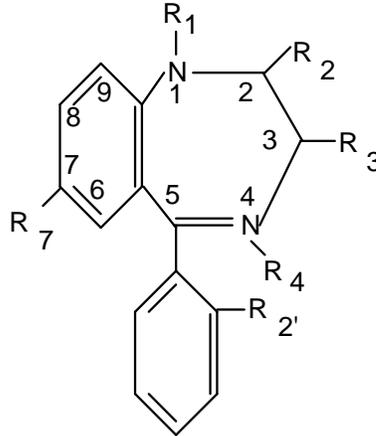


FIG 1 : Fórmula general de las benzodiazepinas.

Como se puede apreciar, el anillo benzodiazepínico está constituido por un grupo bencénico unido a una estructura cíclica heptagonal, en donde existen dos átomos de nitrógeno de donde deriva el término diazepina. Los distintos representantes de este grupo se originan en sustituciones en donde existen R.

Se metabolizan a nivel de hígado mediante procesos de desmetilación, desaminación, hidroxilación y conjugación. Una vez abierto el anillo heptagonal, se pierde la actividad psíquica. Al conjugarse con ácido glucurónico se forman metabolitos inactivos que se eliminan por riñón.

Al metabolizarse las sustancias originarias se van produciendo metabolitos que algunos son activos mientras que otros no. Entre más metabolitos activos tenga la sustancia primaria, más larga es duración de acción. La benzodiazepina que tiene más metabolitos activos es el clordiazepóxido que produce los siguientes: desmetil clordiazepóxido, demoxepán, desmetildiazepán y oxazepán como se puede apreciar en la FIG 2.

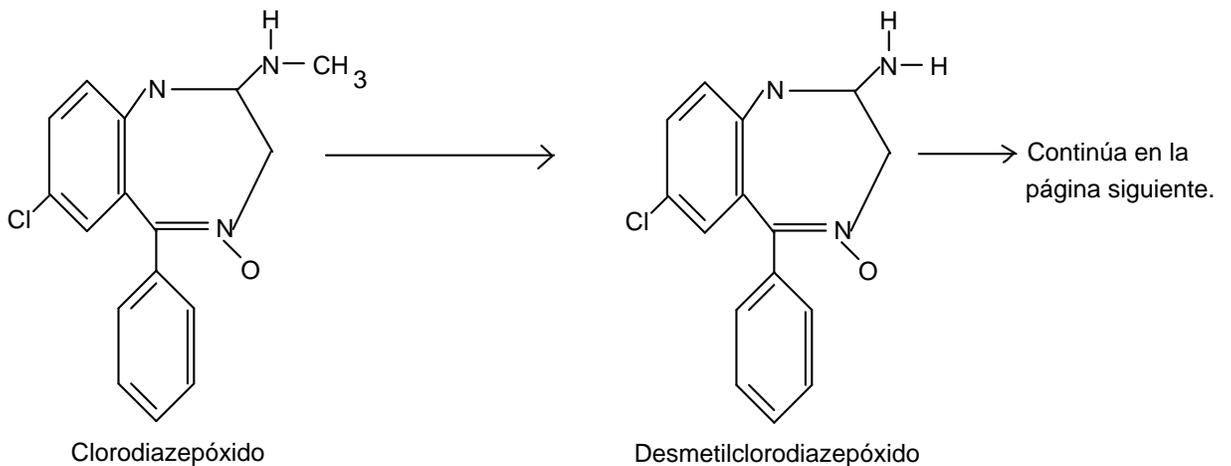


FIG 2 : Vía metabólica del clordiazepóxido (primera parte)

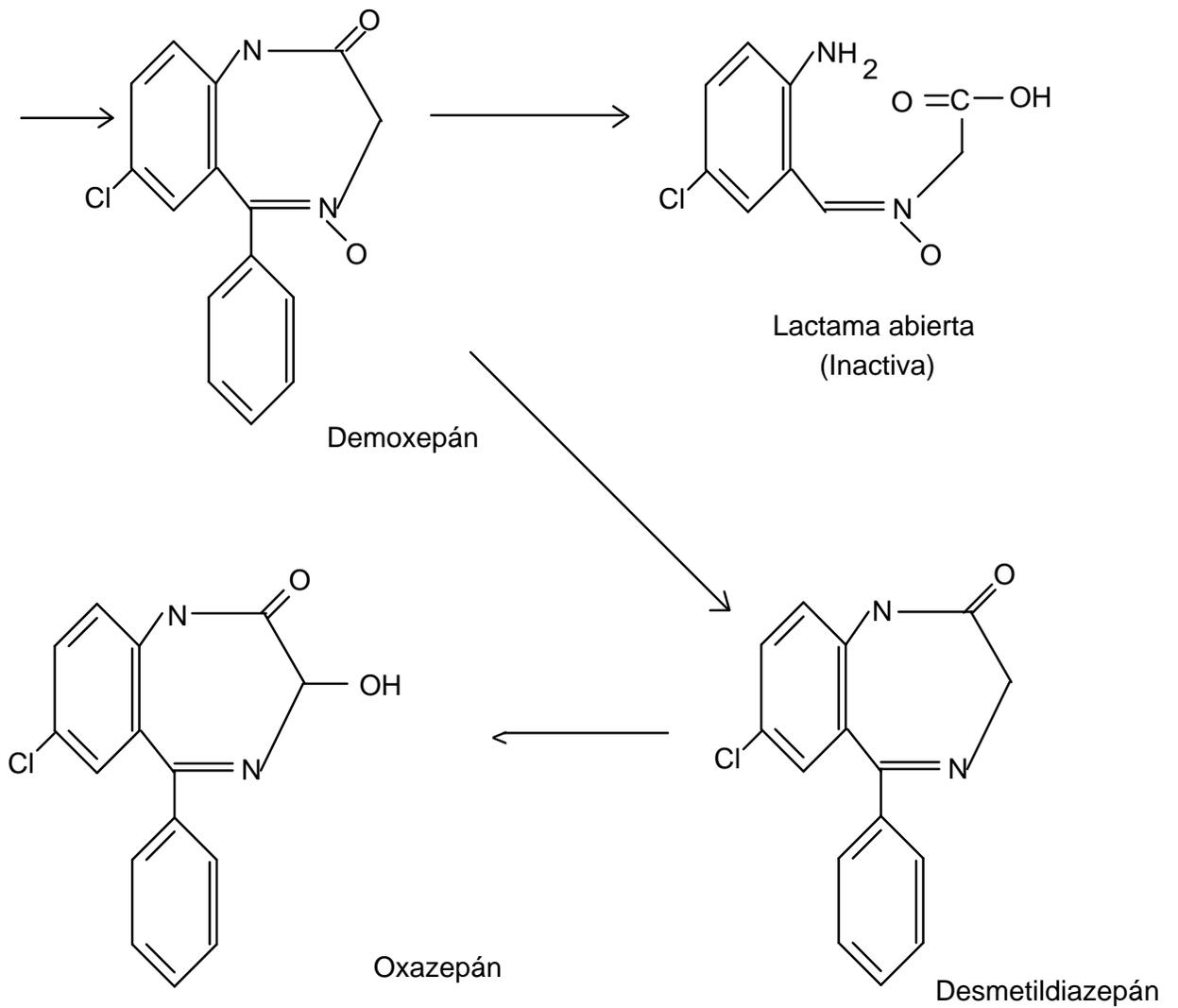


FIG 3 : Vía metabólica del clordiazepóxido (segunda parte).

El diazepam también produce los siguientes metabolitos activos: temazepam, desmetildiazepam y oxazepam como se puede apreciar en la Fig. 3.

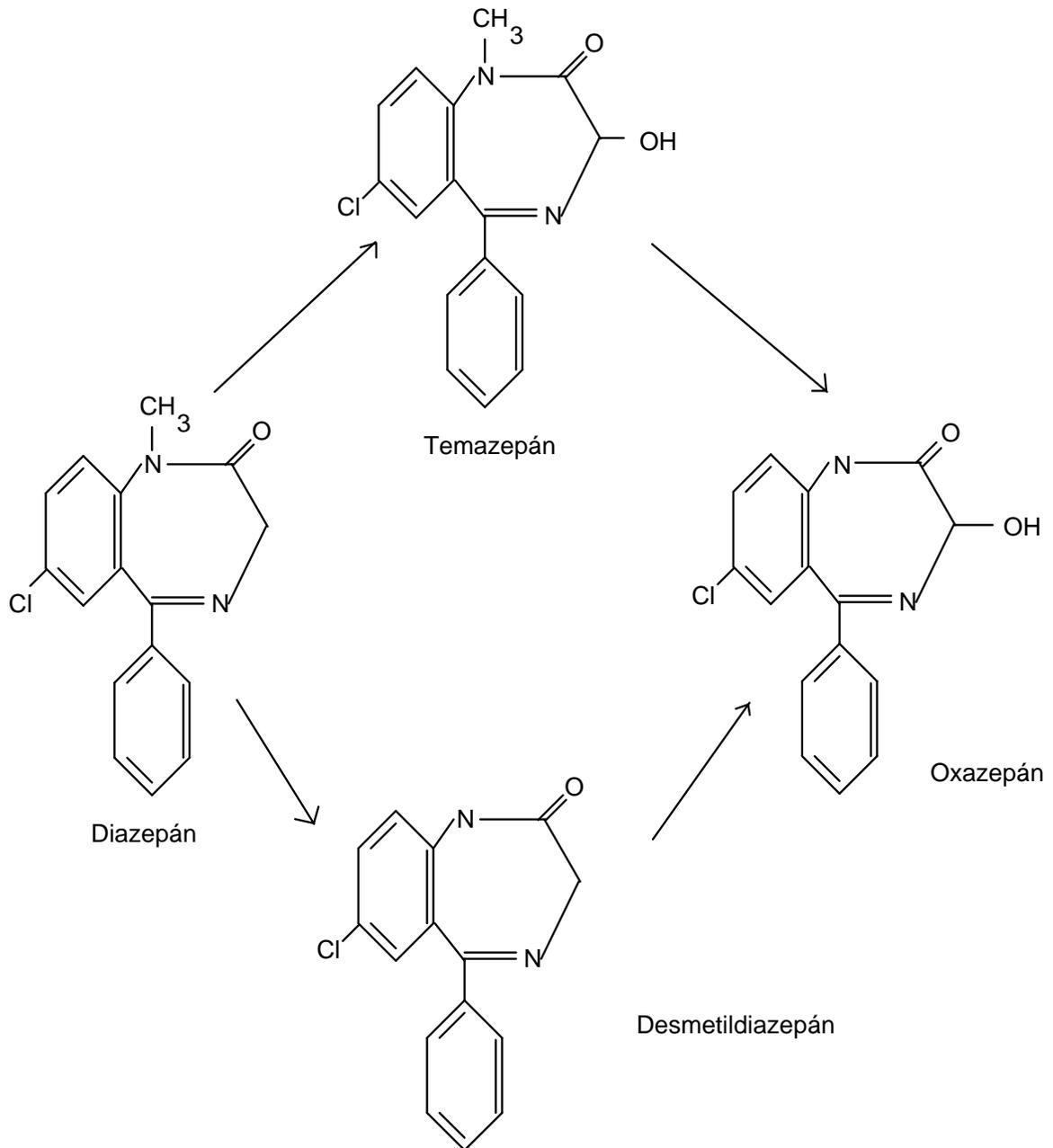


FIG 4 : Vía metabólica del diazepán.

De acuerdo con la vida media que posean la sustancia originaria y sus metabolitos activos, las benzodiazepinas se pueden clasificar de la siguiente manera:

CLASIFICACION DE LAS BENZODIAZEPINAS

SEGUN SU DURACION DE ACCION

LA	FARMACO	SEMIVIDA DE ELIMINACION	DURACCION DE ACCION CLINICA
	Bromazepán	18 a 60 horas	prolongada
	Clorazepato	36 a 200 horas	prolongada
	Clonazepán	19 a 60 horas	prolongada
	Clordiazepóxido	5 a 30 horas	prolongada
	Desmetildiazepán	36 a 200 horas	prolongada
	Diazepán	20 a 50 horas	prolongada
	Prazepán	36 a 200 horas	prolongada
	Medazepán	15 a 50 horas	prolongada
	Flurazepán	47 a 100 horas	prolongada
	Loprazolán	8 a 15 horas	intermedia
	Lormetazepán	9 a 12 horas	intermedia
	Flunitrazepán	9 a 25 horas	intermedia
	Lorazepán	10 a 20 horas	corta
	Midazolán	6 a 8 horas	corta
	Nitrazepán	6 a 8 horas	corta
	Oxazepán	5 a 10 horas	corta
	Triazolán	5 horas	corta

Inicialmente, el clordiazepóxido (CDZ) y el diazepán (DZ) eran las únicas benzodicepinas que existían y tenían un efecto puramente ansiolítico; pero al pasar el tiempo se fueron sintetizando sustancias que tenían algún efecto más acentuado que otros; por ejemplo: se vio que algunas de ellas como el nitrazepán, inducían más rápidamente al sueño por lo que constituyeron el subgrupo de las benzodicepinas hipnóticas. Luego se sintetizó una que tiene en su molécula un grupo triazólico lo que le confirió propiedades antidepressivas y constituyó un subgrupo aparte. Otra sustancia, el clonazepán, demostró tener un efecto anticonvulsivante mayor que el diazepán y originó otro subgrupo.

VII-D-1-a. Benzodicepinas ansiolíticas propiamente dichas:

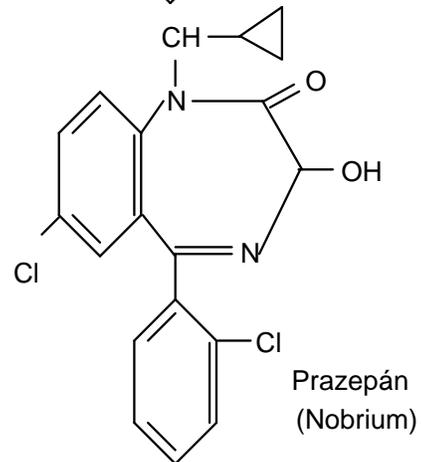
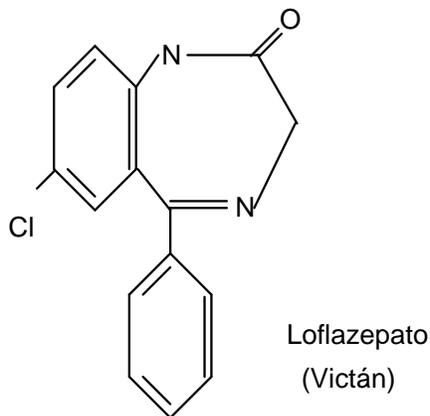
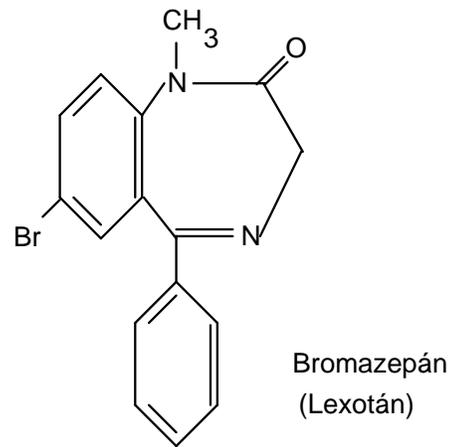
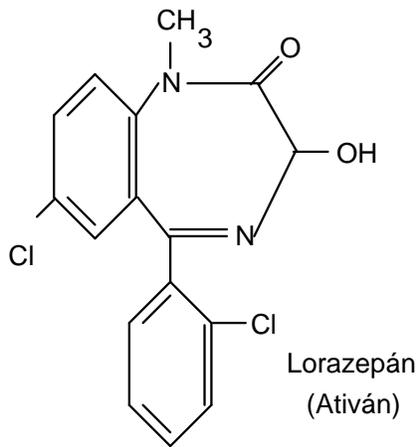
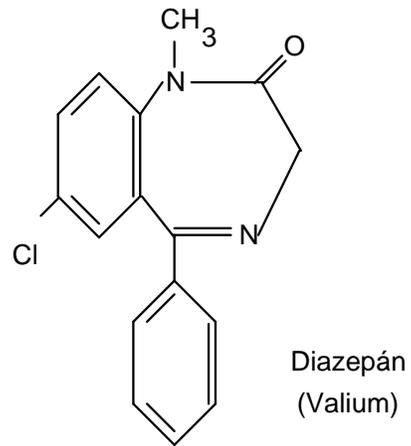
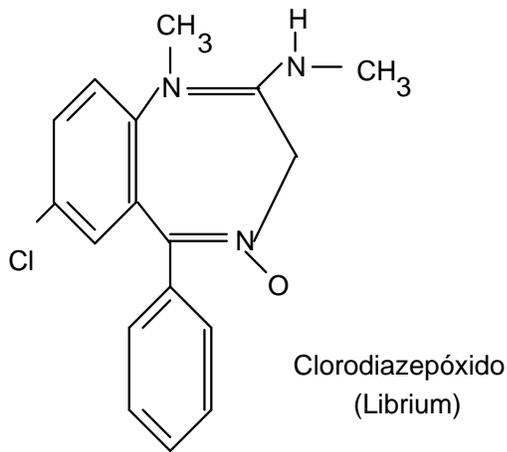


FIG 5 : Benzodiazepinas ansiolíticas propiamente dichas.

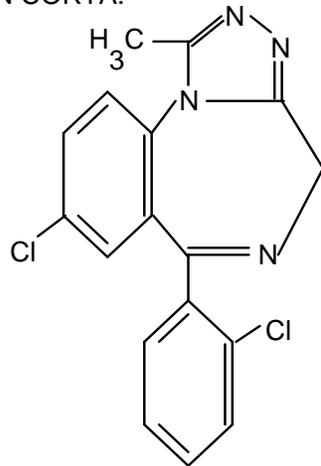
-clordiazepóxido (Librium). Actualmente no se encuentra solo sino combinado 5 mg de clordiazepóxido con 10 mg de amitriptilina (Limbitrol) o 5 mg de clordiazepóxido + 2.5 mg de bromuro de clidinium (Librax).

- bromazepán: Lexotán tab. (1.5, 3 y 6 mg.) Bromazepán Raven tab 3 mg.
- diazepán: Valium tab 2,5 y 10 mg, amp 10 mg, jbe con 2 mg/cdita, Diazepán Gutis tab 5 mg y 10 mg, jbe 2 mg/cdita.
- loflazepato de etilo: Victán, tab de 2 mg.
- lorazepán: Ativán tab 1 mg y 2 mg, Lorazepán MK tab 1 mg y 2 mg.
- prazepán: Nobrium, cap de 10 mg.

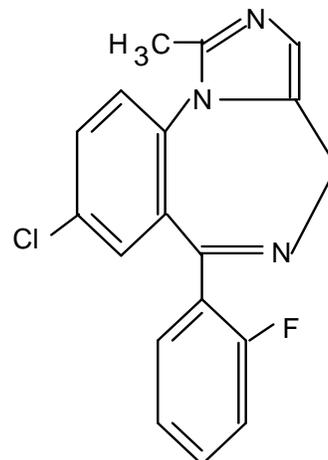
VII-D-1-b. Benzodiacepinas hipnóticas:

Se utilizan a la hora de dormir como tratamiento del insomnio, cuyas fórmulas son las siguientes:

DE ACCION CORTA:

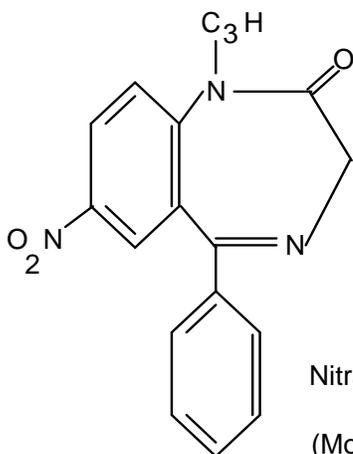


Triazolán
(Halción)

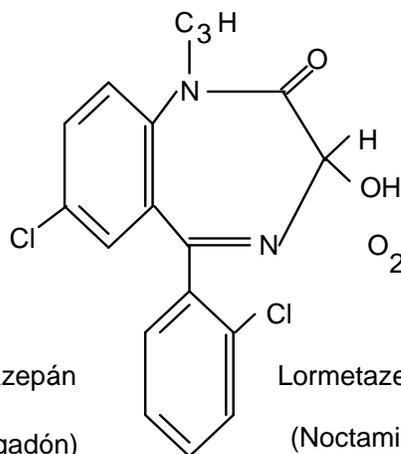


Midazolán
(Dormicum)

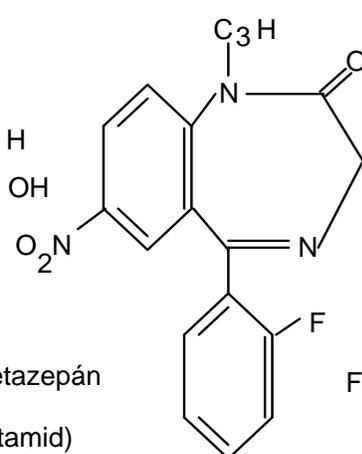
DE ACCION INTERMEDIA:



Nitrazepán
(Mogadón)



Lormetazepán
(Noctamid)



Flunitrazepán
(Rohypnol)

FIG 6: Benzodiazepinas hipnóticas (primera parte)
DE ACCION PROLONGADA:

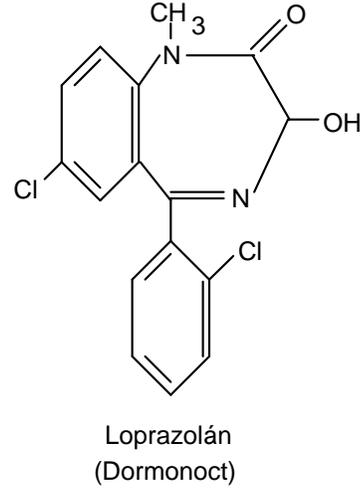
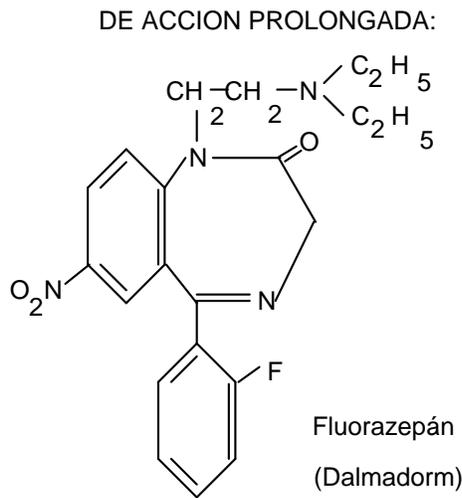


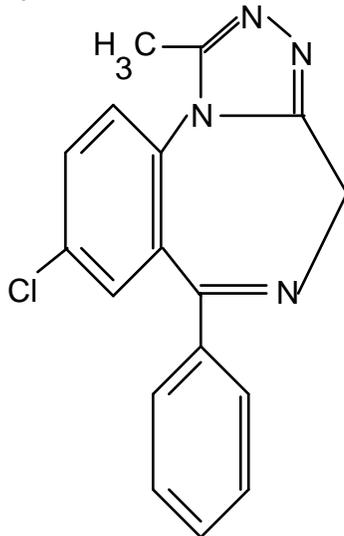
FIG.7: Benzodiazepinas hipnóticas (segunda parte).

Ejemplos:

- flunitrazepán: Rohypnol tab 2 mg.
- fluorazepán: Dalmadorm cap 15 y 30 mg.
- loprazolán: Dormonoct tab de 2 mg.
- lormetazepán: Noctamid tab de 1 mg.
- midazolán: Dormicum tab de 15 mg.
- nitrazepán: Mogadón tab de 5 mg.
- triazolán: Halción tab 0.25 mg.

VII-D-1-c. Benzodiazepinas antidepresivas:

Se pueden utilizar en el tratamiento de depresiones ansiosas



Alprazolán
(Tafil)

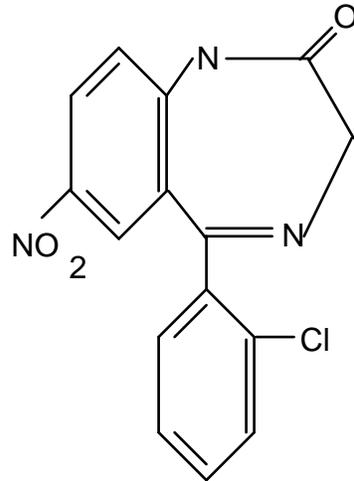
FIG. 8 : Benzodiazepinas antidepresivas.

Ejemplo:

- alprazolán: Tafil tab. 0.25, 0.5 y 1 mg, Ansiolit tab de 0.5 mg.

VII-D-1-d. Benzodiazepinas anticonvulsivantes:

Se utilizan en el tratamiento de la epilepsia.



Clonazepán
(Rivotril)

FIG. 9 : Benzodiazepinas anticonvulsivantes.

Ejemplo:

- clonazepán: Rivotril tab. de 0.5 y 2 mg. gotas (1 gota = 0.1 mg)

Problemas relacionados con las benzodiazepinas:

1. Interactúan con el alcohol dando reacciones imprevisibles.
2. Poseen efectos mio-relajantes por lo que pueden ocasionar incontinencia de esfínteres en pacientes seniles o con enfermedades degenerativas del S. N. C.
3. Son capaces de dar síndrome de abstinencia caracterizado por: intranquilidad, insomnio, náuseas, mareos, temblor, dolores musculares, fobia, visión borrosa, sudoración, hipersensibilidad al tacto y cuadros confusionales.
4. Los de acción corta, tipo lorazepán, tienen mucha facilidad para producir farmacodependencia.
5. Los de acción larga, tipo clordiazepóxido tienden a acumularse en el organismo especialmente en pacientes seniles o portadores de hepato y nefropatías.

6. Interactúan con otros depresores del S.N.C. dando efectos que pueden ser potencialmente letales especialmente cuando se combinan con alcohol.

BENZODIACEPINAS DISPONIBLES EN COSTA RICA

BENZODIACEPINAS ANSIOLITICAS:

Nombre genérico:	Nombre de patente:	Presentación:
Bromazepán	Lexotán	Tab 1.5 mg cajas de 30 Tab 3 mg cajas de 30 Tab 6 mg cajas de 30 -----
	Bromazepán Raven	Tab 3 mg caja de 30
Clobazán	Frisium	Tab 10 mg cajas de 20
Clordiazepóxido	Librax	5 mg de clordiazepóxido + 2.5 mg de bromuro de clidinium -----
	Limbitrol	- 5 mg de clordiazepóxido +10 mg de amitriptilina
Diazepán	Diazepán Gutis	Tab 5 mg tiras de 10 Tab 10 mg tiras de 10 Jbe 2 mg/cdita, 120 cc -----
	Diazepán Prodes	Tab 5 mg cajas de 20 Tab 10 mg cajas de 20 Amp 10 mg cajas de 6 -----
	Diazepán Lisan	Tab 5 mg caja de 20 Tab 10 mg caja de 20 -----
	Valium	Tab 2 mg caja de 30 Tab 5 mg caja de 25 Tab 10 mg caja de 25 Amp 10 mg caja con 5
Loflazepato de etilo	Victán	Tab 2 mg caja de 20
Lorazepán	Ativán	Tab 1 mg caja de 20 Tab 2 mg caja de 20 -----
	Lorazepán MK	Tab 2 mg tiras de 10
Prazepán	Equipax	Tab 10 mg fco de 20

BENZODIACEPINAS ANTIDEPRESIVAS:

Nombre genérico:	Nombre de patente:	Presentación:
Alprazolán	Tafil	Tab 0.25 mg cajas de 20 Tab 0.5 mg cajas de 20 Tab 1 mg tiras de 10 -----
	Ansiolit	Tab 0.5 mg cajas de 30

BENZODIACEPINAS HIPNOTICAS:

Nombre genérico:	Nombre de patente:	Presentación:
Flunitrazepán	Rohypnol	Tab 2 mg cajas de 30
Flurazepán	Dalmadorm	Cap 15 mg cajas de 30 Cap 30 mg cajas de 30
Loprazolán	Dormonoct	Tab 2 mg cajas de 10 y 30
Lormetazepán	Noctamid	Tab 1 mg cajas de 10 y 30
Midazolán	Dormicum	Tab 7,5 y 15 mg cajas de 10 y 30
Nitrazepán	Mogadón	Tab 5 mg fco de 10 y 50
Triazolán	Halción	Tab 0.25 mg cajas de 10 y 30

BENZODIACEPINAS ANTICONVULSIVANTES:

Nombre genérico:	Nombre de patente:	Presentación:
Clonazepán	Rivotril	Tab 0.5 mg caja de 50 Tab 2 mg caja de 20 Gotas: 1 gota = 0.1mg fco.

VI-D-2. Derivados del difenilmetano:

Este grupo tiene un solo representante que es la hidroxicina cuya fórmula es la siguiente:

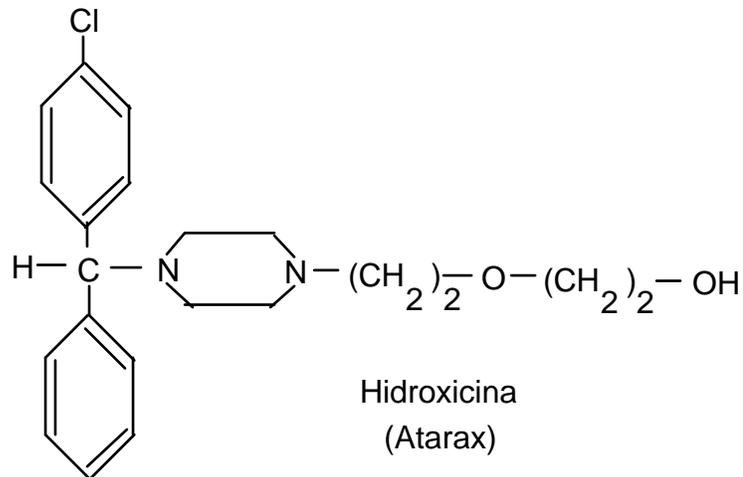


FIG. 10 : Fórmula de la hidroxizina.

Tiene la ventaja de que además de poseer un efecto ansiolítico suave, es además un antihistamínico débil por lo que es útil en aquellos padecimientos en donde existe un componente alérgico exacerbado por un estado tensional como ocurre en algunas neurodermatitis.

El representante más usado de este grupo es el Atarax tab 10 y 25 mg., jbe. 10 mg/cdita.

VII-D-3. Betabloqueadores:

No se pueden considerar como un ansiolítico clásico pero tienen la capacidad de bloquear las manifestaciones periféricas de la ansiedad y de corregir algunas alteraciones bioquímicas secundarias, como por ejemplo: disminuir el colesterol que se eleva secundariamente a la angustia. Debe evitarse el uso de este grupo de medicamentos en aquellos pacientes que tienen o han tenido crisis de asma bronquial ya que pueden provocar broncoespasmo.

Ejemplos:	- propranolol:	Inderal tab. 10 y 40 mg.
	- atenolol:	Tenormin tab. de 100 mg.

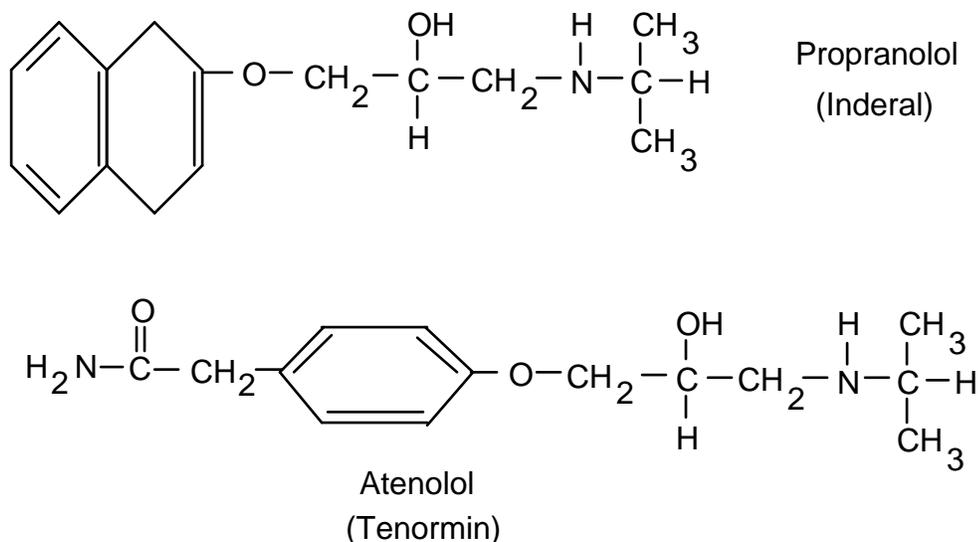


FIG. 11 : Fórmulas de los betabloqueadores

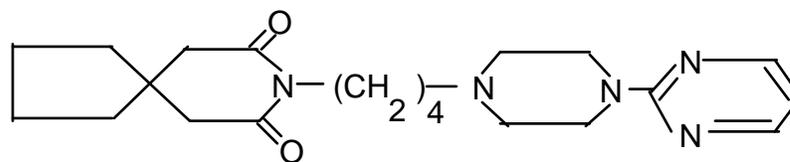
VII-D-4. Derivados arilpiperazínicos:

El único representante de este grupo en nuestro medio es la buspirona (Brispar). Es un ansiolítico reciente y novedoso. No está relacionado con las benzodiazepinas y posee muchas propiedades diferentes. En estudios controlados a doble ciego, se ha demostrado que la buspirona es tan efectiva como las benzodiazepinas en el control de la ansiedad. A diferencia de las benzodiazepinas se pueden recetar en recetas blancas. Las principales características que la diferencian de las benzodiazepinas (además de su estructura química y mecanismo de acción) son las siguientes:

- a) ausencia de efecto sedante
- b) no tiene potencial de abuso ni de dependencia física, ni produce síndrome de abstinencia.
- c) no potencializa los efectos del alcohol.
- d) no provoca disfunción motora ni cognitiva.
- e) no tiene propiedades miorrelajantes.
- f) no tiene propiedades anticonvulsivantes.

El Brispar viene en tab. de 5 y 10 mg.

Su fórmula estructural es la siguiente:



Buspirona
(Brispar)

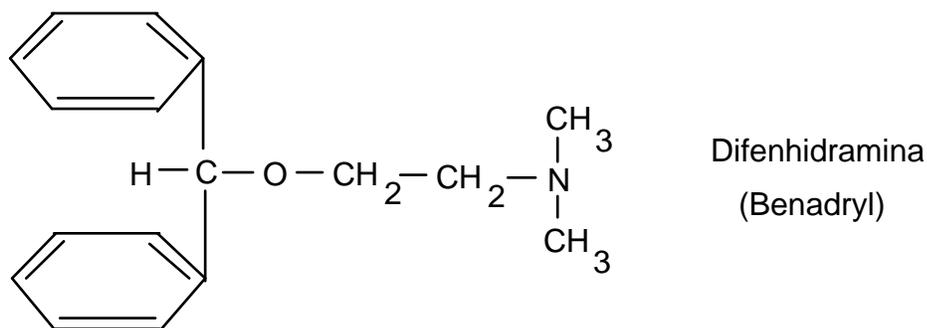
FIG. 12 : Fórmula de la buspirona.

VII-D-5. Antihistamínicos:

Estas sustancias se han utilizado para el tratamiento de las distintas condiciones alérgicas desde comienzos de la década de los 50s. No poseen actividad ansiolítica primaria pero desde los comienzos se vio que producían sedación como efecto secundario inespecífico y por esta razón es que se utilizan para tratamiento de los trastornos ansiosos. Tienen la ventaja de que no producen miorrelajación ni dan habituación. Como desventaja se señala que en algunos pacientes no les quita la sensación de ansiedad sino a dosis a las que se produce mucha sedación por lo que su uso es limitado. Los pacientes de la tercera edad constituyen un grupo que se pueden beneficiar de estas sustancias. Existen dos representantes de este grupo en el mercado: la difenhidramina (Benadryl) y la prometazina (Fenergán).

La difenhidramina es la más usada ya que tiene varias presentaciones.

Su fórmula estructural es la siguiente:



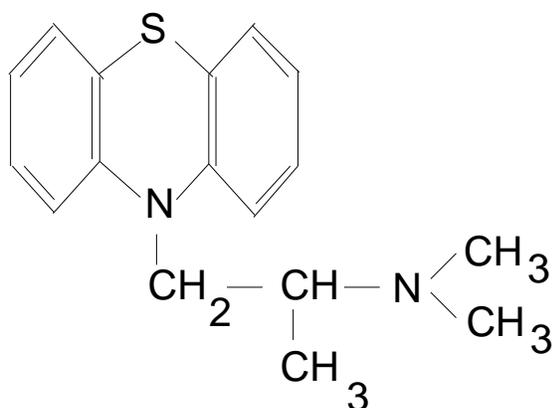
Difenhidramina
(Benadryl)

FIG. 13 : Fórmula de la difenhidramina.

El Benadryl viene en cápsulas de 25 mg, comprimidos de 50 mg, jarabe con 12.5 mg/cdita y frasco ampolla de 10 cc conteniendo 10 mg/cc.

El Fenergán se presenta únicamente en ampollas con 50 mg por lo que su uso es más limitado a casos de emergencias y por un período de tiempo no mayor de 3 días.

Su fórmula estructural es la siguiente:



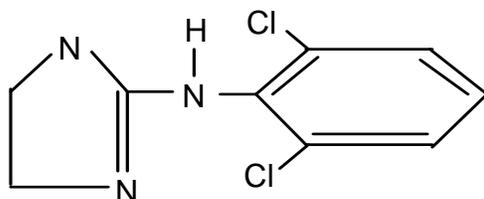
Prometazina
(Fenergán)

FIG. 14 : Fórmula de la prometazina.

VII-D-6. Antiadrenérgicos:

Estos medicamentos se han utilizado como antihipertensivos debido a que estimulan al autoreceptor o receptor presináptico y por este mecanismo disminuyen la síntesis de catecolaminas con lo que se va a producir una disminución en la disponibilidad de NA.

La clonidina (Catapresán) es el representante que se utiliza con más frecuencia. Ha estado en clínica desde 1982. Su fórmula estructural es la siguiente:



Clonidina
(Catapresán)

FIG. 15 : Fórmula de la clonidina.

Viene en grageas de 0.150 mg

VII-D-7. Antipsicóticos:

Este grupo de medicamentos están indicados principalmente en las psicosis pero debido a que tienen una acción bloqueadora de los receptores a la dopamina (DA) y norepinefrina (NA) también se justifica su uso en los trastornos ansiosos. Sus ventajas consisten en que no producen miorelajación, no producen habituación (se recetan en formularios corrientes) y dan poca somnolencia a dosis bajas. Su desventaja principal es que producen extrapiramidalismo con bastante frecuencia y esto disgusta mucho al paciente.

Las más usadas son: la levomepromazina (Sinogán) y la trifluoperazina (Stelazine) cuyas fórmulas estructurales son las siguientes:

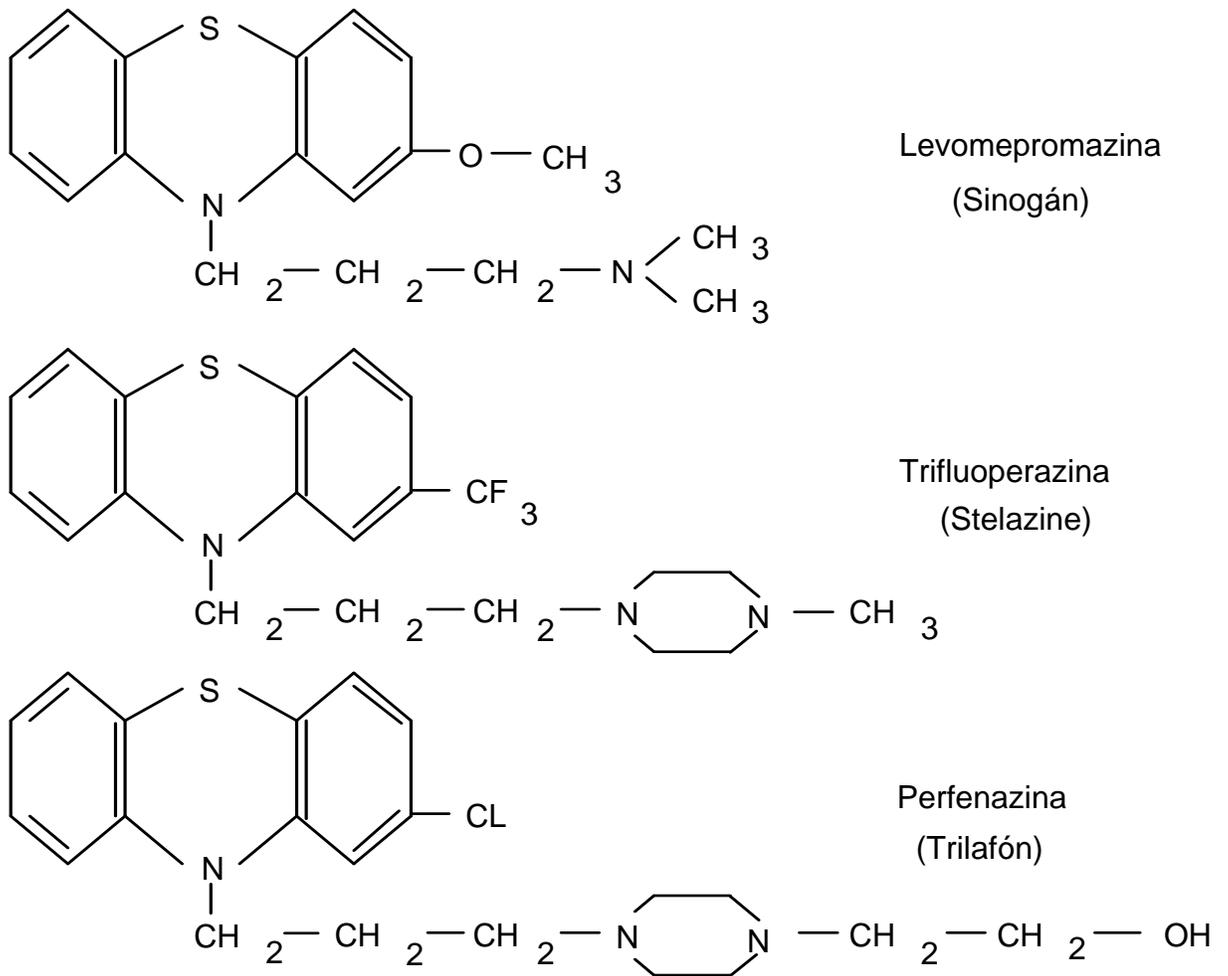
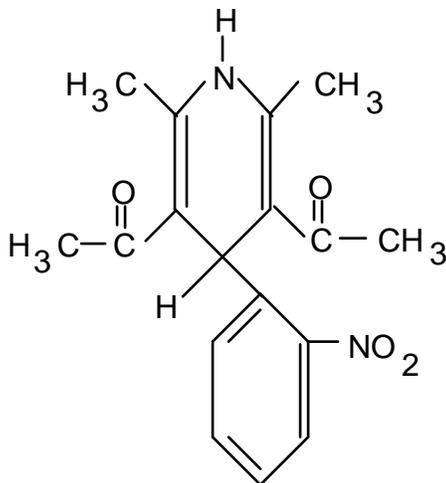


FIG. 16 : Fórmulas de los antipsicóticos.

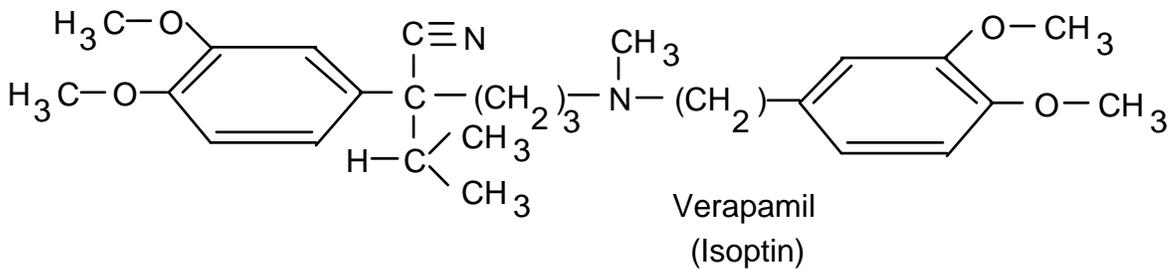
El Sinogán viene en tabletas de 25 mg, el Stelazine en grageas de 1 y 5 mg y el Trilafón en grageas de 4 mg.

VII-D-8. Antagonistas del calcio:

También se han utilizado como tratamiento de la hipertensión arterial y la angina de pecho desde 1962. Su mecanismo de acción consiste en bloquear la acción del calcio en el extremo presináptico con lo que se disminuye la liberación de catecolaminas y la disponibilidad de la NA. El inicio de la acción es lento pero sostenido. Tienen la ventaja de que no producen miorelajación ni habituación. La desventaja es que en algunos paciente les produce hipotensión arterial como efecto secundario. Los más utilizados en psiquiatría son: la nifedipina (Adalat) y el verapamil (Isoptín), cuyas fórmulas son las siguientes:



Nifedipina
(Adalat)



Verapamil
(Isoptin)

FIG. 17 : Fórmulas de los antagonistas del calcio.

El Adalat viene en cápsulas de 10 mg y el Isoptín en grageas de 80 mg

VII-E. Indicaciones:

VII-E-1. Trastornos ansiosos:

Debe tomarse en cuenta si el paciente ha tomado previamente estos medicamentos y a qué dosis.

Si consulta por primera vez, debe iniciarse el tratamiento con una dosis baja de un ansiolítico poco sedante. Ejemplos:

- buspirona (Brispar), tab 5 mg 1 tid.
- diazepam (Diazepam MK), tab 2 mg, 1 tid.
- lorazepam (Ativan), 1/2 tab de 2 mg tid.
- hidroxizina tab 10 mg, 1 bid o tid.

Si el paciente ha ingerido estos medicamentos con frecuencia en el pasado o si es farmacodependiente de depresores del SNC como: tranquilizantes o alcohol, va a tolerar dosis más elevadas. Ejemplos:

- diazepam (Valium), tab 10 mg 1 tid.

- bromazepán (Lexotán) tab 6 mg, 1 bid o tid.
- loflazepato de etilo (Victán), tab de 2 mg, 1 bid o tid.

En algunos pacientes ansiosos predominan los síntomas físicos como temblores, sudoración y taquicardia. En estos casos puede usarse:

- nifedipina (Adalat), cap de 10 mg, 1 bid o tid. Su inicio de acción es lento.
- verapamil (Isoptín), comp de 80 mg, 1 bid.
- clonidina (Catapresán), comp de 0.150 mg, 1 bid.
- propranolol (Inderal), tab de 10 y 40 mg, 1 bid o tid (No usar en asmáticos).

Otros pacientes ansiosos no responden a las benzodiacepinas por lo que se recomienda usar antipsicóticos a dosis bajas como:

- trifluperazina (Stelazine), grag de 1 mg, 1 bid o tid.
- levomepromazina (Sinogán), tab de 25 mg, $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{2}$ tab bid o tid.
- perfenazina (Trilafón), grag de 4 mg, 1 bid o tid.

En pacientes de la tercera edad, en donde los efectos miorelajantes son peligrosos porque pueden producir ataxia e incontinencia de esfínteres, es preferible utilizar los antihistamínicos, por ejemplo:

- difenhidramina (Benadryl), cap de 25 y 50 mg, 1 bid o tid.
- prometazina (Fenergán), 1 amp de 50 mg c/ 6-8 hr (en pacientes muy agitados y por corto tiempo).

VII-E-2. Crisis histéricas de tipo disociativo:

Estas personas, generalmente mujeres jóvenes, llegan a salas de emergencias de los hospitales generales en una situación crítica, temiendo sus familiares que algo grave les pueda suceder, como un accidente vascular cerebral o un paro cardiaco. Se aconseja en estos casos utilizar diazepam 1 amp. 10 mg. IM STAT y luego repetirla a las 6 u 8 horas, dependiendo de la respuesta clínica. Si se presentara el caso de crisis repetitivas, pese al tratamiento IM, se recomienda el uso de 5 ampollas de diazepam en un litro de suero glucosado, ajustando el goteo de acuerdo a la respuesta clínica.

Hay que tener presente que la crisis es el resultado de una situación conflictiva en la vida del paciente y por lo tanto, hay que complementar las medidas farmacológicas con una comunicación terapéutica posterior.

VII-E-3. Alcoholismo:

El paciente alcohólico, que llega con un cuadro de abstinencia marcado con o sin alucinaciones debe manejarse con:

- diazepam 1 amp 10 mg IM STAT o c/8 hr.
- prometazina (Fenergán), 1 amp de 50 mg IM STAT o c/6-8 hr.

Una vez que se hayan resuelto los síntomas agudos, se pasa a tratamiento de mantenimiento con:

- diazepam tab 10 mg, 1 am y 2 hs o 1 tid.

- bromazepán tab 6 mg 1 bid o tid.
- alprazolán (Tafil, Ansiolit), tab de 3 mg, 1 bid o tid.

Si un alcohólico, después de pasar el período de abstinencia, continúa con alucinaciones auditivas o visuales, es preferible pasarlo a tratamiento con antipsicóticos.

VII-E-4. Farmacodependencia:

En ocasiones un farmacodependiente consuetudinario u ocasional presenta un mal viaje y desarrolla un cuadro de pánico súbito que lo lleva a buscar ayuda de emergencia a un hospital general. Los medicamentos indicados son:

- diazepam 1 amp de 10 mg IM STAT.
- prometazina (Fenergán), amp de 50 mg, 1 o 2 amp IM STAT.

VII-E-5. Insomnio:

Cuando se ha establecido que el paciente presenta una disminución real del tipo de sueño o que el sueño no es reparador, se recomienda indicarle un ansiolítico con efecto hipnótico tomado 1 hora antes de irse a la cama, con una bebida caliente, preferiblemente leche (alto contenido de triptofano, inductor natural de sueño) .

Los medicamentos recomendados para insomnio inicial son:

- lorazepam (Ativán), 1 tab 2 mg hs (especial para pacientes seniles).
- triazolán (Halción), 1 tab de 0,25 mg hs.
- loprazolán (Dormonox), 1 tab de 2 mg hs.
- midazolán (Dormicum), 1 tab de 15 mg hs.

Los medicamentos recomendados para insomnio intermitente son:

- flunitrazepam (Rohypnol), 1 tab de 2 mg hs.
- clobazán y un antipsicótico a dosis bajas (Noctrán 10), 1 comp hs.
- lormetazepam (Noctamid) 1 tab de 1 mg hs.

Los medicamentos recomendados para insomnio tardío son:

- flunitrazepam (Dalmadorm), 1 cap de 15 o 30 mg hs.

VII-E-6. Epilepsia:

El que tiene mayor efecto antiepiléptico es el clonazepam. Se puede asociar a otros anticonvulsivantes.

a) en el estado intercrítico:

clonazepam tab de 2 mg, 1 bid o tid.

b) en el estado epiléptico:

diazepam 5 amp de 10 mg. en 1 litro de suero glucosado ajustando el goteo de acuerdo a la respuesta clínica del paciente.

VII-E-7. Disrritmia cerebral:

Debe tratarse cuando hay anomalías en el EEG y trastornos en el comportamiento como: agresividad, explosividad y poca tolerancia a la frustración. Se recomienda:

- diazepam (Valium) tab de 5 mg, 1 bid o tid.
- clonazepam (Rivotril) tab de 2 mg, 1 bid o tid.

VII-E-8. Trastornos psicósómicos:

Por ejemplo: hipertensión arterial inestable, asma bronquial, colitis nerviosa, etc.

- clordiazepóxido 5 mg con amitriptilina 10 mg (Limbitrol), 1 grag bid o tid.
- lorazepam (Lorazepam MK), tab 2 mg, 1 bid o tid.
- diazepam (Valium) tab 5 mg, 1 bid o tid.
- hidroxizina (Atarax), tab 10 o 25 mg, 1 bid o tid.
- buspirona (Brispar), tab 5 mg, 1 tid.

VII-E-9. Retardo mental con crisis de agresividad:

- diazepam (Diazepam MK), tab 5 mg, 1 o 2 tid
- hidroxizina (Atarax), 1 o 2 tab de 25 mg bid o tid.

VII-E-10. En psiquiatría infantil:

a) Terrores nocturnos:

diazepam jbe, 1 cdita (2 mg) hs.

b) Hiperquinesia (que no sea un síndrome de atención deficitaria).

diazepam jbe., 1 cdita bid o tid.

hidroxizina (Atarax), jbe 10 mg/cdita, 1 cdita bid o tid.

VII-E-11. En medicina interna:

Se usan como miorrelajantes en enfermedades que se asocian a contracturas musculares como por ejemplo esguinces, tortícolis, fracturas, osteopatías degenerativas, etc. También se utilizan para mitigar el impacto psicológico de una enfermedad crónica, incapacitante o fatal.

Se puede usar:

- diazepam (Diazepam MK), tab 5 mg, 1 o 2 tid
- lorazepam (Lorazepam MK), tab 2 mg, 1 bid o tid.

VII-F. Contraindicaciones y precauciones:

VII-F-1. Miastenia gravis y otras miopatías secundarias.

En estos casos, el uso de medicamentos miorrelejantes puede ocasionar un empeoramiento del problema físico.

VII-F-2. Pacientes que requieren un alto estado de vigilia:

Choferes de taxi o furgones, operadores de máquinas peligrosas, etc. Los ansiolíticos pueden disminuir las reacciones a situaciones de emergencia y pueden ocurrir accidentes graves.

En estos casos y especialmente al iniciar el tratamiento, es preferible incapacitar brevemente al paciente mientras se observa el grado de sedación que le produce. Después de algún tiempo de usarlos, se establece cierto grado de tolerancia y no hay dificultad para realizar las tareas habituales.

VII-F-3. Pacientes que ingieren otros depresores del SNC:

Su efecto sedante se potencializa con otros depresores del S.N.C. como: alcohol y antihistamínicos y puede presentarse somnolencia, dismetría, lentitud de reflejos automáticos al conducir automóvil, etc.

VII-F-4. Depresiones inhibidas:

Ya que se pueden acentuar.

VII-F-5. Primer trimestre del embarazo:

Aunque su efecto teratogénico no está sólidamente demostrado se recomienda no usar estos medicamentos en esa época especialmente antes del tercer trimestre. Si el nivel de ansiedad fuera tan elevado que amenazara al embarazo, el más seguro sería el diazepam en dosis de 5 mg tid.

VII-F-6. Hepato y nefropatías:

Con pruebas funcionales alteradas.

VII-F-7. Pacientes seniles:

Deben de usarse con cautela, ya que con facilidad presentan ataxia de la marcha, incontinencia de esfínteres y cuadros confusionales o psicóticos.

VII-G. Reacciones adversas:

VII-G-1. Somnolencia:

Es la más frecuente. Su manejo se puede hacer en base a una o varias de las siguientes posibilidades:

- a. disminuir la dosis.
- b. fraccionar la dosis diaria total en un tercio al desayuno y dos tercios al acostarse.
- c. dar concomitantemente un estimulante suave del S.N.C. como: una taza de café o una de té doble.
- d. esperar a que se produzca tolerancia, que generalmente ocurre a las dos semanas de tratamiento.
- e. suspender el ansiolítico y usar otro psicofármaco que sea menos sedante: un antihistamínicos o glutamato de magnesio (PsicoSoma).
- f. Se puede usar la buspirona, actualmente el único ansiolítico sin efecto sedante.

VII-G-2. Habitación:

Se presenta en algunos pacientes que tienen tendencia a hacer habituaciones o adicciones, que son inseguros en sí mismos o que son pasivo-dependientes. Se considera que hay habitación cuando se toman dosis muy altas o muy pequeñas (subterapéuticas) o por tiempos excesivamente prolongados. Hay que hacerle ver este problema al paciente y tratar de motivarlo para que resuelva este problema. Si está de acuerdo en proponerse a suspender el ansiolítico, lo recomendable es hacer una disminución progresiva de la dosis (10 % de la dosis diaria menos cada semana) y sustituir con un antidepresivo como imipramina 10 mg bid o tid para que la dependencia psicológica se desplace al otro medicamento y luego se suspende también la imipramina en un lapso de 1 mes.

VII-G-3. Fatiga:

Disartria, cefalea e hipoactividad que generalmente ceden al disminuir la dosis.

VII-G-4. Ataxia:

Cuadros confusionales y psicóticos: generalmente se presentan en pacientes seniles o portadores de una enfermedad degenerativa del S.N.C. Hay que suspender el ansiolítico y usar un antihistamínico.

VII-G-5. Incontinencia de esfínteres:

Predomina en viejitos pero se puede presentar a cualquier edad. Se debe a miorrelajación. Hay que suspender la medicación y usar un antihistamínico.

VII-G-6. Reacciones paradójicas:

Consisten en una agitación, intranquilidad e incluso agresividad, que se presentan después de administrado el medicamento, especialmente en alcohólicos o farmacodependientes. Hay que suspender el tratamiento y usar fenobarbital o un antihistamínico IM.

VII-G-7. Impotencia sexual en el hombre.

VII-G-8. Aumento de la libido en la mujer.

VII-G-9. Aumento de peso:

Cuando es marcado hay que suspender el tratamiento.

VII-G-9. Reacciones alérgicas:

Generalmente consisten en urticarias o prurito pero puede llegarse al edema angioneurótico. Hay que suspender el psicofármaco y dar tratamiento específico.

VII-G-10. Efectos anticolinérgicos:

Generalmente son leves como: sequedad de boca, obstrucción nasal, fotosensibilidad y estreñimiento. Ceden al disminuir la dosis. La sequedad de boca puede disminuir al ingerir líquidos repetidamente o tener un trocisco en la boca como un chicle de menta o una gomita de eucalipto. La congestión nasal cede con el uso de descongestionantes como Otrivina o Dristán. La fotosensibilidad es más acentuada cuando hay luz solar por lo que se recomienda usar anteojos oscuros. El estreñimiento mejora con el uso de un laxante como leche de magnesia, aceite mineral, 15 gotas de Skilax hs, etc.

VIII. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:

Además de la psicoterapia formal que requiere un entrenamiento adecuado, el médico general o el trabajador del campo de la salud mental, puede darle al paciente deprimido, los siguientes consejos:

VIII-A. Haga ejercicio físico.

VIII-B. Establezca metas.

VIII-C. Aclare y priorice los problemas.

VIII-D. Participe en grupos de apoyo mutuo (NA).

VIII-E. Aprenda a tolerar un mayor grado de ansiedad.

VIII-F. Practique algunas técnicas de relajación.

VIII-G. Evite el consumo de alcohol o sustancias estimulantes del SNC.

VIII-H. Planifique las actividades del día y de la semana.

VIII-I. Aproveche el tiempo libre en actividades que promuevan la salud mental.

VIII-J. Organice la actividad laboral.

VIII-K. Evite hacer cosas innecesarias que le generan ansiedad.

VIII-L. Reestructure la vida afectiva.

VIII-M. Tómese unas mini vacaciones todos los días.

VIII-N. Renuncie a actividades que le demandan tiempo y no son provechosas.

VIII-O. Evite comprometerse a hacer cosas para las que no tiene suficiente tiempo o dinero (entrenamiento asertivo).

VIII-P. Afronte las cosas que teme.

VIII-Q. Trate de vivir el momento.

VIII-R. Practique alguna técnica de relajación.

VII-S. Mejore su asertividad.

IX. PRONOSTICO:

Existen varios factores que hablan de un buen pronóstico de un trastorno ansioso, entre ellos se mencionan:

IX-A. Marcada inteligencia verbal.

IX-B. Disciplina al cumplir con el tratamiento.

IX-C. Buena capacidad de análisis.

IX-D. Largos períodos asintomáticos.

IX-E. Personalidad premórbida bien integrada.

- IX-F. Buenos mecanismos de defensa.
- IX-G. Pocos tratamientos anteriores a base de fármacos.
- IX-H. Buena motivación para cambiar.
- IX-I. Presencia de factores desencadenantes.
- IX-J. Buena respuesta a los tratamientos farmacológicos.
- IX-K. Pertenecer a una familia bien integrada.
- IX-L. Falta de repercusión del trastorno en el ámbito laboral, social y familiar.
- IX-M. Ausencia de antecedentes familiares de trastornos ansiosos.
- IX-N. Ausencia de neuroticismo.

X. PREVENCIÓN:

- X-A. Fomentar la salud mental.
- X-B. Evitar el consumo de sustancias que pueden producir ansiedad.
- X-C. Mantener un buen balance de las actividades cotidianas.
- X-D. Hacer dieta apropiada.
- X-E. Practicar algún ejercicio regularmente.
- X-F. Mantener las ambiciones dentro de un marco realista.

XI. BIBLIOGRAFIA:

- ADIS C., G.: "**Desordenes Mentales en Costa Rica: Observaciones epidemiológicas**", Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS), San José, págs. 33-40, 1992.
- BRESLAU N." Natural Course of Anxiety Disorders and their Links with Depression", *Medicographia* 57, Vol 20 (2), pag 85, 1998.
- CHACON, G.: "Características Generales del Paciente Atendido en la Unidad de Internamiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia", Tesis para Incorporación como Especialista, Abril 1991.

- GREENBLATT, D. y SHADER, R.: "Benzodiazepines", *New England J. of Medicine*. Vol 291, páginas 1011-1015, 7 de noviembre 1974.
- GREENBLATT, D. y SHADER, R.: "**Benzodiazepines in Clinical Practice**", Raven Press, New York, U.S.A., 1974.
- HOLLISTER, L.: "Valium: A Discussion of Current Issues". *Psychosomatics*, VOL 18: 1, Pág. 45-58, 1977.
- KAPLAN, H. I. y SADOCK. B.J.: "**Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV**", Quinta Edición, Editorial Williams & Wilkins, Baltimore, Estados Unidos, págs. 952-1000, 1989.
- LOPEZ, C.: "**Perfil Psicopatológico de la Atención Infantil en el Hospital Nacional de Niños**", Tesis para Incorporación como Especialista, 1992.
- LOPEZ, R.: "Factores Sociales y Enfermedad Mental: Un Análisis del Primer Ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico", *Cúpula*, Año VIII, # 16, 1984.
- MAGEE W.J. et al: "Agorafobia, Simple Phobia and Social Phobia in The National Comorbidity Survey", *Arch of Gen Psychiatry*, Vol 53 (2), pag 159-168, febrero 1996.
- MARKS, J.: "**The Benzodiazepines: Use, Overuse, Misuse, Abuse**". University Park Press, Baltimore, U.S.A., 1978.
- MOIZESZOWICS, J.: "**Psicofarmacología Psicodinámica**". Editorial Paidós Buenos Aires, Argentina, 1982.
- PEREZ, C. y CHAIN, Ch.: "**Los Primeros Ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí**", Tesis para Incorporación como Especialista, 1984.
- PRIEST, R. G. et al.: "**Benzodiazepines: Today and Tomorrow**". International Medical Publishers, Lancaster, England, 1980.
- REICH, J.: "The Epidemiology of Anxiety", *The J. of Nervous and Mental Disease*, Vol 174 (3), pag 129, marzo de 1986.
- SNYDER S H : "**The New Biology of Mood** ", Editado por Roerig- Pfizer, Nueva York, Estados Unidos, 1988.
- SOLORZANO, C.: "**Perfil de la Consulta Psiquiátrica en el Hospital Dr. Escalante Pradilla**", Tesis para Incorporación como Especialista, Setiembre 1991.

UHLENHUTH, E. H. et al.: "Minor Tranquilizers: Clinical Correlates of Use in an Urban Population". *Archives of General Psychiatry*, VOL 35 (5), pág. 650-655, 1978.

WEISSMAN, M.: "Anxiety and Alcoholism", *J. of Clin. Psychiatry*, Vol 49, Suplemento 10, pag 17- 29, 1988.

Acto compulsivo, definición	3	Derivados de la benzodiacepina	29
Agorafobia según la CIE 10	11	Derivados del difenilmetano	41
Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.....	20	Diabetes mellitus, diagnóstico diferencial con	25
Agorafobia, definición.....	2	Disfunción vegetativa somatomorfa	17
Alcoholismo, ansiolíticos en el	48	Disociación, definición.....	4
Amnesia disociativa según la CIOE 10	15	Disrritmia cerebral, ansiolíticos en la..	50
Anestésias y pérdidas sensoriales disociativas	16	Efectos anticolinérgicos por ansiolíticos:	54
Angustia, definición	1	Epilepsia, ansiolíticos en la	50
Ansiedad, definición	1	Equivalentes epilépticos, diagnóstico diferencial con	25
ANSIEDAD, DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	1	Estrés, definición	1
Ansiolíticos, contraindicaciones y precauciones.....	51	Estupor disociativo según la CIE 10	15
Ansiolíticos, reacciones adversas	52	Farmacodependencia, ansiolíticos en la	49
Antagonistas del calcio.....	46	Fobia específica según el DSM IV	20
Antiadrenérgicos	45	Fobia simple, definición.....	3
Antihistamínicos	44	Fobia social según el DSM IV	20
Antipsicóticos	45	Fobia social, definición	2
Ataxia por ansiolíticos	53	Fobia, definición	2
Aumento de peso por ansiolíticos	53	Fobias específicas, según la CIE 10	11
Benzodiacepinas ansiolíticas propiamente dichas	34	Fobias sociales según la CIE 10	11
Benzodiacepinas anticonvulsivas ..	39	Fuga disociativa según la CIE 10	15
Benzodiacepinas antidepresivas	38	Habitación a ansiolíticos.....	52
Benzodiacepinas disponibles en Costa Rica	40	Hipertiroidismo, diagnóstico diferencial con	24
Benzodiacepinas hipnóticas	36	Idea obsesiva, definición.....	3
Betabloqueadores	42	Impotencia sexual por ansiolíticos.....	53
Cafeinismo, diagnóstico diferencial con	24	Incontinencia de esfínteres por ansiolíticos	53
Causas biológicas ocasionadas por algunas sustancias.....	7	Insomnio, ansiolíticos en el	49
Clasificación del CIE-10	10	Medicina interna, ansiolíticos en	51
Clasificación según el DSM-IV	18	Miastenia gravis	51
Consumo crónico de benzodiacepinas	24	Miedo, definición	1
Conversión, definición	4	Neurastenia según la CIE 10	18
Convulsiones disociativas según la CIE 10	16	Otros síntomas.....	10
Crisis histéricas de tipo disociativo, tratamiento	48	Otros trastornos de ansiedad según la CIE 10	11
Derivados arilpiperazínicos	43	Pánico, definición	3
		Problemas relacionados con las benzodiazepinas	39
		Psiquiatría infantil, ansiolíticos en	50

Reacción a estrés agudo según la CIE 10	13	Trastorno disociativo mixto	16
Reacción a estrés grave según la CIE 10	13	Trastorno hipocondríaco	17
Reacciones alérgicas por ansiolíticos	53	Trastorno mixto ansioso-depresivo según la CIE 10	12
Reacciones paradójicas a ansiolíticos	53	Trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM IV	21
Retardo mental, ansiolíticos en el	50	Trastorno Obsesivo-compulsivo según la CIE 10	12
Síndrome de Ganser	16	Trastorno somatomorfo indiferenciado	17
Síntomas cardiovasculares	10	TRASTORNOS ANSIOSOS, BIBLIOGRAFÍA	56
Síntomas digestivos	10	TRASTORNOS ANSIOSOS, CLASIFICACIÓN]	10
Síntomas psíquicos	10	TRASTORNOS ANSIOSOS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	23
Sobredosificación de medicamentos para adelgazar	24	TRASTORNOS ANSIOSOS, EPIDEMIOLOGÍA	8
Somatomorfo, definición	4	TRASTORNOS ANSIOSOS, ETIOLOGÍA	4
Somnolencia por ansiolíticos	52	TRASTORNOS ANSIOSOS, PREVENCIÓN	56
Tensión, definición	2	TRASTORNOS ANSIOSOS, PRONÓSTICO	55
Teoría de la actividad excesiva de la NE	6	TRASTORNOS ANSIOSOS, SINTOMATOLOGÍA	9
Teoría de la aglomeración social	8	Trastornos ansiosos, teorías del aprendizaje	5
Teoría del déficit gabaérgico	6	Trastornos ansiosos, teorías psicodinámicas	5
Teorías biológicas	6	Trastornos ansiosos, teorías psicológicas	5
Teorías del defecto del desarrollo psicológico	5	TRASTORNOS ANSIOSOS, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	25
Teorías del esfuerzo excesivo	5	TRASTORNOS ANSIOSOS, TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	54
Teorías del mosaico genético	6	Trastornos de adaptación según la CIE 10	14
Teorías sociales de la ansiedad	8	Trastornos de ansiedad fóbica según la CIE 10	11
Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM IV	23	Trastornos de estrés post-traumático según la CIE 10	13
Trastorno de ansiedad generalizada según la CIE 10	12	Trastornos de trance y posesión según la CIE 10	15
Trastorno de despersonalización-desrealización	18		
Trastorno de dolor somatomorfo persistente	18		
Trastorno de estrés agudo según el DSM IV	22		
Trastorno de estrés post-traumático según el DSM IV	21		
Trastorno de pánico con agorafobia según el DSM IV	19		
Trastorno de pánico según la CIE 10	12		
Trastorno de pánico sin agorafobia según el DSM IV	19		
Trastorno de personalidad múltiple	16		
Trastorno de somatización	17		

Trastornos disociativos de la motilidad	15	Trastornos psicóticos que cursan con ansiedad.....	24
Trastornos disociativos según la CIE 10	14	Trastornos somatomorfos según la CIE 10	16
Trastornos disociativos transitorios de la infancia y la adolescencia	16	Tratamiento farmacológico, grupos de ansiolíticos	28
Trastornos psicósomáticos	50	Tratamiento farmacológico, historia ...	26

I.	DEFINICION DE TERMINOS:	1
I-A.	Ansiedad:	1
I-B.	Angustia:	1
I-C.	Miedo:	1
I-D.	Estrés:	1
I-E.	Tensión:	2
I-F.	Fobia:	2
	I-F-1:Agorafobia:	2
	I-F-2:Fobia social:	2
	I-F-3:Fobia simple o específica:	3
I-G.	Pánico:	3
I-H.	Idea obsesiva:	3
I-I.	Acto compulsivo:	3
I-J.	Disociación:	4
I-K.	Conversión:	4
I-L.	Somatomorfo:	4
II.	ETIOLOGIA:	4
II-A.	Teorías psicológicas:	5
	II-A-1.Teorías psicodinámicas:	5
	II-A-2.Teorías del aprendizaje:	5
	II-A-3.Teorías del defecto del desarrollo psicológico:	5
	II-A-4.Teorías del esfuerzo excesivo:	5
II-B.	Teorías biológicas:	5
	II-B-1.Teoría del mosaico genético:	6
	II-B-2.Teoría del déficit gabaérgico:	6
	II-B-3.Teoría de la actividad excesiva de la NE:	6
	II-B-4.Causas biológicas ocasionadas por algunas sustancias:	6
	II-B-5. Disfunción del sistema límbico:	7
II-C.	Teorías sociales:	7
	II-C-1.Teoría de la aglomeración social:	7
III.	EPIDEMIOLOGIA:	8
IV.	SINTOMAS:	9
IV-A.	Síntomas psíquicos:	9
IV-B.	Síntomas digestivos:	9
IV-C.	Síntomas cardiovasculares:	10
IV-D.	Otros síntomas:	10
V.	CLASIFICACION:	10
V-A.	CIE-10:	10
	V-A-1.F- 40: Trastornos de ansiedad fóbica:	10
	V-A-2.F- 41: Otros trastornos de ansiedad:	11
	V-A-3.F- 42: Trastorno Obsesivo-compulsivo:	12
	V-A-4.F- 43 Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación:	12

	V-A-5.F- 44 Trastornos disociativos:.....	13
	V-A-6.F45 Trastornos somatomorfos:.....	15
	V-A-7F48 Otros trastornos neuróticos:.....	17
V-B.	DSM-IV:	17
	V-B-1.300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia.....	18
	V-B-2.300.21 Trastorno de pánico con agorafobia:.....	18
	V-B-3.300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico:	18
	V-B-4.300.29 Fobia específica:.....	19
	V-B-5.300.23 Fobia social:.....	19
	V-B-6.300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo:	19
	V-B-7.309.81 Trastorno de estrés post-traumático:	20
	V-B-8.308.3 Trastorno de estrés agudo:.....	21
	V-B-9.300.02 Trastorno de ansiedad generalizada:.....	21
VI.	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:	22
VI-A.	Hipertiroidismo:.....	22
VI-B.	Cafeinismo:.....	22
VI-C.	Sobredosificación de medicamentos para adelgazar:.....	22
VI-D.	Consumo crónico de benzodiazepinas:	22
VI-E.	Trastornos psicóticos que cursan con ansiedad:	23
VI-F.	Diabetes mellitus:	23
VI-G.	Equivalentes epilépticos:	23
VII.	TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:	23
VII-A.	Introducción:	23
VII-B.	Historia:	24
VII-C.	Características generales:	25
VII-D.	Grupos de ansiolíticos:	26
	VII-D-1.Derivados de la benzodiazepina:.....	27
	VI-D-2.Derivados del difenilmetano:.....	38
	VII-D-3. Betabloqueadores:.....	39
	VII-D-4. Derivados arilpiperazínicos:.....	40
	VII-D-5. Antihistamínicos:.....	41
	VII-D-6. Antiadrenérgicos:.....	42
	VII-D-7. Antipsicóticos:.....	42
	VII-D-8.Antagonistas del calcio:	43
VII-E.	Indicaciones:.....	44
	VII-E-1.Trastornos ansiosos:.....	44
	VII-E-2.Crisis histéricas de tipo disociativo:	45
	VII-E-3.Alcoholismo:.....	45
	VII-E-4.Farmacodependencia:	46
	VII-E-5. Insomnio:	46
	VII-E-6. Epilepsia:	46
	VII-E-7. Disrritmia cerebral:.....	47
	VII-E-8. Trastornos psicósomáticos:	47
	VII-E-9. Retardo mental con crisis de agresividad:	47
	VII-E-10. En psiquiatría infantil:	47

VII-E-11.	En medicina interna:	47
VII-F.	Contraindicaciones y precauciones:	47
VII-F-1.	Miastenia gravis y otras miopatías secundarias.....	48
VII-F-2.	Pacientes que requieren un alto estado de vigilia:	48
VII-F-3.	Pacientes que ingieren otros depresores del SNC:.....	48
VII-F-4.	Depresiones inhibidas:	48
VII-F-5.	Primer trimestre del embarazo:	48
VII-F-6.	Hepato y nefropatías:	48
VII-F-7.	Pacientes seniles:	48
VII-G.	Reacciones adversas:	48
VII-G-1.	Somnolencia:	49
VII-G-2.	Habitación:.....	49
VII-G-3.	Fatiga:	49
VII-G-4.	Ataxia:.....	49
VII-G-5.	Incontinencia de esfínteres:.....	49
VII-G-6.	Reacciones paradójicas:.....	49
VII-G-7.	Impotencia sexual en el hombre.....	50
VII-G-8.	Aumento de la libido en la mujer.	50
VII-G-9.	Aumento de peso:	50
VII-G-9.	Reacciones alérgicas:.....	50
VII-G-10.	Efectos anticolinérgicos:	50
VIII.	TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:.....	50
IX.	PRONOSTICO:.....	51
X.	PREVENCION:	52
XI.	BIBLIOGRAFIA:.....	52