La angustia: cómo y cuándo tratarla*

Lauro A. Castanedo de Alba**

Introducción

La ansiedad es el síntoma más frecuente en la patología mental y acompaña a un gran número de trastornos mentales, como en el caso de la depresión, las neurosis y síndromes orgánicos cerebrales, entre otros.

Es conveniente recordar que la angustia es un fenómeno intrínsecamente ligado al ser humano, y desde luego, no forzosamente nocivo.

La angustia es un estado normal que puede ser provocado por muchas razones y como afirma Kielholz, es un síntoma que puede tener una doble etiología, orgánica o psicógena.

Cálculos recientes muestran que del 15 al 35 por ciento de los enfermos vistos por primera vez por el médico tienen un trastorno mental, de éstos, estudios epidemiológicos han demostrado una muy alta prevalencia de trastornos por ansiedad. Meyers² en su estudio a seis meses, en tres comunidades de más de 9,000 adultos, encontró que el 6.5 por ciento de los hombres y el 15 por ciento de las mujeres reunían los criterios del DSM III para algún trastorno por ansiedad. Robins³ y cols. encuentran una prevalencia de por vida para desarrollar un trastorno por angustia de 8 por ciento de posibilidades en los hombres y un 19.5 por ciento en las mujeres.

Son estos datos tan contundentes que justifican la revisión del tema.

Cuándo tratar la angustia

Como médicos, de manera constante nos enfrentamos a la angustia del enfermo, de sus familiares y a la propia y debemos generar acciones para su manejo apropiado. En resumen son cinco las situaciones que requieren de nuestra atención; cuando por su *intensidad*, su *duración* y la *incapacidad que genere* el cuadro ansioso debemos establecer una estrategia de estudio para su diagnóstico y tratamiento, si la sintomatología no reúne los criterios diagnósticos para los diversos trastornos por ansiedad según el DSM IIIR o la CIE 10 o cuando el síndrome ansioso forma parte de otro problema de salud. Debemos investigar si la angustia es originada por estresores psicosociales.

Seis recomendaciones para abordar a un enfermo con angustia:

1. Escuche al paciente en la descripción del patrón de sus quejas.

2. Pregunte si el patrón de las quejas es consistente con un trastorno por ansiedad; pregunte acerca de la presencia de otros síntomas comunes de la ansiedad.
3. Evalúe la apariencia, la conducta, el ánimo, el flujo y contenido del lenguaje, el contenido de pensamiento y su funcionamiento intelectual, la conciencia de enfermedad, el juicio y el grado de incapacidad y ajuste social.
4. Examine exploración física, laboratorio y gabinete si está indicado.
5. Informe si los síntomas de ansiedad están presentes, informe al paciente la posibilidad de un trastorno por ansiedad y explore a qué los atribuye el paciente y sus pensamientos al respecto.
6. Aclare la posible asociación con otros problemas (alcoholismo, drogas de abuso, depresión, etc.)
7. Revise todos los factores y establezca una diagnóstico específico.

Cómo tratar la angustia. Manejo no farmacológico

Educacional

La educación en el paciente ansioso es de especial importancia; en el tratamiento temprano el médico debe explicar a su paciente los posibles orígenes, causas y repercusiones de los trastornos por ansiedad y hacer recomendaciones para la detección de situaciones que generen o exacerben la sintomatología y recomendar medidas apropiadas que promuevan salud mental, como hábitos adecuados en la alimentación, en el control de la ingesta de bebidas alcohólicas, bebidas con cafeína, etc., además recomendar otras alternativas tales como actividades de relajación, descanso y ejercicio físico, todo lo anterior tiene los objetivos de promover la colaboración del paciente y generar una adecuada adherencia terapéutica y la participación del paciente para el control de la angustia.

Psicoterapia

Son múltiples los tipos de psicoterapia que pueden usarse en pacientes con trastornos por angustia. Mencionaré sólo los más usados:

En todos ellos es necesario un conocimiento apropiado de la patología del enfermo, su estilo de vida, las repercusiones

* Leído en la sesión ordinaria del 13 de marzo de 1991.

** Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de México.

en el paciente, su entorno y la conducta que el enfermo tiene como consecuencia de su problema de salud; además el médico debe de crear una relación empática.

Psicoterapia de apoyo: Está orientada a educar, ayudar al enfermo en el control de sus síntomas y de su conflictiva; no requiere de interpretaciones dinámicas.

Intervención en crisis: Se debe dar, como su nombre lo indica, cuando el paciente o sus familiares sufren una crisis como consecuencia del problema de salud; en ella es objetivo prioritario la solución inmediata de la sintomatología aguda y hacer recomendaciones para la prevención de nuevas crisis y la aceptación de un tratamiento integral.⁴

Psicoterapia dinámica breve: Si bien tiene una orientación dinámica, la estrategia fundamental radica en la identificación de los problemas prioritarios del paciente, sus orígenes, manifestaciones y repercusiones y está orientada a la solución de los mismos; de surgir o de ser necesario podrán hacerse interpretaciones psicodinámicas, pueden complementarse con terapias de pareja, de familia o de grupo.⁵

Terapia conductual: derivada de la teoría del aprendizaje y tiene el objetivo de buscar cambios conductuales específicos a través del aprendizaje y no requiere de fundamentaciones psicodinámicas. Es particularmente útil en las fobias y en los trastornos obsesivo-compulsivos. Sus principales tipos son los de desensibilización progresiva y de exposición implosiva.⁶

Terapia cognoscitiva: Se fundamenta en la teoría de que el individuo crónicamente sometido a *stress*, abusa de mecanismos de defensa para evitar la angustia, con la consiguiente alteración de la objetividad en la interpretación de la realidad y a través de la experiencia crea un aprendizaje erróneo que puede traducirse en patológico. La terapia cognoscitiva corrige estas interpretaciones erróneas confrontando conscientemente al individuo en sus relaciones con el ambiente y consigo mismo, generando conductas sanas.

Técnicas complementarias: Han sido reportadas de utilidad las técnicas de relajación muscular progresiva,⁸ y de bio-retroinformación.⁹

Tanto en las técnicas de psicoterapias conductuales, de relajación muscular progresiva y de bio-retroinformación se requiere del apoyo de personal calificado. Son múltiples los estudios que demuestran que diversas técnicas de psicoterapia y técnicas complementarias aplicadas de manera única no son superiores al manejo farmacológico y menos aún al tratamiento integral.

Manejo farmacológico: Debemos recordar las siguientes premisas para poder iniciar y llegar a un adecuada finalización del tratamiento:

Establecer un diagnóstico adecuado.

Identificar síntomas "blanco".

Seleccionar la droga más apropiada.

Obtener el consentimiento - educar.

Iniciar la terapia a dosis bajas.

Incrementar la dosis gradualmente si es necesario.

Dirigir para lograr un óptimo control de síntomas con un mínimo de efectos colaterales.

Monitorizar periódicamente la evolución de los síntomas "blanco".

Después de un periodo de mejoría, intentar discontinuar lentamente la medicación.

Ofrecer un programa de soporte y seguimiento.

Antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico es indispensable conocer las condiciones generales del enfermo; en el caso de los ansiolíticos tiene importancia central conocer las siguientes condiciones del enfermo:

Sistema nervioso central (ausencia de *miastenia gravis* y cualquier tipo de ataxia).

Aparato respiratorio (particularmente la enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica).

Funcionamiento hepático y renal

Y finalmente es indispensable investigar el uso de bebidas alcohólicas, sustancias que contengan cafeína o nicotina y el consumo de otras drogas de abuso.

Principales alternativas en el manejo farmacológico de la angustia:

- Tradicional,
- Barbitúricos,
- Neurolépticos,
- Antidepresivos,
- Benzodiacepinas,
- Buspirona,
- Beta bloqueadores,
- Antihistamínicos.

Diferencias farmacológicas entre drogas ansiolíticas

	Barbitó- ricos	Meproba- natos	Benzodia- cepinas	Antipsic. Antidep.	Antidep.
Propiedades favorables					
Poder ansiolítico	+	+	++	+/1	+/1
Relajación muscular	+	++	++	-	0
Tiempo de acción	+++	+	+++	+	++
Propiedades desfavorables					
Tolerancia	++	+++	+	+/-	?
Dependencia física	++	+++	+	+/-	+/-
Trastornos del sueño	++	++	+/-	++	++
Uso suicida potencia	++	+++	0	+	+++

La eficacia farmacológica debe de ser adecuadamente equilibrada con los efectos colaterales, la dosis ideal para cada paciente puede estar influenciada por diversos factores tales como el uso concomitante con otra medicación o alcohol, enfermedades médicas, sensibilidad previa a la droga, la edad y las diferencias metabólicas individuales. Por lo tanto la dosis debe de ser individualizada. La necesidad del incremento gradual del medicamento debe de ser cuidadosa y usualmente no debe exceder del 25 al 50 por ciento de la dosis total diaria previamente usada y es recomendable prescribir un tercio de la dosis en toma matutina y los otros dos tercios en toma nocturna.

La buspirona es el primer ansiolítico no benzodicepínico libre de efectos de sedación, de relajación muscular y parece ser que su capacidad para producir dependencia física es nula o muy discreta. Sus efectos colaterales son discreta cefalea y náusea, sin embargo es muy importante saber que el inicio de su eficacia clínica es retardada y se presenta alrededor de las dos semanas de iniciado el tratamiento.

Benzodicepinas

Nombre	Vida media	Dosis mínima	Dosis máxima	Acción predominante
Diazepam	20-90 HS.	2 mg.	50mg.	Ansiolítico
Clordiazepoxico	7-28 HR.	5 mg.	300 mg.	Ansiolítico
Bronacepam	8.19 HS:	3 mg.	24mg.	Ansiolítico
Cllobazam	10-60 HS.	10 mg.	60 mg.	Ansiolítico
Flunitrazepam	10-20 HS.	1mg.	5 mg.	Hipnótico
Flurazepam	24-100 HS.	15 mg.	60 mg.	Sedante hipnótico
Lorazepam	10-20 HS.	1 mg.	12.mg.	Ansiolítico
Alprazolam	12-15 HS.	0.50 mg.	6 mg.	Antidepresivo Antipánico

Benzodicepinas

Nombre	Vida media	Dosis mínima	Dosis máxima	Acción predominante
Clorazepato-dipotáicos	5 días	7.5 mg.	100 mg.	Ansiolítico
Midazolam	2-4 HS.	3mg.	7.5 mg.	Inductor del sueño
Oxacepam	3-21 HS.	15.0 mg.	60 mg.	Hipnótico ansiolítico
Prazepam	24-200 HS.	100 mg.	50 mg.	Sedante hipnótico
Triazolam	2.5 HS.	0.25 mg.	2 mg.	Inductor del sueño
Clonazepam	15-20 HS.	0.5 mg.	6 mg.	Anticon-vulsionante

Terapia con benzodicepinas

Ventajas:

- Efectivas: Algunas interacciones medicamentosas.
- Seguras: Efectos favorables sobre sueño.

Desventajas:

- Efecto SNC, precipitar enfermedades mentales.
- Los que tienen metabolitos activos, pueden acumularse (ancianos e individuos médicamente enfermos).
- Sinergismo con el alcohol.
- Capacidad de dependencia psicológica y fisiológica.
- Posible abuso.

Absorción: Las benzodicepinas se absorben bien en el tracto-gastro intestinal y el intervalo entre su administración oral y el pico máximo de concentración va de los treinta minutos a las 24 horas.

Metabolismo: Son metabolizadas por una o dos vías hepáticas ya sea de oxidación o conjugación. La oxidación puede producir metabolitos activos de larga duración (Desmetildiazepam). Las metabolizadas por conjugación (Oxacepam, Loracepam) no tienen metabolitos activos, y algunos como el Alprazolam tiene metabolitos menos activos.

Debido a que el complejo gaba/benzodicepina se adapta gradualmente a la terapia continua con benzodicepinas, éstas deben de ser gradualmente disminuidas antes de suspenderlas.

Estudios recientes doble ciego han demostrado que los sujetos normales y los pacientes con trastornos por angustia, que las benzodicepinas no son más atractivas que el placebo; contrario a los individuos abusadores que si encontraron a la

benzodicepinas más atractivas que el placebo pero menos que los barbitúricos o estimulantes como las anfetaminas.^{12,13}

Otros fármacos usados en el tratamiento de los trastornos por ansiedad.

- Antidepresivos: Tricíclicos, tetracíclicos segunda generación.
- Antidepresivos IMAO: Reversibles:
 - Moclobemide 200 - 600 mg/día.Irreversibles:
 - Fenelzina 45-90 mg /día.
 - Isocarboxacida 30-60 mg /día
- Buspirona: Dosis máxima 15 a 60 mg. /día
- Betabloqueadores: Propanalol dosis máxima 10 - 40 mg/día.
- Antihistamínicos: Difenhidramina, Hidroxazina.

Terapia con antidepresivos tricíclicos

Ventajas:

- Mínima posibilidad de abuso.
- No dependencia fisiológica.

Desventajas:

- Efectos anticolinérgicos y sedantes,
- inicio de efecto terapéutico lento,
- sobredosis, es peligrosa o fatal.

Recomendaciones en su prescripción:

- Conocer bien las condiciones generales del enfermo.
- Dosis bajas, con aumento progresivo.
- Dosis nocturna.

Terapia con IMAO

Ventajas.

- Mínima posibilidad de abuso.
- No dependencia fisiológica.
- Menos efectos anticolinérgicos.

Desventajas:

- Dieta libre de tiramina - no con irma.
- Efectos adversos riesgosos - menores con irma.
- Interacciones medicamentosas - menores con irma.

Referencias

1. Kessler LG, Clearly PD, Burke JD. Psychiatric disorders in primary care: results of follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:583-587.
2. Meyer JK, Weissman MM, Tischler, et al. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982, *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:959-967.
3. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Three sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:949-958.
4. Parod HJ, Caplan G. A Framework for studying families in crisis. In parod HJ (ed): Crisis intervention: selecter readings. New York, Family Service Association of America, 1965.
5. Gelder M. Behavior therapy for neurotic disorders. *Behav Modif* 1979;3:469-495.
6. Marks I. Cure and care of the neuroses. New York, John Wiley and Sons. 1981.
7. Beck AI, Emery G. Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York, Basic Books, 1985.
8. Bernstein DA, Given BA. Progressive Relaxation. Abbreviated methods. In Woolfolk RL, Lehrer PM (eds): Principles and practice of stress management. New York, Guilford Press, 1984;43-69.
9. Budzynsky TH, Stoyva JM. Biofeedback methods in the treatment of anxiety and stress, in Woolfolk RL, Lebere PM (eds): Principles and practice of stress management. New York, Guilford Press, 1984;188-219.
10. Feighner JP. Buspirona in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1987;48(suppl 12):3-6.
11. Greenblatt DJ, Shader RI, Abernethy DR. Current Status of Benzodiazepines. *N. Eng J Med* 1983;309:354-358,410-416.
12. Orzack MH, Friedman L, Dessain E, et al: Comparative Study of the Abuse liability of alprazolam, lorazepam, diazepam, methaqualone and placebo. *Int J. Addict*, in press.
13. Busto U, Sellers EM, Naranjo CA, et al. Withdrawal reaction after long term therapeutic use of benzodiazepines. *N. Engl. J. Med* 1986;315:854-859.

MANEJO INTEGRAL DE LOS TRASTORNOS POR ANGUSTIA

C. DE ANGUSTIA CON AGOROFobia	AGOROFobia	FOBIA SOCIAL	FOBIA SIMPLE	C. ANGUSTIA C.P.
BZP IMPRAMINA IMAO T. CONDUCTUAL	T. CONDUCTUAL DROGAS ?	T. CONDUCTUAL DROGAS ?	T. CONDUCTUAL T. COGNOSCITIVA	BZP IMPRAMINA IMAO T. CONDUCTUAL T. COGNOSCITIVA
T. O-C	T. ANSIEDAD GENERAL	SY STRES POSTRA	T. ATIPICO POR ANGUSTIA	T. AJUSTE CON AFECTO ANSIOSO
TRICICLICOS PSICOTERAPIA O.A. T. CONDUCTUAL	BZP TRICICLICOS ANSIOLITICOS NO BZP PSICOTERAPIA D.B. T. CONDUCTUALES	EDUCACION T. T. RELAJACION BZP	PSICOTERAPIA O.A. T. COGNOSCITIVA	PSICOTERAPIA O.A.

AFORISMOS HIPOCRÁTICOS

La enfermedad en la cual el sueño causa algún problema es mortal; pero si el sueño procura mejoría, la enfermedad no es mortal.

Cuando el sueño apacigua el delirio, es buen signo.

El sueño y el insomnio prolongado más allá de lo usual, son malos signos.

En aquellos que tienen alguna parte del cuerpo atacado por una enfermedad dolorosa y que muy frecuentemente no experimentan sus dolores, el espíritu está enfermo.