



Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia clínica

Leticia Ascencio Huertas*

RESUMEN

Dentro de los trastornos emocionales que más frecuentemente se asocian a las enfermedades médicas se encuentran los trastornos de ansiedad; caracterizados por síntomas físicos y psicológicos que dificultan o agravan la patología médica. Por lo que se realizó una revisión teórica de los trastornos de ansiedad; y un estudio exploratorio, de tipo retrospectivo para determinar la asociación entre los trastornos de ansiedad y las enfermedades médicas, en el Servicio de Psicología del Hospital Juárez de México; la muestra fue de 15 pacientes, evaluados a través de entrevistas psicológicas, autoregistros, observaciones conductuales y escalas psicométricas de ansiedad, estableciéndose clínicos de acuerdo al Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV); encontrando que el trastorno más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada asociado con el Trastorno Depresivo Mayor; el género femenino no fue el de mayor prevalencia, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 35 y 54 años; las técnicas psicológicas más utilizadas desde el marco cognitivo-conductual fueron: autocontrol, reestructuración cognitiva, assertividad y solución de problemas.

Palabras clave: *Trastornos de ansiedad, enfermedades médicas, técnicas cognitivo-conductuales.*

ABSTRACT

Inside of the mental disorders that more frequently are associated with medical illness are anxiety disorders; that are characterized by physical and psychological symptoms that affects the medical pathology. For this, we realize a theoretical revision and a exploratory and retrospective study, for to know the anxiety disorders and the medical illness in the Department of Psychology of the Hospital Juarez of Mexico; the sample was of 15 patients, that were evaluated through psychological interviews, auto records, behaviour observances, and inventories of anxiety; we obtained clinical diagnostics besides in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), founded that generalized anxiety disorder associate with depression major disorder was more frequent, prevailing in feminine, between 35 and 54 years old; the psychological techniques cognitive-behaviour more used were: Auto control, cognitive restructuration, assertivity and problems solutions.

Key words: *Anxiety disorders, medical illness, cognitive-behaviour techniques.*

INTRODUCCIÓN

Cuando la relación mente-cuerpo ve alterada su armonía debido a emociones displacenteras, sentimientos negativos, modificaciones del ciclo vital o situaciones de alto impacto emocional, inevitablemente se produce un impacto, que puede representarse en forma de síntomas o enfermedades. El problema psicopatológico más importante del mundo actual son los trastornos de ansiedad; ya que la ansiedad es uno de los padecimientos emocionales que con más frecuencia ocurren al ser humano. Toda persona puede relatar en algún momento de su vida un estado de ansiedad conceptualizada como una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como cefalea,

palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, entre otros.¹

En Estados Unidos de Norteamérica 16.4% de la población presenta algún tipo de trastorno de ansiedad; en América Latina, del 14 al 18% la población general, padece de ansiedad y/o depresión clínicamente significativas.² En México, los principales trastornos que se observan entre la población son los de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo como la depresión y los trastornos bipolares; la esquizofrenia, la epilepsia y el estrés pos-traumático principalmente posterior a desastres.³

La ansiedad es considerada como un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos, ya que un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en

* Psicóloga de la Salud, Adscrita a la División de Investigación del Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud.

situaciones especialmente peligrosas, por lo que nos ayuda a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante; es una señal de alerta que advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza. El miedo es un signo de alerta parecido y debe ser distinguido de la ansiedad; ya el miedo es una respuesta a una amenaza conocida, en cambio en la ansiedad la amenaza es vaga y de origen interno.⁴ La ansiedad tiene cualidades protectoras de la propia vida, al detectar amenazas externas o internas: ya que la ansiedad advierte amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales; de separación de seres queridos, de amenaza de éxito o de estatus personal y finalmente de amenazas a la unidad o la integridad de uno mismo.¹

Sin embargo, cuando la ansiedad se excede en intensidad, frecuencia o duración; o bien, aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo; produce alteraciones emocionales y funcionales graves, donde el sujeto se siente paralizado y con un sentimiento de indefensión provocando un deterioro en el funcionamiento psicosocial y fisiológico; que interfiere con las actividades normales de la persona, considerado entonces como un trastorno.

Lo relevante en los trastornos de ansiedad, es que predominan los síntomas físicos como: la situación ansiosa casi teatral, más dolor en el corazón, en la región precordial o la garganta, presión en el estómago, sensación de ahogo, entre otros.⁵ Razón por la cuál dichas patologías son atendidas en primera instancia por un médico general y posteriormente por el especialista, sin dejar de mencionar el estigma social que existe tanto para los pacientes con trastornos mentales, lo que genera que los síntomas se agudicen y se vuelvan crónicos, dificultando el tratamiento y el pronóstico del paciente.⁶

Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad se ha estudiado desde dos consideraciones causales: como respuesta emocional y como rasgo de personalidad. Como **emoción**, la ansiedad puede ser entendida como un conjunto de manifestaciones experimentales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente no pueda resultar peligroso.⁷

Como **rasgo de personalidad**, la ansiedad se estudia a partir de las diferencias individuales con la propensión a sentir o manifestar estados o reacciones de ansiedad. Este estado se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, inseguridad, así como auto evaluaciones negativas; asimismo en el nivel fisiológico, se observan distintas alteraciones, que pueden reflejar distintos niveles de acti-

vación del sistema nervioso autónomo y de la tensión muscular; finalmente se pueden observar distintos índices característicos de la agitación motora, que interfiere con la conducta normal adaptada. El **rasgo de ansiedad** se entiende como una característica de personalidad o tendencia a reaccionar de forma ansiosa, con independencia de la situación. En cambio, el **estado de ansiedad** es un fluctuante, determinado por las circunstancias ambientales.⁷ Ambos conceptos son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas al desarrollo de estados de ansiedad, al interactuar con los estímulos ansiógenos del entorno.

En 1966 Spielberger define el estado de ansiedad como un **estado emocional** transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; en aquellas situaciones que fueran percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, que suscitaría estados de ansiedad. El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona a cerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas).

Obviamente, para poder evitar o tratar exitosamente los trastornos de ansiedad, hay que tener en cuenta la naturaleza de estos y algunas características de la patogénesis de los mismos. El punto de partida define el éxito final o el fracaso de todos los pasos siguientes en la búsqueda de la verdad y de métodos adecuados para un tratamiento efectivo y de la profiláctica de la aparición de los trastornos; razón por la cuál a continuación retomaremos algunos de los pasos a considerar para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

FORMAS DE EVALUAR LA ANSIEDAD

Entrevista clínica

Es el método más utilizado para diagnosticar los trastornos de ansiedad.⁸ En la práctica clínica la entrevista debe dirigirse a obtener información específica útil para comprender la patología, en especial obtener datos sobre la ansiedad, la naturaleza de los síntomas: autónomos, conductuales y cognitivos; la secuencia de aparición de los síntomas y detalles de la situaciones en las que se precipita. Suinn,⁹ recomienda centrarse en ejemplos concretos de las experiencias de ansiedad, las similitudes o



diferencias en síntomas asociados con los diferentes entornos, las claves que precipitan la reacción de ansiedad, el nivel de ansiedad experimentada, las variables que influyen en estos niveles, las conductas de afrontamiento disponibles y su efectividad, las acciones/pensamientos del paciente durante la experiencia de estrés y la secuencia de sucesos que terminan en el estrés y los intentos de afrontarlo.

Autoevaluaciones

Sirven como indicadores de la severidad de los síntomas, tienen como ventaja su aplicabilidad en distintas situaciones, sin embargo no son utilizadas como medidas para realizar un diagnóstico definitivo pues son evaluaciones subjetivas.

Valoraciones del observador

En este tipo de valoración, un profesional evalúa las características del paciente. Una escala común de la evaluación de la ansiedad es la Escala de Evaluación de Ansiedad de Hamilton.

Escalas psicométricas

La ventaja principal de utilizar test es la estandarización que ofrecen, junto con el uso de información normativa para interpretar resultados, algunos de los más utilizados son:

1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)
2. Inventario de Ansiedad de Beck
3. Registro diario de Pensamientos disfuncionales
4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)
5. Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática (CSAQ)
6. Medidas Fisiológicas

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Los trastornos de ansiedad son enfermedades relacionadas al miedo y respuestas de ansiedad que se activan en situaciones en las que no es necesario dar esas respuesta, con una intensidad mayor y por tiempos más prolongados de los que se requiere en situaciones habituales.¹⁰ En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México³ se informó que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, principalmente la región conformada por las tres áreas metropolitanas, (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey) que muestra la

prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%). A este respecto Sheehan¹¹ y Kaplan¹, mencionan que las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad (30.5% de prevalencia a lo largo de la vida) que los hombres (19.2% de prevalencia a lo largo de la vida). Finalmente la prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye en los estatus económicos más altos.

Lang y Stein¹² mencionan los siguientes factores de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad o como factores que contribuyen a la exacerbación de un cuadro preexistente: problemas físicos crónicos, deterioro cognitivo, estrés emocional, perdidas recientes, nivel inferior de educación, historia personal de trastornos afectivos o de ansiedad, e historia familiar de estos trastornos.

SINTOMATOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

El Manual de Diagnósticos Mentales (DSM-IV)¹³ define como crisis de angustia la aparición temporal y aislada o malestares intensos acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas: Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca; sudoración; temblores; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control; miedo a morir; parestesias; escalofríos o sofocaciones. Considerando los siguientes dentro del apartado de trastornos de ansiedad:

1. Trastorno de angustia sin agorafobia
2. Trastorno de angustia con agorafobia
3. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
4. Fobia específica
5. Fobia Social
6. Trastorno obsesivo-compulsivo
7. Trastornos por estrés postraumático
8. Trastorno por estrés agudo
9. Trastorno de ansiedad generalizada
10. Trastorno de ansiedad debido a.... (indicar enfermedad médica)
11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
12. Trastorno de ansiedad no especificado

COMORBILIDAD

Pacientes con trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de desarrollar comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos y la presencia de situaciones comórbidas por lo general son señales de un mal pronóstico clínico y menor éxito de los tratamientos.¹¹ Así mismo, se ha visto

que los pacientes con trastornos de ansiedad son más susceptibles a desarrollar padecimientos médicos y que el padecer ansiedad puede prolongar el curso de enfermedades mentales.¹⁴ Los trastornos de ansiedad particularmente de pánico, aparece más frecuentemente en pacientes con enfermedades crónicas, por ejemplo: hipertensión, colón irritable, diabetes, etc.

A este respecto, Ayuso,² Zimmerman Wilson¹⁵ reportan que la depresión, los trastornos de angustia y del afecto, presentan una comorbilidad mental significativa (25 a 35%), ya que un tercio de pacientes con ansiedad presentan depresión y un quinto de los pacientes con depresión presentan ansiedad (ansiedad y depresión mixtas según el Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)),¹⁶ caracterizada por depresión mayor y fobia social. Haskins¹⁷ reporta que la ansiedad y depresión comórbidas son responsables del 10% de todos los casos de enfermedades psiquiátricas tratadas por los médicos de atención primaria y de ahí radica la importancia de estudiar la incidencia de ambas patologías.

En resumen, se plantea que en los trastornos de ansiedad existe una afectación concomitante de la respuesta inmune con aumento de la susceptibilidad a la inflamación y a los trastornos afectivos, vinculando así afectación depresiva, inflamatoria e inmunopatológica.

ANSIEDAD Y ENFERMEDADES MÉDICAS

Una interacción entre factores genéticos y ambientales ha sido postulada para determinar una vulnerabilidad individual para desarrollar trastornos afectivos y de ansiedad. Está bien documentada la relación entre experien-

cias tempranas traumáticas y el desarrollo de estos trastornos en adultos. Las respuestas endocrinas y conductuales son coordinadas por el sistema del Factor liberador hipotalámico de corticotrofina (CRF) central. Se encuentran evidencias de una hiperactividad del Factor liberador hipotalámico de corticotrofina (CRF) en pacientes con depresión y ansiedad. Numerosos estudios preclínicos sugieren que el estrés durante una fase del desarrollo puede resultar en un incremento persistente en la actividad CRF y la sensibilización del eje HPA y el Sistema Nervioso Autónomo frente al estrés, sentando las bases para el desarrollo futuro de esos trastornos (Fig. 1).

Todo ello tiene múltiples implicaciones somáticas, dado que esta vulnerabilidad y sensibilización al estrés, a la ansiedad y a la depresión, generarán consecuencias patológicas como se verifica en las enfermedades por auto inmunidad, los síndromes mixtos de ansiedad e inflamación, las enfermedades cardiovasculares y las patologías gastrointestinales y respiratorias asociadas a los trastornos de ansiedad.

Diferentes estudios sugieren que entre 54 y 74% de pacientes con síndrome de colon irritable (SCI) tienen asociado trastornos psiquiátricos y entre 4 y 24% presentaría trastornos de ansiedad, aunque probablemente este subdiagnosticado.^{18,19} En otro estudio, comparando 71 pacientes con SCI con pacientes con otras enfermedades intestinales, se encontró una prevalencia mucho mayor de trastorno de pánico en los primeros (28 % vs. 3%). Walker, encontró 7 % vs. 0%.^{20,21} Hay una evidencia preliminar de que algunos pacientes responden con disminución de los síntomas gastrointestinales y dolor a la terapéutica con antidepresivos y ansiolíticos.¹⁸

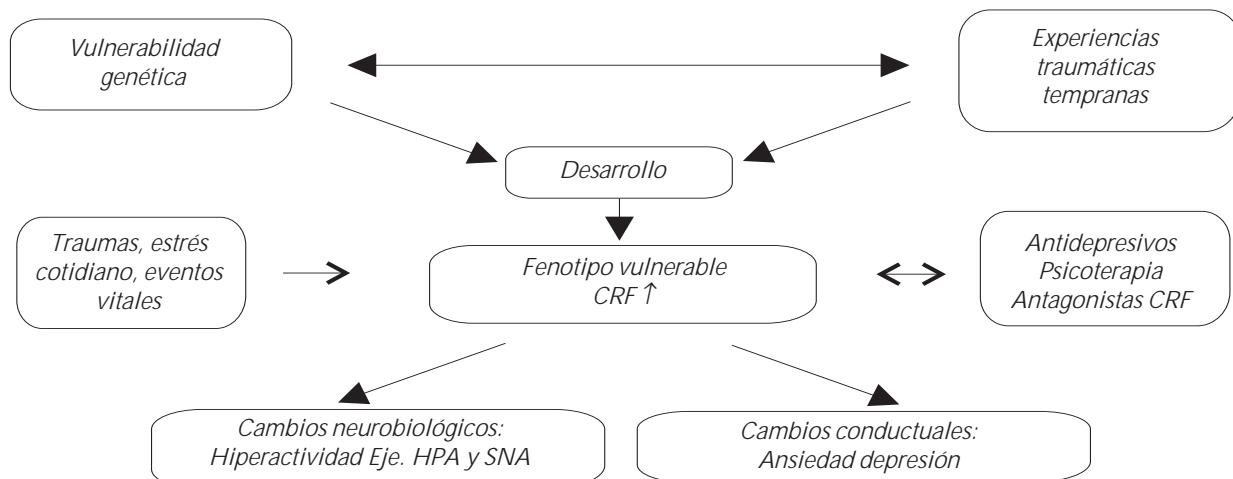


Figura 1. *Modelo de hipersensibilidad y vulnerabilidad* (Modificado de Nemeroff, 1999).



Varias investigaciones han examinado la asociación entre el trastorno de pánico y enfermedades respiratorias, sobre todo por el cabalgamiento sintomático que presentan. Pacientes con ansiedad y pacientes con asma experimentan sensación de ahogo, disnea, hiperventilación, sofocos, angustia, etc. Se ha encontrado una comorbilidad significativa, en pacientes asmáticos, ya que 42% de los pacientes experimentan pánico durante el ataque.²² Incrementándose cada vez más, la prevalencia del trastorno de pánico en pacientes con asma, en un rango de entre 6.5% y 24%.^{18,23,24}

En la comorbilidad con enfermedades reumatólogicas se ha demostrado que los pacientes con artritis reumatoide, además de una susceptibilidad a la enfermedad inflamatoria, muestran una alta incidencia de trastornos afectivos, y sobre todo de ansiedad.²⁵

Estudios en grandes poblaciones que involucran a más de 34.000 personas han mostrado una relación significativa entre trastornos de ansiedad y muerte por enfermedad cardiaca. Más aún, se ha evidenciado una correlación que muestra que a mayores niveles de ansiedad corresponden mayores niveles de muerte en enfermedad cardiaca. La asociación entre ansiedad y muerte súbita, sin infarto de miocardio, sugiere que el mecanismo implicado en la muerte súbita entre los sujetos que padecen trastornos de ansiedad pueden ser las arritmias ventriculares.^{26,27}

TRATAMIENTOS

Dentro de los tratamientos más utilizados se encuentra el farmacológico y el psicológico, sin embargo varía dependiendo del trastorno de ansiedad y la sintomatología que el paciente ha desarrollado así como la intensidad de los mismos.

Existen algunas generalidades en relación a cada uno de los padecimientos, entre ellos se recomienda que si un paciente presenta síntomas de ansiedad recientemente o está ansioso con respecto a una situación estresante, en principio puede ser tratado con psicoterapia sin apoyo de medicación. Si se decide aplicar medicación ansiolítica en atención a la intensidad del cuadro ansioso, ésta debe ser prescrita por un periodo de tiempo limitado, probablemente dos o tres semanas, evaluando de nuevo el estado del sujeto tras la supresión paulatina de la medicación. Habrá que contar, no obstante, con pacientes que requerirán un empleo más prolongado por su curso crónico.

Cierto número de estudios clínicos han demostrado la eficacia del tratamiento farmacológico en conjunto con el tratamiento psicológico, ya que produce efectos más

perdurables que ayudan a prevenir la ocurrencia de recaídas cuando el medicamento es suspendido.

Dentro de los tratamientos específicos para cada uno de los trastornos de ansiedad encontramos que el trastorno de ansiedad generalizada se trata combinando las benzodiacepinas con un tratamiento no farmacológico principalmente psicoterapia individual o grupal. En los ataques recurrentes de angustia sin conducta de evitación fóbica relevante, el tratamiento más eficaz es el farmacológico: medicamentos antidepresivos y ansiolíticos de alta potencia. En la agorafobia con crisis espontáneas de angustia, los mejores resultados se logran asociando a la meditación antidepresiva o al ansiolítico y la terapia conductual de exposición en vivo (técnica implosiva).

En el tratamiento de la fobia social, los ensayos clínicos han verificado la eficacia tanto de la terapia farmacológica como de la psicoterapia cognitivo-conductual. Entre los fármacos destacan los inhibidores de la monoaminoxidasa. Respecto a la terapia comportamental, se han utilizado con éxito dos modalidades de tratamiento: la exposición al estímulo fóbico y la reestructuración cognitiva.²⁸

Para las fobias simples se recomienda una técnica llamada "exposición mantenida sistemática". Por el momento, no se dispone de ningún fármaco que se acerque a resolver el problema. No obstante, tanto los ansiolíticos como los betabloqueadores pueden ayudar a la terapia cognitivo-conductual, ya que al reducir la ansiedad anticipatoria, se facilita el contacto del sujeto con la situación temida.

El tratamiento más adecuado para el trastorno por estrés postraumático se basa en la verbalización de la situación traumática, lo que facilita la expresión emocional y la desensibilización sistemática para ayudar al paciente a afrontar el estímulo estresor de forma gradual. En algunos pacientes, parecen útiles los antidepresivos, aunque las benzodiacepinas tienen una acción más incierta.

Se admite que los mayores fracasos con todas las técnicas de tratamiento se encuentran en el trastorno obsesivo-compulsivo. Actualmente, se usan los antidepresivos y la terapia cognitivo-conductual conjuntamente y, como promedio, se consigue reducir la sintomatología obsesivo-compulsiva en un 40-50 por ciento, aunque en algunos casos se logra la desaparición completa del cuadro clínico.

Como hemos podido ver anteriormente, los tratamientos psicológicos más efectivos en el manejo de los trastornos de ansiedad, son los cognitivo conductuales, cuyas estrategias de tratamiento se basan en dos teorías psicológicas: el conductismo o modificación conductual y el cognitivismo. La primera presuponen que una determinada conducta puede entenderse como una respuesta

condicionada a un estímulo; por lo que la base del tratamiento consistiría entonces a desacondicionar algunas conductas del sujeto o bien condicionarle para el aprendizaje de otras formas de respuesta más adecuadas.²⁹ Por otro lado, el cognositivismo se fundamenta en el supuesto de que las crisis de angustia, ya sean espontáneas o asociadas a un estímulo externo, surgen de una interpretación falsa y equivocada de tipo catastrófico de algunas sensaciones corporales que no son más que respuestas más o menos normales de ansiedad.⁵

El tratamiento cognitivo conductual conjunta ambas perspectivas teóricas y combina la utilización de técnicas para el tratamiento de estos pacientes, ya que se ha demostrado tener efectos más positivos para tratar casos de ansiedad.^{1,6,7,12}

En los años 60's surgen los primeros modelos cognitivos de la emoción, en los que se empieza a suponer que hace falta cierta actividad cognitiva (proceso de atribución de causalidad o valoración de las consecuencias de la situación) para que se desarrolle una reacción emocional. Durante esta década comienza a desarrollarse el enfoque cognitivo de la Psicología como un nuevo paradigma, el cual considera al ser humano como un sistema que procesa información. Con un input o entrada, una salida o output, más una serie de procesos intermedios, principalmente de tipo cognitivo.⁵

Las relaciones entre cognición y emoción se han estudiado fundamentalmente desde dos perspectivas diferentes:

1. Las teorías cognitivas de la emoción. Destacan que la emoción surge fundamentalmente como consecuencia de cierta actividad cognitiva. En estos modelos el término cognición hace referencia a varios significados:
 - a) A los procesos cognitivos de valoración, atribución, etiquetado, interpretación, etc. Que el sujeto realiza sobre la situación, para dar un significado a la misma;
 - b) A los contenidos cognitivos y sus representaciones en proposiciones, imágenes, esquema, etc.
 - c) A las creencias, expectativas, valores, objetivos, etc. del individuo (disposiciones individuales)
 - d) Finalmente, también se habla de los afectos, los sentimientos subjetivos, etc. (contenidos subjetivos emocionales).
2. Los estudios sobre la influencia de la emoción en los procesos cognitivos. El término cognición hace referencia a memoria, juicios, razonamiento, toma de decisiones, etc. (la actividad cognitiva superior). En estos estudios se investiga cómo la emoción puede afectar a estos procesos cognitivos.

Hoy en día los modelos cognitivos y conductuales en el manejo de la ansiedad gozan de gran aceptación clínica; desde esta perspectiva se ha visto que una situación es percibida por el individuo y sometida a un proceso de evaluación o valoración de las implicaciones que dicha situación tiene para el individuo, así el resultado de la valoración es que dicha situación supone cualquier tipo de amenaza para el propio individuo, se iniciará una reacción de ansiedad, aunque dicha reacción, estará mediada por otros procesos cognitivos de afrontamiento que intentarán reducirla.³⁰

Dentro de las técnicas más utilizadas con pacientes con trastornos de ansiedad son:

1. La auto observación y auto registro
2. Relajación Muscular Progresiva
3. Relajación Autógena
4. Relajación por imaginaria
5. Respiración
6. Observación del pensamiento
7. Biofeedback
8. Desensibilización sistemática
9. Técnicas de reestructuración cognitiva
10. Sistemas de creencias irrationales
11. Entrenamiento en asertividad
12. Técnicas de solución de problemas
13. Técnicas de autocontrol
14. Habilidades sociales.
15. Técnica implosiva

Con base en lo anterior nace la inquietud por conocer: ¿cuáles son los trastornos de ansiedad más frecuentes en el Hospital Juárez?, ¿Comorbilidad que existe con otros trastornos mentales?, ¿La asociación con las diferentes patologías médicas concomitantes? ¿Tipos de tratamiento psicológico más utilizado desde el punto de vista cognitivo conductual?

Por lo que se realizó un estudio retrospectivo, no experimental, descriptivo cuyo objetivo principal fue conocer los trastornos de ansiedad más frecuentes en el Hospital Juárez de México y su relación con las enfermedades médicas, además del abordaje de tratamiento desde la perspectiva cognitivo conductual.

MÉTODO

Sujetos

Fueron seleccionados todos aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad de acuerdo a los criterios clínicos del DSM-IV en el Servicio de Psicología

del Hospital Juárez de México, con una edad mayor o igual a 15 años, con una asistencia mínima de 4 veces por mes a consulta psicológica y en tratamiento psicológico (únicamente del modelo cognitivo conductual), durante seis meses.

Procedimiento

Primeramente se llevó a cabo la revisión de los reportes de la hoja diaria de salud mental durante los seis meses últimos del año, para seleccionar a todos aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad, posteriormente se procedió a la revisión de los expedientes clínicos y expedientes propios del servicio de psicología, con el fin de obtener una base de datos, en la cual se registró: edad, género, diagnóstico psicológico, técnicas psicológicas empleadas, enfermedades médicas concomitantes y si se contaba con medicación psicofarmacológica.

El diagnóstico psicológico estuvo basado en los 3 primeros ejes del DSM-IV:

1. Eje I y II (trastornos clínicos y de personalidad respectivamente) que se obtuvo a través de la entrevista psicológica, el examen mental, las relatorias de las sesiones; la historia clínica y la aplicación los siguientes test psicológicos: Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE); Inventario de ansiedad de Beck, auto registros conductuales, y Test de la Figura Humana de Machover).
2. Eje III referente a las enfermedades médicas concomitantes, se obtuvo a través de la revisión del expediente clínico.

Una vez obtenida la base de datos, se procedió al análisis de frecuencias de los datos y organización en tablas de contingencia, y gráficas a través del paquete estadístico Excel y SPSS, versión 13.

RESULTADOS

Dentro de los resultados encontramos que la muestra estaba compuesta por 22 pacientes, de los cuales cuatro fueron eliminados por no cumplir con los criterios diagnósticos de cualesquiera de los trastornos de ansiedad, dos cuya evaluación psicométrica estaba incompleta y uno cuyo expediente clínico se extravió y no se contaba con toda la información requerida; la muestra total fue de 15 pacientes, en donde 13 pacientes (87%) fueron de género femenino y solo 2 (13%) de género masculino. Con respecto a la edad encontramos que la muestra se distri-

buvo de la siguiente manera: 3 pacientes (20%) con un rango de edad de 15 a 24 años; 1 paciente (6.66%) con rango de 25 a 34 años, 5 pacientes (33.3%) con rango de 35 a 44 años de edad; 5 pacientes más (33.3) con rango de 45 a 54 años y 1 paciente con un rango de edad de 55 a 64 años (6.66%) (Cuadro 1 y Figs. 2 y 3)

En relación con el diagnóstico psicológico, en el Eje I (trastornos clínicos), encontramos que los trastornos de ansiedad no se encontraron puros, ya que se encontraron asociados a otras patologías mentales, como se muestra en la Figura 4, en la cuál dos pacientes (13.3%) presentaron únicamente el trastorno de ansiedad generalizada, cinco pacientes (33.3%) presentaron trastorno de ansiedad generalizada más trastorno depresivo mayor, un paciente (6.66%) con trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno depresivo mayor; y una paciente (6.66%) con una fobia específica. El trastorno de angustia sin agorafobia como diagnóstico único, lo presentaron únicamente dos pacientes (13.3%), trastorno de angustia sin agorafobia con trastorno depresivo mayor, dos pacientes (13.3%); fobia social con trastorno depresivo mayor un paciente (6.66%) y un paciente más (6.66%) con trastorno de angustia con agorafobia. En el Eje II relacio-

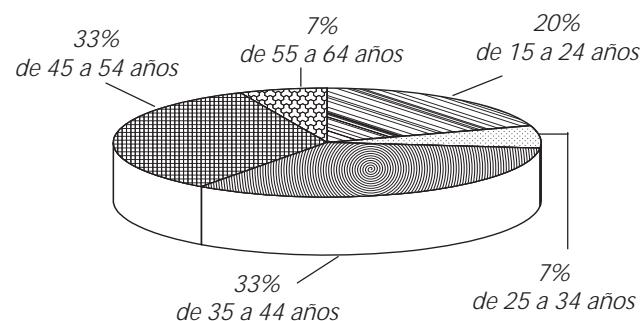


Figura 2. Distribución por edad.

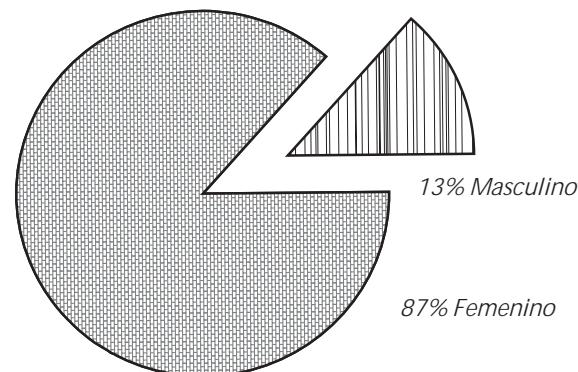


Figura 3. Distribución por género.

Cuadro 1. Características sociodemográficas, diagnósticos clínicos, de comorbilidad y tratamientos.

Edad (años)	género	Eje I	Eje II	Eje III	Fármaco	Tx. Fármacológico	Tratamiento psicológico (Técnicas empleadas)
50	Femenino	TAG + depresión	Trastorno dependiente	Colon irritable	Sí		Aumento de autoestima, Asertividad, Habilidades Sociales
23	Femenino	Fobia específica	Trastorno Obsesivo	Esofagitis crónica, hernia hiatal	No		Autocontrol, asertividad, relajación, restructuración cognitiva, Sol. de problemas
39	Femenino	TAG + Depresión	Trastorno Obsesivo	Sin trastorno	No		Desensibilización sistemática, autocontrol, relajación, Sol. de problemas
50	Femenino	TAG + Depresión	Sin trastorno	Hipertensión, gastritis	Sí		Autocontrol, relajación, asertividad, psicoeducción, elevación de autoestima
15	Femenino	Fobia social + Depresión	Sin trastorno	Fiebre reumática, hiperquinesia	No		Aumento de autoestima, habilidades sociales, asertividad
45	Femenino	TA sin agorafobia	Sin trastorno	Cefalea tensional	No		Autoregistros, relajación autocontrol
15	Masculino	TA sin agorafobia	Sin trastorno	Cefalea tensional	No		Relajación, autocontrol, Solución de problemas
53	Femenino	TAG + Depresión	Trastorno Dependiente	Epilepsia tónico clónica	No		Asertividad, aumento de autoestima, autocontrol, restructuración cognitiva
31	Femenino	TAG + Depresión	Trastorno Límite	Epilepsia tónico clónica	Sí		Autocontrol, asertividad, aumento de autoestima, restructuración cognitiva
41	Femenino	TAG	Trastorno Obsesivo	Sin diagnóstico	No		Solución de problemas, restructuración cognitiva
37	Femenino	TA sin agorafobia + Depresión	Sin trastorno	Patología retrooclear	Sí		Solución de problemas, restructuración cognitiva, aumento de autoestima, autocontrol
56	Femenino	TAG + Fobia social + Depresión	Trastorno evitativo	Colon irritable	No		Asertividad, relajación, restructuración cognitiva, aumento de autoestima, autocontrol
44	Femenino	TA sin agorafobia + Depresión	Sin trastorno	Gastritis y colitis	No		Relajación, autocontrol, asertividad y restructuración cognitiva
46	Masculino	TA con agorafobia	Sin trastorno	Sin diagnóstico	Sí		Relajación desensibilización sistemática, restructuración cognitiva
42	Femenino	TAG	Sin trastorno	Colon irritable	No		Solución de problemas, restructuración cognitiva, asertividad, aumento de autoestima

TA = Trastorno de ansiedad. TAG = Trastorno de ansiedad generalizada.

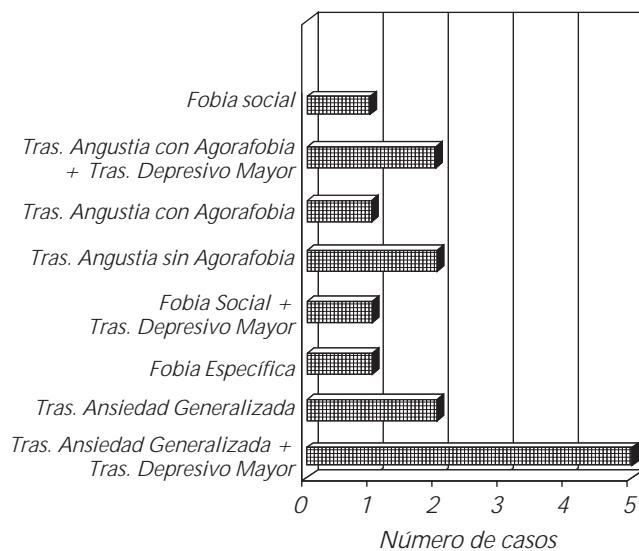


Figura 4. Criterios diagnósticos del Eje 1 (DSM-IV).

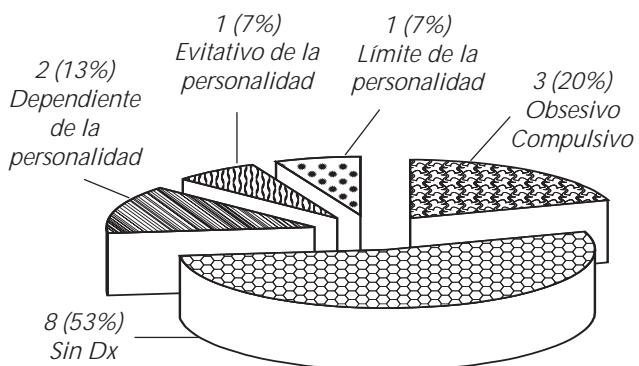


Figura 5. Trastornos de personalidad Eje II (DSM-IV).

nado con los trastornos de personalidad de acuerdo al DSM-IV, se encontró que ocho pacientes (53.3%) no presentan ningún trastorno de personalidad, 3 pacientes (20%) presentaron trastorno obsesivo, dos pacientes (13.3%) con trastorno dependiente de la personalidad, un paciente (6.66%) con trastorno evitativo, y un paciente (6.66%) con trastorno límite de la personalidad (Fig. 5).

En el Eje III referente a las enfermedades médicas concomitantes se encontró que tres pacientes (20%) presentaron diagnóstico de colon irritable, dos pacientes (13.3%) con cefalea tensional, un paciente (6.66%) con esofagitis crónica y hernia hiatal, un paciente (6.66%) con hipertensión arterial sistémica y gastritis, un paciente (6.66%) con fiebre reumática, dos pacientes (13.3%) con epilepsia tónico clónica, un paciente (6.66%) con patología retrococlear, un paciente (6.66%) con gastritis y colitis, y

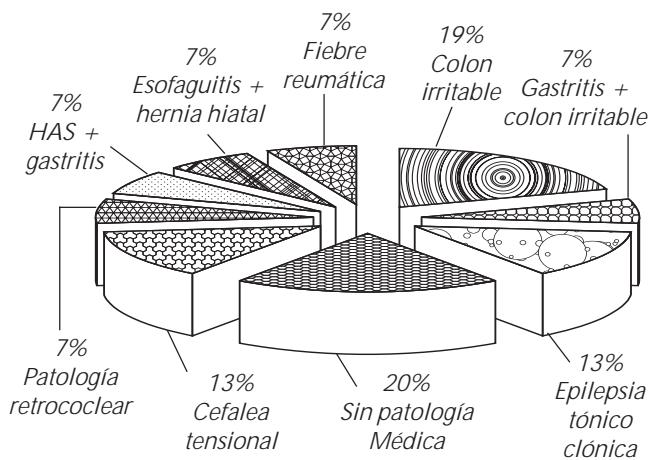


Figura 6. Patologías médicas concomitantes Eje III (DSM-IV).

tres pacientes (20%) que no presentan enfermedad médica concomitante (Fig. 6).

De la muestra total se encontró que cinco pacientes (33.3%) reciben tratamiento psiquiátrico y psicológico conjuntamente y los 10 pacientes restantes (66.6%) únicamente tratamiento psicológico con enfoque cognitivo conductual (Cuadro 1).

En relación con las técnicas psicológicas utilizadas (desde el punto de vista cognitivo conductual) se reporta que la aplicación de éstas, varían de acuerdo a las necesidades del pacientes, sin embargo las más utilizadas fueron: técnicas de asertividad en nueve pacientes, técnicas de autocontrol en nueve pacientes, reestructuración cognitiva en ocho pacientes; técnicas para incrementar autoestima a siete pacientes, técnica de solución de problemas a seis pacientes, relajación muscular progresiva a cinco pacientes, habilidades sociales en dos pacientes, desensibilización sistemática a dos pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los trastornos de ansiedad además de los trastornos del estado de ánimo, son las patologías con mayor prevalencia y atención dentro de la Salud Mental, sin embargo, es importante mencionar que los trastornos de ansiedad no se presentan como diagnóstico único, ya que regularmente se encuentran asociados a otros trastornos emocionales y/o patologías médicas; situación que es relevante de considerar para el diagnóstico y tratamiento, aspecto coincidente con lo encontrado en el estudio. También coincidimos con Sheehan¹¹ y Kaplan,¹ en encontrar que la población femenina es la que más presenta estos trastornos; situación que valdría la pena analizar, ya que existen características de género importantes como factores des-

encadenantes en los trastornos de ansiedad, como los aspectos hormonales, situaciones sociales, dinámica familiar, aspectos de género, etc.

Desde hace ya varios años, se ha documentado sobre el papel de las emociones en el proceso salud-enfermedad, debido a que en la aparición de las enfermedades, la psicogénesis es un factor etiológico tan importante como las bacterias, las toxinas y los traumatismos. La aparición misma y la evolución de la enfermedad en el orden somático puede ser inducida por lo psíquico del mismo modo que la enfermedad somática tiene su incidencia en lo anímico y psicológico. Razón por la que es indispensable explorar todas las áreas que involucran la estabilidad del paciente (física, mental, social y familiar) por lo cual debe realizarse una adecuada historia clínica, entrevista psicológica y evaluación psicométrica, ya que algunos padecimientos como la insuficiencia renal, el hipotiroidismo, parkinson, alteraciones neurológicas, metabólicas, endocrinológicas, etc., y algunos tratamientos como la quimioterapia en los pacientes con cáncer, analgésicos y narcóticos para el manejo del dolor provocan alteraciones emocionales asociadas a la ansiedad y la depresión.

Al respecto, Gold y Chousos,³¹ Gold,²⁵ y Plotsky, Nemeroff,³² reportaron que en los estados emocionales ansiedad y depresión, la respuesta normal al estrés parece escalar en un estado patológico ya que no responde a mecanismos de «contra-regulación». Ello resulta en un estado sostenido de lo que debería ser un fenómeno transitorio: la hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HPA) y la consecuente hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo y sus estados psicológicos acompañantes como ansiedad, miedo, desamparo y/o depresión.

Dentro de las enfermedades médicas en las cuales se ha reportado una importante asociación con las alteraciones emocionales, se encuentran las enfermedades gástricas, ya que se ha encontrado que en los pacientes con colón irritable y gastritis crónica existe una relevancia muy significativa con los trastornos de ansiedad y de personalidad,³³ que coincide con lo encontrado en nuestra muestra ya que fueron las patologías médicas más frecuentes.

En las enfermedades respiratorias, en donde se hace mucho énfasis en el proceso de evaluación cognitiva o como resultado de un aprendizaje o condicionamiento del paciente, ya que en estos pacientes se deben interpretar las sensaciones somáticas de una manera catastrófica comparados con aquellos con enfermedades respiratorias puras.³³ Se ha reportado también que las personas con trastorno de pánico son más proclives a desarrollar enfermedades intermitentes tales como asma, mientras que los pacientes con depresión presentan con mayor frecuencia

problemas respiratorios crónicos y continuos como bronquitis.^{22, 34, 35} También es necesario, aún cuando no aparecieron en nuestra muestra, la influencia que tienen los trastornos de ansiedad en enfermedades cardíacas, tanto en la etiología, el diagnóstico, y el tratamiento, como en el pronóstico, ya que con mucha frecuencia los pacientes reportan presentar un infarto al miocardio cuando en realidad se trata de un trastorno de ansiedad, o bien en pacientes que se encuentra sometidos a altos niveles de estrés en donde se ha encontrado la presencia de sintomatología ansiosa, y perfiles de personalidad tipo "A".^{36, 37}

Por esta asociación entre las patologías médicas y las mentales es importante señalar que se deberían realizar diagnósticos clínicos basados en criterios americanos como el DSM-IV¹³ basado en los cinco Ejes; o internacionales como el CIE-10¹⁶ (Clasificación Internacional de Enfermedades), ya que nos permitirían establecer tratamientos más acertados; considerando no solo el aspecto clínico sino, su asociación con las características de personalidad, enfermedades médicas, y aspectos psicosociales que modifican todo el entorno del ser humano. Además de evaluaciones psicológicas con instrumentos válidos y confiables que nos permitan justificar mejor un diagnóstico, y proporcionar así un tratamiento más específico e integral, logrando con ello incidir en el pronóstico y ayudar a mejorar su calidad de vida.

Con todo esto, podemos concluir que la atención de la esfera emocional en las enfermedades médicas es una necesaria para proporcionar un tratamiento integral y lograr la recuperación y reintegración de los pacientes en un menor tiempo, con resultados más eficaces. Desde la perspectiva Bio-Psico-Social, donde el paciente debe ser atendido de una forma integral. Y el utilizar técnicas psicológicas como no invasivas y eficaces en relación con el costo, concebidos para reducir niveles de ansiedad; enseñar al paciente a emplear conductas motivadoras y una participación más activa en beneficio de su propia salud.

Es importante mencionar que para próximas investigaciones sobre el tema, se sugiere incrementar el tamaño de la muestra de estudio y analizar la efectividad de los demás modelos teóricos que se utilizan dentro del Servicio de Psicología en el manejo de los trastornos de ansiedad; incrementar los instrumentos de evaluación psicológica y especificar el tipo de tratamiento psicofarmacológico que reciben estos pacientes.

AGRADECIMIENTO

A la Psic. Mariana Cervantes Noriega, por su apoyo y entusiasmo en la realización de este estudio durante el Servicio Social.



REFERENCIAS

- Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. México: Mc. Graw Hill; 2000.
- Ayuso J. Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. Psiquiatría.COM (revista electrónica)1997 Marzo 1(1) Disponible en: URL:http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/art_2.htm.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26(4): 1-16.
- Dupont M. Manual Clínico de la Ansiedad. México: JGH Editores; 1999.
- Ochoa E, De la Puente ML. Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. 709-25. En: Gelder M, Gath D, Mayou R (eds.). Psiquiatría. Inglaterra: Interamericana McGraw-Hill; 1988.
- Gater de Almeida B, Sousa E, Barrientos G, Caraveo J, et al. The pathwayz to the psychiatric care: a cross-cultural study. Psychological Medicine 1991; 21: 761-74.
- Guizarro S, Cano VA. Procesos Cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada según el paradigma del procesamiento de la información. Psicología.COM (On line), 1999; 3(1). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art_6.htm
- Emmelkamp P, Bouman TA, Scoling A. Anxiety Disorders. A Practitioner's Guide. New York: Wiley.
- Suinn R. Entrenamiento en manejo de ansiedad. Barcelona: Biblioteca de Psicología; 1993.
- Pace B. Generalized anxiety disorder. Jama 2000; 283(23): 3156-60.
- Sheehan D. New treatments for anxiety disorders: clinical approaches for successful outcomes. J Clin Psychiat 1999; 30(3) 3-6.
- Lang A, Stein M. Anxiety disorders: how to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. Geriatrics 2001; 56(5): 24-34.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Rogers & Wells. 1984; Citado en: Gliatto M. Generalized Anxiety Disorder. American Family therapy 2000; 62(7): 1591-600.
- Zimmerman W. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatient with major depressive disorder. Am J Psychiat 2000; 157(8): 1337-40.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- Haskins T. Trastorno de ansiedad generalizada. Epidemiología, impacto de la comorbilidad e historia natural. A special report. Postgraduate Medicine 2000; 2: 3-11.
- Katon W. Panic Disorder and medical Comorbidity: A review of the Medical and Psychiatric Literature. Bull of Menninger Clinic 1996; 60: 2(Suppl.): 13-4.
- Lydiar RB, et al. Prevalence of psychiatry disorders in patients with irritable bowel syndrome. Psychosomatics 1993; 34: 229-34.
- Walker E, et al. Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. Am J Psy 1990; 147: 565-72.
- Walker E, et al. Psychiatric diagnosis, sexual and physical victimisation, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. Psychological Medicine, 1995; 25: 1259-67.
- Kinsman RA. Multidimensional analysis of the symptoms of chronic bronchitis and emphysema. J Behaviour Medicine 1983; 6: 339-57.
- Carr RE, et al. Anxiety Sensitive and Panic Attack in an asthmatic population. Beha Resea Therap 1994; 32, 411-8.
- Shavitt RG, et al. The association of Panic/Agoraphobia and asthma: contributing factors and clinical implications. Gen Hosp Psy 1992; 14: 420-3.
- Gold P. The Stress Response, Depression, and Inflammatory Disease, 1992; 861-4. In: Sternberg E (moderator). The Stress Response, Depression, and Inflammatory Disease. Ann Intern Med 117: 854-66.
- Kawachi I. Symptom of Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease. Circulation 1994; 90(5).
- Rozanski A. Impact of Psychological Factors on the pathogenesis of cardiovascular Disease. Circulation 1999; 4: 171-5.
- Wolpe J. Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas; 1993.
- Delgado F. La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas. México: Trillas; 1983.
- Fernández-Abascal GE. Psicología General: Motivación y Emoción. Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces; 1997.
- Gold P, Chrousos G. The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. Procc Am Physicians 1999; 111(1): 22-4.
- Plotsky P, Nemeroff C. Corticotropin-releasing Factor, Stress, and Depression. The Neuroscientist 1997; 3(3).
- Rodríguez A, Ascencio L, Altamirano JT. Respuesta al tratamiento con bromuro de pinaverio en un grupo de pacientes con síndrome de colon irritable y diversos grados de neurosis. Medicina Interna de México 2005; 21(6): 426-30.
- Porzelius J, et al. Respiratory function, cognition, and panic in chronic pulmonary patient. Beha Resea Therapy 1992; 30: 75-7.
- Spinhoven P, et al. The prevalency of respiratory disorders in panic disorders, major depressive disorder and v-code patient. Beha Resea Therapy 1994; 32: 647-9.



36. Alonso SJ, Navarro E. Estrés y problemas cardiovasculares. *Med Clinical* 1995; 104(14): 37-41.
37. Bueno A, Buceta J. Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio. Estudio de Caso. Madrid: Dykinson; 1997.

Solicitud de Sobretiros:

Mtra. en Psic. Leticia Ascencio Huertas.

División de Investigación del
Hospital Juárez de México.
Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160
Col. Magdalena de las Salinas.
CP. 07760, México, D.F.
Tel. (01)(5)5747-76-34;
conmutador: (01)(5)5747-75-60 ext. 503.
Correo electrónico: leash71@yahoo.com.mx