

PRAXIS

TRASTORNOS DE LA ANGUSTIA

CRISIS DE ANGUSTIA

Juana Mateo Castro

Psicóloga

INTRODUCCION

Cuando se trata de buscar diferencias nítidas de los conceptos ansiedad y angustia, observamos que la tarea resulta dificultosa.

Buscando la definición más próxima en cualquier diccionario al uso, encontramos que la ansiedad viene definida como: «Estado de inquietud de ánimo. Angustia que acompaña a muchas enfermedades, etc.». La angustia sería: «Aflicción, congoja. Temor opresivo...».

Para muchos autores las diferencias que presentan dichos conceptos, serían variaciones de la misma acepción. Esta cuestión de matiz, considera la

ansiedad desde una vertiente más cognitiva, siendo experimentada como un estado de inquietud y agitación. En cambio, la angustia sería considerada como una versión más corporal, somática, atemorizante y paralizante. Pero nuestro propósito no es dar una solución a la controversia cualitativo-cuantitativo.

Centrándonos en la angustia como objeto de interés primordial, observamos que en la práctica clínica se consideran ciertas diferencias entre la angustia normal y la patológica.

La angustia normal sería más benigna, difusa, controlable o adaptativa. La angustia patológica iría en detrimento

de la persona, limitándola, sería considerada como nociva, excesiva, incontrolable e intolerable.

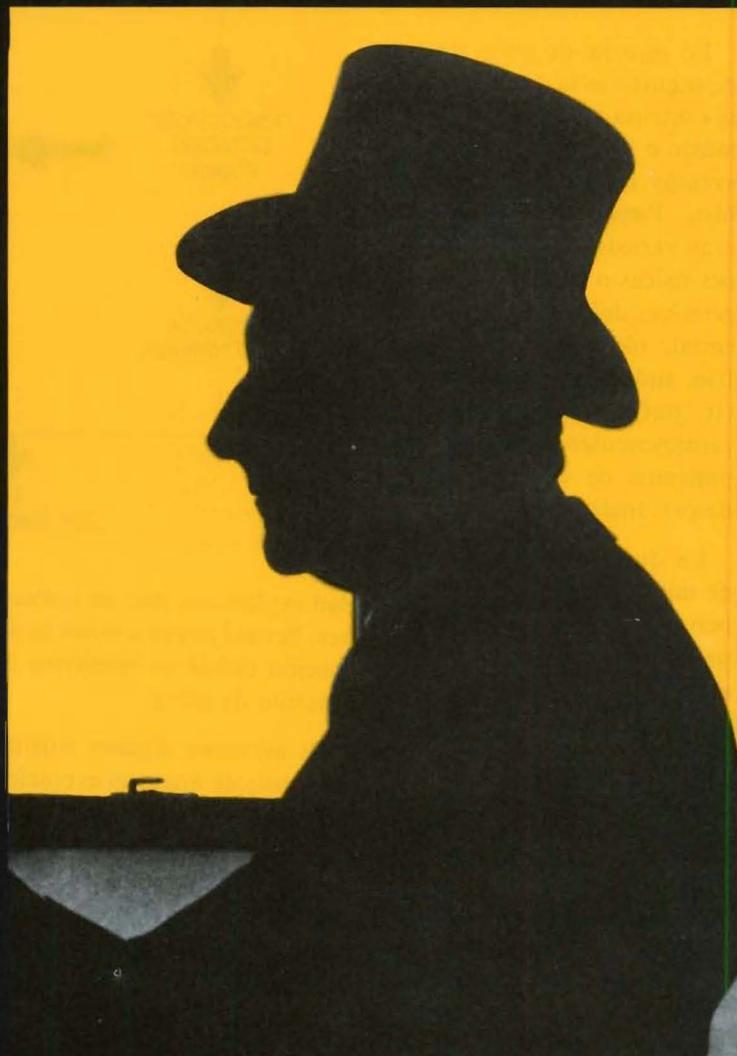
Una pauta evolutiva que marca otra diferencia es la angustia aguda y la angustia crónica.

Siguiendo el enfoque clínico, la angustia abarca un amplio abanico de manifestaciones posibles. A nivel cognitivo es experimentada como una sensación desagradable, intensa, sin razón aparente, relacionada con el devenir, la fatalidad, el miedo a volverse loco, a la muerte inminente.

A nivel corporal las respuestas del SNV pueden incluir diversos signos internos y externos: palpitaciones, mareos, náuseas, flojedad, sudoración, hormigueo, etc.

Los trastornos mentales, cuyo eje central lo constituye la angustia como síntoma más relevante, ha hecho fluir mucha tinta desde que Sigmund Freud describió los diversos tipos de neurosis (considerando la angustia como su elemento básico), hasta nuestros días.

La moderna clasificación de la A.A.P. (DSM. III-R), en su introducción adopta una pos-



tura claramente atórica con respecto a la aparición etiológica de los trastornos para basarse, principalmente, en una clasificación descriptiva de aquellos trastornos que comparten síntomas comunes.

Sobre el tema que nos ocupa, el DSM. III-R diferencia cinco categorías básicas de los trastornos de angustia:

Trastornos:

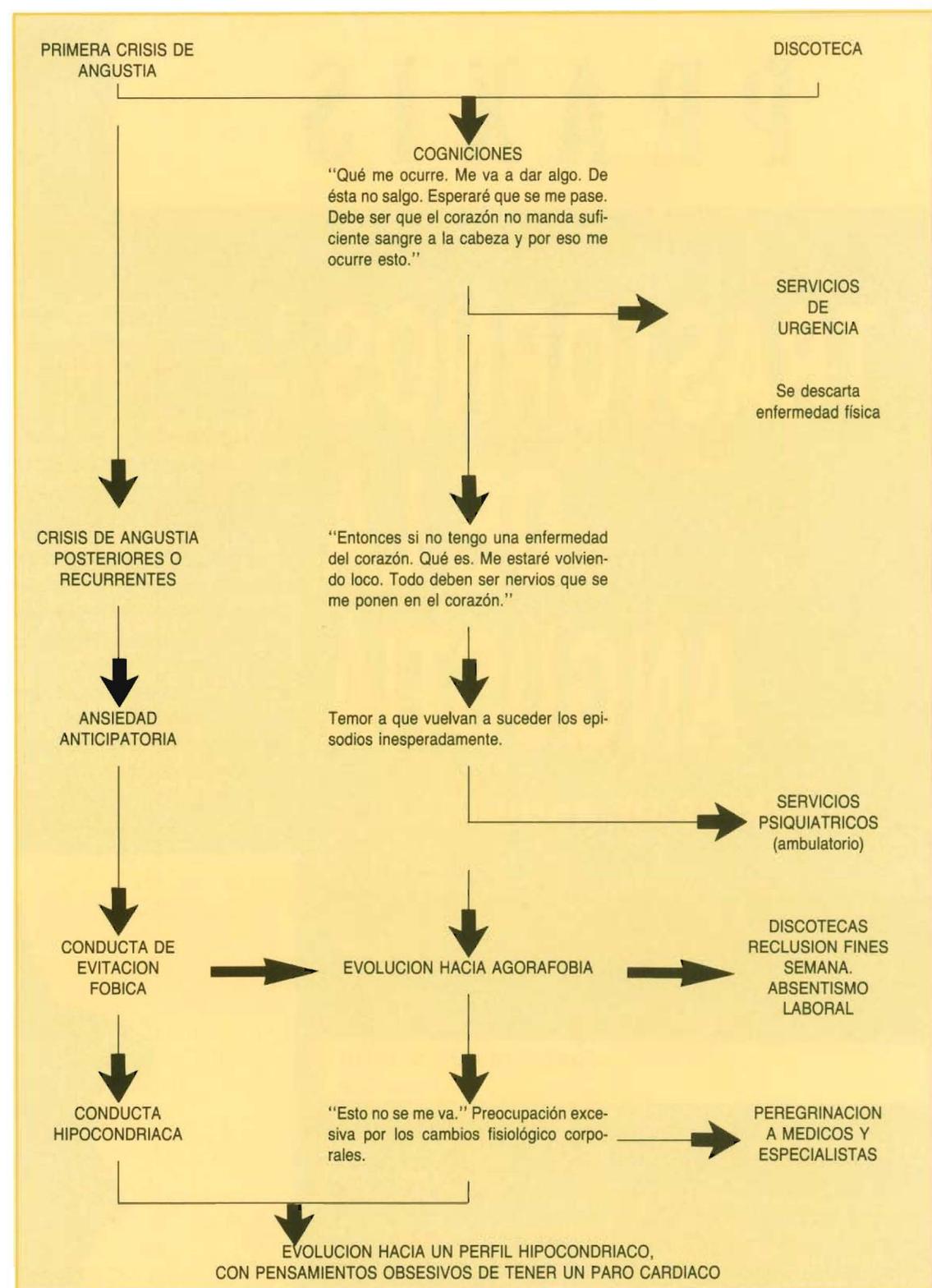
- Por angustia.
- Por ansiedad generalizada.
- Obsesivo-compulsivo.
- Fóbicos.
- Por estrés postraumático.

TRASTORNOS POR ANGUSTIA

La peculiar característica de este trastorno son los ataques de angustia o pánico (según el DSM. III crisis de angustia o panic attacks).

Lo esencial de estos ataques de angustia es la presencia súbita e intensa de una sensación de miedo o pánico, no asociado a eventos claramente identificables. Puede presentarse una gran variedad de manifestaciones físicas o hiperactividad vegetativa: dolor o malestar precordial, oleadas de calor y de frío, sudoración, miedo a morir, palpitaciones, síntomas cardiovasculares, vértigo, sentimientos de desrealización y despersonalización, etc.

La duración puede fluctuar de minutos a varias horas, experimentando después de la crisis sensación de cansancio. En el período entre crisis el sujeto se encuentra expectante, con un sentimiento de fatalidad, desarrolla un temor anticipatorio a que le pueda sobrevenir otro episodio de crisis. El sujeto no distingue claramente qué situaciones pueden favorecer o provocar estas crisis para él impredecibles. Algunos sujetos intentan evitar futuras crisis y tratan de buscar una causalidad



explicativa que, en ocasiones, lleva al sujeto a evitar la situación donde se manifestó el episodio de crisis.

Es así como algunos sujetos con crisis de angustia evolucionan hacia una agorafobia. Esta se caracteriza por un miedo intenso a encontrarse en lugares concurridos, donde llegar a la salida o escapar presente dificultad. También es frecuente que se eviten lugares donde se está lejos de casa o de un hos-

pital donde pueda ser rápidamente socorrido en caso de necesidad. Lógicamente, esta problemática limita considerablemente la actividad social y laboral de los sujetos.

PRAXIS

La intervención en un caso de crisis de angustia con evolución hacia agorafobia y perfil hipochondriaco se plantea ilustrada del siguiente modo:

El sujeto es un joven de 17 años. Realizó estudios hasta 1.º BUP con 15 años. Este mismo año fallece su padre a causa de una operación de cadera. La operación en sí no entrañaba dificultad, por lo que salió bien del quirófano, pero debido a una antigua complicación del corazón falleció el mismo día de un paro cardíaco. Esta experiencia inesperada es vivida traumáticamente por el joven y

le lleva a recluírse en casa sin querer salir durante el mes siguiente. Justo un año después comienza a trabajar de aprendiz en una tienda de cortinas.

Respecto al entorno social, sus amigos al igual que él empezaron a consumir esporádicamente «chocolate» en el Instituto y más tarde la práctica se hace habitual los fines de semana por la noche. Tiene dieciséis años cuando en navidades se plantean probar otras cosas: «speed» (la Metanfetamina «speed» sucedáneo de la Feniletifamina).

Es en enero de 1989, estando en una discoteca con sus amigos cuando experimenta una sensación extraña, inesperada, que consistía en palpitaciones, dolor precordial, sudoración, oleadas de calor y de frío, sensación de inestabilidad, de agobio y de muerte inminente.

Al llegar a casa comenzó a percibir las imágenes del entorno ópticamente extrañas, como si aumentasen de tamaño ciertos detalles.

Esa misma noche termina acudiendo a los Servicios de Urgencia del Hospital, sin que se encontrase enfermedad física que pudiera explicar los síntomas. El sujeto refiere que en esta ocasión no se encontraba bajo los efectos del «speed» u otras sustancias similares.

Temiendo que pueda producirse de nuevo la crisis, comienza a frecuentar cada vez menos las discotecas, pero los episodios angustiosos comienzan a presentarse nuevamente y en situaciones distintas (andando por la calle, en la trastienda, en la furgoneta del trabajo, en grandes almacenes, en casa...). Llega a generar un temor anticipatorio que le lleva a quedarse en casa los fines de semana e intenta que le den la baja laboral.

En febrero acude a los Servicios Psiquiátricos del ambulatorio. La primera vez se le receta Mutafase (que es un compuesto de Perifenazina y Amitriptilina, o sea, tranquili-

zante y antidepresivo). Más tarde el medicamento es sustituido por Haloperidol. Actualmente está en tratamiento con Orfidad (Loracepam).

En los antecedentes familiares, la madre manifiesta que por las noches, si oye un ruido, tiene el temor de que alguien haya entrado en casa y empieza a darle vueltas a la cabeza si habrá cerrado bien, si habrán entrado, para terminar finalmente levantándose y revisándolo todo.

A continuación presentaremos esquemáticamente el proceso evolutivo del caso:

TRATAMIENTO

El proceso terapéutico ha consistido en:

A. Fase de diagnóstico

- Historia personal del sujeto y la problemática.
- Aplicación de técnicas diagnósticas (Escala de ansiedad Hamilton, MMPI, STAI, Factor G de Intelligencia de Cattell, EPQ-A, Inventario de Depresión de Beck).
- Diagnóstico según criterios del DSM. III-R.

B. Análisis funcional

- Manifestaciones físicas.
- Factores cognitivos (pensamientos, creencias, imágenes que intervienen al inicio, durante y después de las crisis).
- Frecuencia, intensidad y duración.
- Respuestas emocionales desencadenadas.
- Factores elicítantes y mantenedores del síntoma.
- Consecuencias derivadas.

C. Primera fase del tratamiento

- Delimitar objetivos prioritarios (reducción de inten-

sidad y frecuencia de las crisis).

- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Intervención cognitiva (análisis en profundidad y comprensión de la cadena conductual que mantiene los ataques de pánico: Acontecimiento-Cognición-Sentimiento-Respuesta fisiológica-Respuesta conductual-Consecuencias).
- Entrenamiento en resolución de problemas.

D. Evaluación de la Primera Fase

- Análisis de objetivos logrados.
- Propuesta de nuevos objetivos.

E. Segunda Fase de Tratamiento

- Delimitar objetivos prioritarios (reducción de la agorafobia a niveles tolerables, supresión de la respuesta de evitación fóbica y abordaje de pensamientos obsesivos (hipocondríasis cardíaca).
- Exposición imaginaria y exposición «in vivo».
- Intervención cognitiva (detención de pensamientos obsesivos, cambio de atención y reconducción de pensamientos).

En el análisis de logros de la primera fase, el sujeto aseveró haberle sido muy útil las técnicas de relajación, así como darse cuenta que los episodios angustiosos no tenían un carácter totalmente fortuito y que éstos se manifestaban bajo ciertas circunstancias.

Las crisis antes del tratamiento se sucedían con una frecuencia de 3 a 4 semanalmente, y la intensidad medida del 0 al 9 (0 = ausencia, 9 = máxima intensidad) era de 9 a 8. Con el tratamiento se han reducido a una al mes con una intensidad de 2 a 3. Respecto a la agorafobia, se ha eliminado la respues-

ta de evitación a las discotecas, autobuses, grandes almacenes y furgoneta del trabajo, si bien persiste todavía una ligera ansiedad al permanecer durante varias horas en una discoteca.

Actualmente se está abordando la interpretación que el sujeto da a la menor variación corporal (oleadas de calor, sudoración...). Estos signos fisiológicos conducen al sujeto a la preocupación y al temor continuo de que le sobrevenga un inminente paro cardíaco.

BIBLIOGRAFIA

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (DSM. III-R), Ed. Masson, S. A.
- KIELHOLZ, P.: *Angustia: aspectos psíquicos y somáticos*. Ed. Morata.
- AYUSO, J. L.: *Trastornos de angustia*. Ed. Martínez Roca.
- CARNWATH, T., y MILLER, D.: *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: manual práctico*. Ed. Martínez Roca.
- BECK, A. T.; RUS, A. J.; SHAUN, B. F., y EMERY, G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Ed. DDB.
- MAHONEY, M. J.: *Cognición y modificación de conducta*. Ed. Trillas.
- BERNSTEIN, D. A., y BORKOVEC, T. D.: *Entrenamiento en relajación progresiva*. Ed. DDB.
- CAUTELA, J. R., y GRODEN, J.: *Técnicas de relajación*. Ed. Martínez Roca.
- GÜNTHER, K. M.: *Stress y conflictos: métodos de superación*. Ed. Paraninfo.
- BUENO, J. A.; SABANÉS, F.; SALVADOR, L., y GASCÓN, J.: *Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos de ansiedad*. Rev. Depto. Psiquiatría. Facultad de Med. Barna, 12, 5, 303-323 (1985).
- LARRABURU, I. S., y FARRÉ, J. M.: *Un caso de agorafobia con crisis de angustia tratado con técnicas cognitivo-conductuales. Una reflexión sobre nuevos procedimientos terapéuticos basados en terapia de conducta*. Rev. Dpto. Psiquiatría Facultad de Med. Barna, 12, 6, 389-390 (1985).