

DESCRIPCION DE CATORCE CASOS DE CRISIS DE ANGUSTIA Y SU IMPLICACION EN LA PRACTICA CLINICA

Manuel Sanchez Garcia

Unidad de Salud Mental SVS. Denia

La intención de este artículo es mostrar la dificultad que presenta la labor psicodiagnóstica y terapéutica, realizada únicamente desde una perspectiva del psicólogo clínico determinada por la propia naturaleza del trastorno, así como por la indeterminación de la ocurrencia del mismo.

1. DESCRIPCION DE CRISIS DE ANGUSTIA

El ataque de angustia tiene un comienzo brusco, breve, espontáneo, no ligado a sucesos claramente identificables. Se acompaña de sentimientos de aprensión, miedo o terror.

Efectivamente, muchos pacientes creen haber estado sometidos a un ataque cardíaco y la idea de la muerte va frecuentemente asociada a esta experiencia. Presenta numerosas manifestaciones físicas, tales como síntomas cardiovasculares y respiratorios, molestias abdominales, mareo, sudoración, temblor, hormigueos (parestias) y escalofríos. En algunos casos existen sentimientos de extrañeza referidos a él mismo o a su entorno. Otros menos frecuentes son la visión borrosa, la disfagia, náuseas y retortijones abdominales (Ayuso, 1988).

Con la ocurrencia de la crisis aparece ansiedad anticipatoria

y agorafobia (evitación de situaciones donde no es posible el escape). En ocasiones, tras las crisis, se establece un patrón de ansiedad generalizada (no antes), siendo estos pacientes susceptibles de establecer dependencia patológica de las personas de su entorno y conductas dependientes a sustancias (alcohol, sedantes). Parece predisponer a este trastorno haber padecido angustia de separación en la infancia, así como la pérdida brusca de apoyos sociales, o la alteración de las relaciones interpersonales. En cuanto a la prevalencia, es alta, con mayor incidencia familiar; siendo por sexos igual cuando no hay agorafobia y mayor en mujeres si se acompaña de ésta en la proporción de dos a uno.

Para establecer el diagnóstico se puede determinar siguiendo el DSM-III-R, donde está claramente especificado. Es importante considerar que puede confundirse una crisis de angustia con manifestaciones similares en pacientes afectados de hipoglucemia, feocromocitoma, hipertiroidismo, abstinencia a barbitúricos e intoxicación de cafeína y anfetaminas; se deduce, por tanto, la necesidad de un correcto diagnóstico diferencial, no sólo psicopatológico.

Para quien no esté familiarizado con el DSM-III-R, facilitaremos la comprensión de los siguientes apartados de este artículo, especificando algunos términos:

- Existen crisis completas (cuatro o más síntomas de los ya mencionados) y crisis de síntomas limitados (menos de cuatro).

- La intensidad de la crisis se define de la siguiente manera:

Grave: Al menos ocho crisis en el último mes.

Moderada: Intermedia entre grave y leve.

Leve: Crisis con síntomas limitados y no más de una en el último mes.

En remisión parcial: Intermedia entre leve y remisión total.

En remisión total: No se han producido crisis en los últimos seis meses.

- La agorafobia también habrá de definirse:

Leve: Cuando existe alguna evitación, pero una vida relativamente normal.

Moderada: La evitación da lugar a un tipo de vida bastante restringida.

Grave: La evitación obliga casi por completo a permanecer dentro de casa o hace al individuo incapaz de salir de ella sin compañía.

Remisión parcial: No existe evitación agorafóbica, pero la hubo en los últimos seis meses.

Remisión total: No existe evitación ni en los últimos seis meses.

2. EXPOSICION DE LOS CASOS CLINICOS

La pequeña muestra que vamos a revisar se compone de los pacientes que fueron atendidos en un período de dos años, de un total de 69 sujetos con problemas de ansiedad, diagnosticables como trastorno de angustia (20'3% de los trastornos de ansiedad). Es una muestra sesgada en cuanto que son pacientes atendidos en primera consulta por un miembro del Equipo de Salud Mental, psicólogo, previa selección del caso por la enfermera del Equipo. La tendencia es la cita con psiquiatría, según los datos que envía el médico remitente (existe una hoja para la petición de

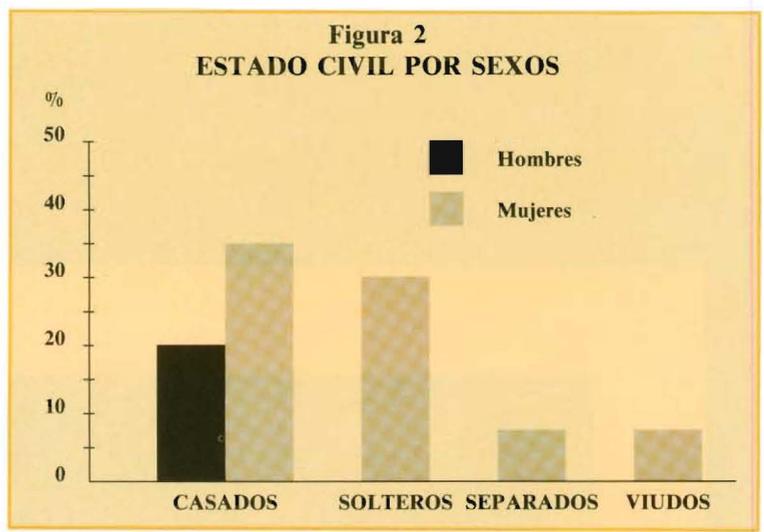
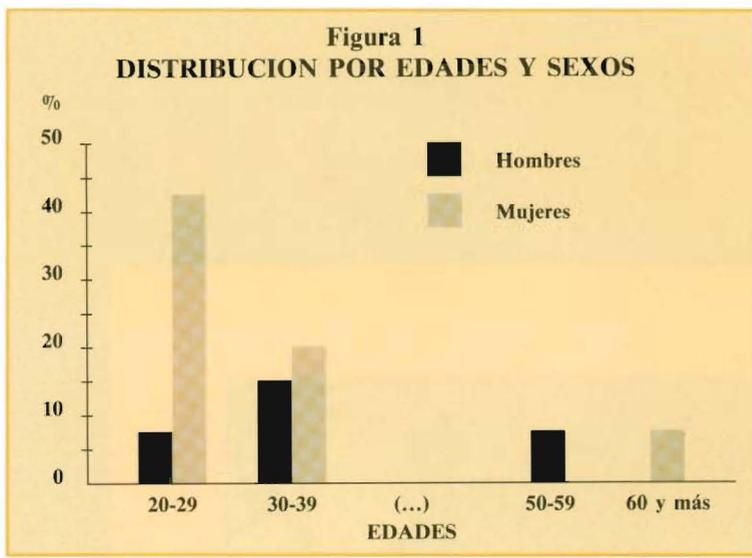


Figura 3
NIVEL ECONOMICO

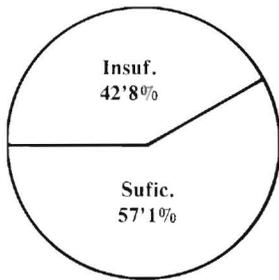


Figura 4
NIVEL DE INSTRUCCION

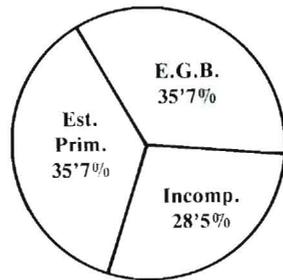


Figura 5
ACTIVIDAD PROFESIONAL

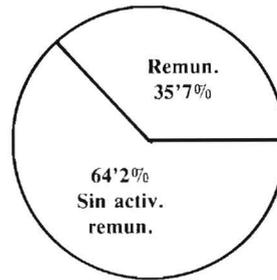
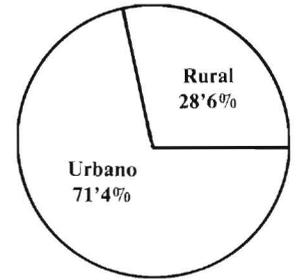


Figura 6
LUGAR DE RESIDENCIA



consulta a la Unidad) y una valoración inicial con el paciente. No son, por tanto, los componentes de esta muestra, representativos de la prevalencia o incidencia de este trastorno, aunque sí de la tarea cotidiana de un psicólogo clínico en este medio.

En las figuras 1, 2, 3, 4, 5 y 6 se presenta de forma visual las características de esta muestra.

2.1. Síntomas

Como se puede observar en la figura 8, existe una triada característica en estos pacientes: taquicardia, disnea y temblor. En el diagnóstico fenomenológico también resultan bastante discriminatorios estos datos, aunque no suficientes. El debut de estos síntomas ha sido reciente (últimos 6 meses) en la mitad de los individuos.

2.2. Denominación y tipos de crisis

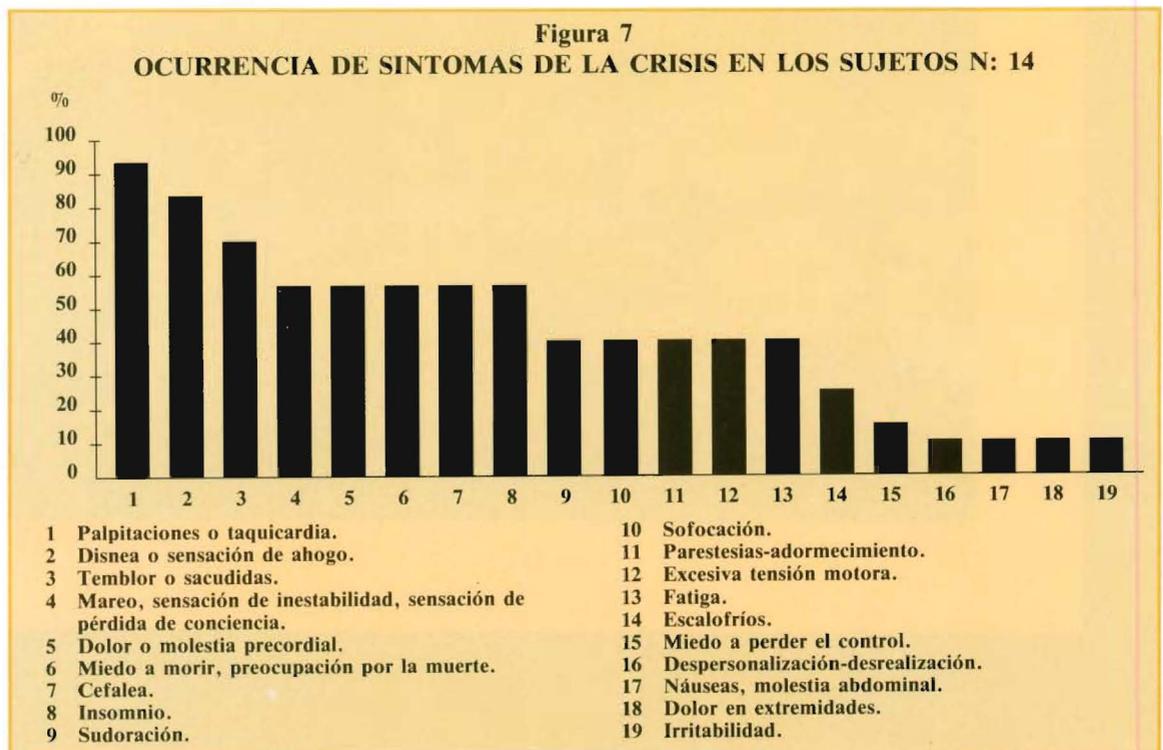
Si consideramos las variables «agorafobia» e «intensidad de la crisis» como ordinales, en

cuanto a su graduación, y calculamos la gamma de Goodman y Kruskal, se obtiene el valor que aparece en la tabla. Este resultado confirma la impresión que ofrecen los datos a simple vista, es decir, que la agorafobia responde más a la

experiencia personal del paciente que a la intensidad o tipo de crisis, al menos en esta muestra. Si comprobamos que, existiendo agorafobia, más del 70% lo encontramos dentro de las crisis completas moderadas y agudas.

2.3. Intensidad del estrés psicosocial

Como nos puede indicar el coeficiente gamma, se aprecia cierta tendencia en los datos, aunque no una clara relación.





El 38'5% de los datos se agrupan donde las dos variables son altas, pero otro porcentaje igual, sometidos a una leve intensidad de estrés, se distribuyen por todas las intensidades de la crisis.

Si consideramos el estrés como crónico o agudo (el DSM-III-R hace tal precisión) podemos apreciar su distribución en la figura 8.

Aunque ambos tipos de estrés no definen claramente, en estos pocos casos, el tipo de crisis, sí se observa que cuando es crónico predomina la intensidad baja y lo contrario en el caso de los agudos. Es decir, si los sujetos experimentan un estrés continuo bastará que sea débil, mientras que si es agudo precisará ser elevado, en lo que a esta muestra se refiere, en los trastornos de angustia. Esto sugiere la vulnerabilidad al estrés como acontecimiento relevante (agudo) o como malestar cotidiano (crónico).

2.4. Déficits conductuales-cognitivos

Consideramos estos aspectos por la inclusión en muchas teorías del estrés de su efecto (Mayor y Labrador, 1986; Beech, Burns y Sheffield, 1986, etc.). Los intentos adaptativos del organismo para afirmarse respecto al entorno pueden conducir a un estado de afrontamiento permanente, en la medida que la activación que provoca la cognición de amenaza no es suprimida por la acción de una forma definitiva. Esta instalación en la lucha sugiere un contexto ambiental de difícil modificación (¿estrés?), el uso de estrategias de enfrentamiento inadecuadas o la cognición de amenazas no objetivas a partir de evaluaciones peculiares del entorno (Valdés y Flores, 1985).

Se ha extraído de la historia clínica aquellos datos e impresiones que sugieren un déficit de tipo conductual y/o cognitivo, obteniendo la siguiente relación:

- Déficits en solución de problemas.

ADSCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS A LOS DISTINTOS TIPOS E INTENSIDADES DE LA CRISIS DE ANGUSTIA

AGORAFOBIA

		No presenta	Leve	Moderada	Total
CRISIS	Limitada y leve	1	2	0	3
	Moderada	3	3	1	7
	Grave	2	0	1	3
	Total	6	5	2	13

$$\gamma = -0'14$$

NOTA: Sólo constan 13 sujetos, debido a que una crisis podía tener etiología orgánica.

TABLA 2

INTENSIDAD DEL ESTRÉS EXPERIMENTADO EN EL ÚLTIMO AÑO POR LOS PACIENTES, SEGUN LAS CRISIS PRESENTADAS

ESTRES

		Leve	Moderado	Grave	Extremo	Total
CRISIS	Limitada y Leve	2	0	1	0	3
	Moderada	2	2	2	1	7
	Grave	1	0	2	0	3
	Total	5	2	5	1	13

$$\gamma = 0'27$$

- Escasa o nula habilidad de expresión de desacuerdo, rechazo o de capacidad de establecer vínculos sociales.

- Inadecuación de programación del ritmo laboral, doméstico y/o económico, así como de hábitos de vida cotidianos (sueño, alimentación, diversión...).

- Baja capacidad negociadora.

Al agrupar los datos en cuanto a la presencia o no de estos déficits y la intensidad de estrés experimentado en el último año (figura 9), se observa un balance entre déficit y estrés:

a) Si no existe déficit, se evidencia alto estrés.

b) Cuando existe déficit, predomina una menor intensidad de estrés.

En concordancia a la teoría, da la impresión que las habilidades sociales, el componente

asertivo y un buen enfrentamiento, se conjugan con el estrés en el trastorno de ansiedad por angustia. Pudiera parecer que si no hay déficit (sujeto hábil), para que exista trastorno se «precisa» estrés más elevado, mientras que los sujetos con déficit (sujeto inhábil) ya son susceptibles con menor estrés (por otro lado más frecuente en la vida cotidiana).

2.5. Terapia

El tratamiento más adecuado es el mixto, es decir, el que combina la farmacología con la psicoterapia, siendo conveniente empezar por la primera (Ayuso, 1988). En el caso que tratamos, la opción en terapia psicológica se ha basado en estos tres paquetes:

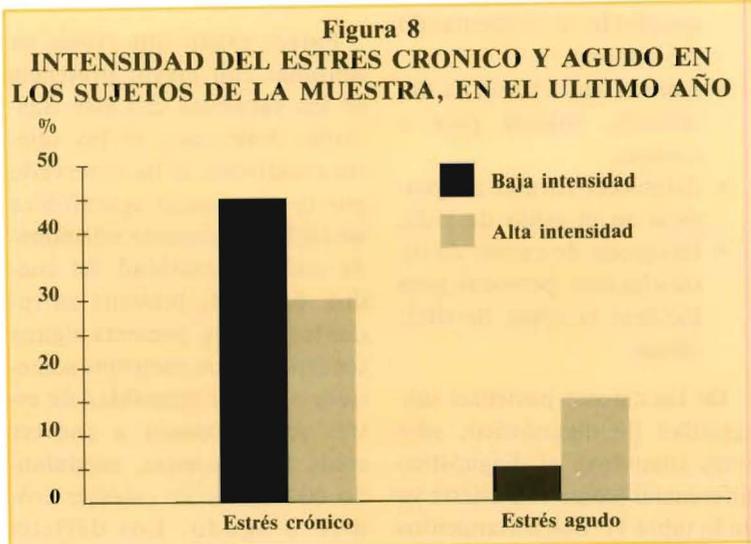
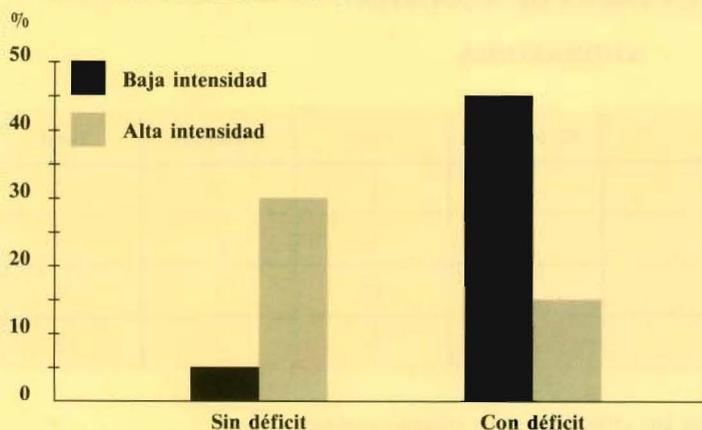


Figura 9

ALTA/BAJA INTENSIDAD DE ESTRÉS EN PACIENTES CON/SIN DÉFICIT COGNITIVO-CONDUCTUAL



a) Relajación-respiración: Como forma de adquirir sensación de autocontrol y poder rebajar el nivel de tensión previo a la crisis, como estrategia para rebajar la ansiedad anticipatoria.

b) Técnicas cognitivo-conductuales:

- Exposición en vivo y/o moldeamiento para la agorafobia.
- Autoinstrucción para la ansiedad anticipatoria.
- Solución de problemas, cuando coexisten situaciones ante las que no se sabe cómo actuar, aunque no tengan que ver directamente con las crisis.
- Habilidades sociales de expresión de sentimientos y/o asertividad.

c) Apoyo:

- Desangustiar al paciente, creando una atmósfera agradable y comentando sus temores.
- Animar en la toma de decisiones, valorar pros y contras.
- Establecer formas adaptativas en el estilo de vida.
- Búsqueda de causas de insatisfacción personal para facilitar la toma de decisiones.

De los catorce pacientes susceptibles de diagnóstico, sólo trece superaron el diagnóstico diferencial (como se advierte ya en la tabla 1). Los tratamientos

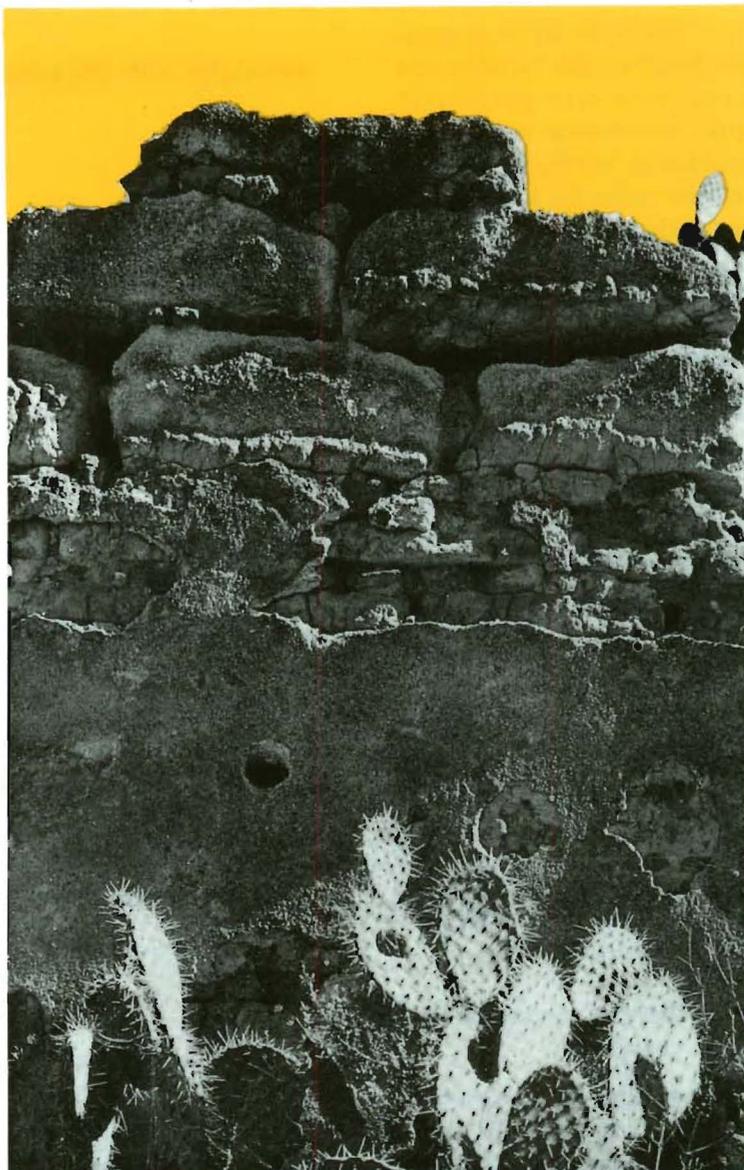
—a cargo del psicólogo— han combinado, desde los tres paquetes de tratamiento a uno solo, junto al psiquiatra o al médico de cabecera o ambos. En un caso leve, la única aportación terapéutica fue el entrenamiento en respiración-relajación. En los casos atendidos hasta el final (4 sujetos) se ha apreciado, como mínimo, la remisión parcial del trastorno.

3. CONCLUSIONES

Los datos aquí presentados no son representativos de los sujetos que padecen de crisis de angustia, pero sí de la práctica clínica de un psicólogo de una Unidad de Salud Mental.

De catorce casos presentados sólo hemos seguido el estudio de trece, por la exclusión de un paciente debido a la presencia de dudas acerca de la etiología del trastorno.

Parece existir una triada de síntomas con mayor presencia en los pacientes con este trastorno. Asimismo, en los sujetos estudiados, se ha observado que la experiencia agorafóbica no está directamente relacionada con la intensidad del cuadro. El estrés, presente en todos los sujetos, presenta alguna tendencia: Los pacientes sometidos a mayor intensidad de estrés se aproximan a padecer crisis más intensas, modulando este efecto su carácter crónico o agudo. Los déficits



cognitivo-conductuales se combinan con el estrés y su intensidad para su presencia en los individuos.

Es necesario destacar, también:

- Necesidad de descartar probable etiología orgánica o de sustancias.
- La farmacología como único tratamiento específico para la crisis.
- Aceptable capacidad de introspección por parte del sujeto y una disposición favorable hacia la búsqueda de sus limitaciones, así como su modificación. Todo esto debido a la inespecificidad ambiental de las crisis y porque no suele aparecer un patrón de comportamiento excesivamente anómalo o inaceptado.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: «DSM-III-R». Ed. Masson, 1988.

AYUSO, J. L.: «Trastornos de angustia». Ed. Martínez-Roca. Colecc. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, 1988.

BEECH, H. R.; BURNS, L. E., y SHEFFIELD, B. F.: «Tratamiento del estrés: Un enfoque comportamental». Ed. Alhambra, 1986.

FREEDMAN, A. M.; KAPLAN, H. I., y SADOCK, B. J.: «Compendio de psiquiatría», Salvat editores, S. A., 1981.

VALDÉS, M.; FLORES, T.: «Psicología del estrés». Ed. Martínez-Roca, 1985.

MAYOR, J.; LABRADOR, F. J.: «Manual de modificación de conducta». Ed. Alhambra, 1986.