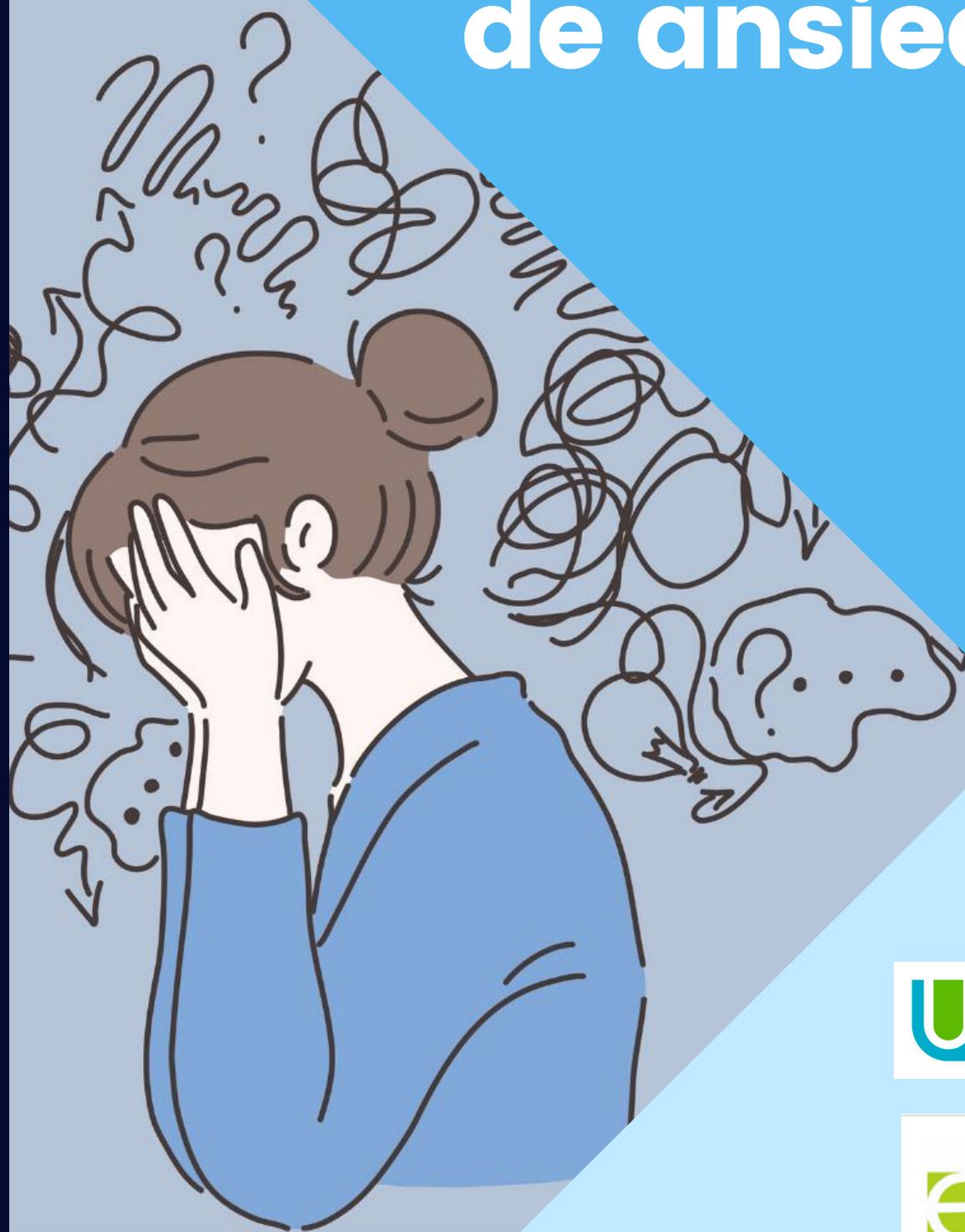


Protocolo de atención primaria para el trastorno de ansiedad





Protocolo de Atención para los Trastornos de
ansiedad

Gloria Andrea Romero Vaca
Yuri Camila Castro Marín

Universidad Cooperativa de Colombia
Práctica Organizacional
Villavicencio, Meta
2020



Contenido

1 INTRODUCCIÓN

- 1 Recomendaciones generales
- 2 Marco legal
- 3 Introducción

3 EVALUACIÓN

- 21 Definición
- 22 Entrevista semiestructurada

2 MARCO CONCEPTUAL

- 4 Definición
- 5 Trastorno de ansiedad por separación
- 6 Mutismo selectivo
- 6 Trastorno de fobia específica
- 7 Trastorno de fobia social
- 7 Trastorno de pánico
- 8 Agorafobia
- 8 Trastorno de ansiedad generalizada
- 9 Etiología
- 10 Síntomas
- 11 Criterios Diagnósticos
- 18 Factores de riesgo

4 INTERVENCIÓN

- 23 Definición
- 24 Técnicas cognitivo conductuales
- 24 La exposición
- 25 Relajación
- 25 Reestructuración cognitiva
- 25 Desensibilización sistemática

Recomendaciones generales

Es importante considerar que la presente guía esta creada para el manejo general de los trastornos de ansiedad. Cada uno de los casos presenta particularidades que deben ser tratadas de manera específica y adecuada según la necesidad que el paciente requiere. Para la apropiada comprensión del documento algunas de las palabras se encuentran con abreviatura como en el caso de trastorno de ansiedad al cual se refiere a las siglas (TA) trastorno de ansiedad por separación (TAS) mutismo selectivo (MS) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Cada uno de los temas tratados en el documento se encuentran basados en diferentes investigaciones, teorías y en el DSM-5.



Artículo 13

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.



Artículo 44

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.



Artículo 47

El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Introducción

El presente documento es una guía de atención clínica creada con el propósito de direccionar el proceso de evaluación e intervención dirigido por profesionales de la ESE SOLUCION SALUD a pacientes que presentan ansiedad. El documento brinda todas las herramientas necesarias para llevar a cabo una atención de calidad según las necesidades que manifiesta cada paciente. En la guía se establecen todas las recomendaciones para la atención, el manejo, evaluación, diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad, lo cual le permitirá al especialista en salud mental encontrar respuesta a muchos de los cuestionamientos que plantea la atención y el cuidado de pacientes que presentan cuadros de ansiedad.

La ansiedad hace parte del ser humano, todas las personas de una u otra forma en algún momento de su vida la han experimentado en un grado moderado, siendo ésta una respuesta adaptativa que se manifiesta en situaciones de estrés. Sentir ansiedad de manera ocasional es completamente normal, puede presentarse al hablar en público por primera vez, realizar una prueba o examen, tener alguna dificultad laboral o tomar una decisión importante. El problema radica cuando la serie de síntomas o manifestaciones se presentan de manera exponencial en situaciones de la vida cotidiana. La ansiedad se presenta como una combinación de manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, además pueden revelarse en forma de crisis, creando en la persona un estado persistente y difuso que puede llegar al pánico (Sierra y Ortega, Zubeidat, 2003).

La ansiedad es una emoción que surge ante diversas situaciones inciertas, anticipando una posible amenaza, con lo cual prepara a la persona para hacerle frente a la situación a través de una serie de reacciones y cambios a nivel cognitivo, fisiológico y emocional que dispone al individuo para la defensa o huida. Algunas de las reacciones pueden ser aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión muscular, sudoración y temblores. Esta serie de cambios son respuestas normales en situaciones de estrés. La ansiedad se transforma en patológica cuando los síntomas se presentan de manera desproporcionada y prolongada para la situación que se le está haciendo frente. Es allí en donde resulta necesario brindar atención oportuna al paciente (Navas y Vargas, 2012).

Trastorno de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas se relacionan, aunque también se puede diferenciar estando el miedo frecuentemente asociado a excesos de activación autónoma necesarios para la defensa o la fuga, pensamiento de peligro inminente y conductas de huida. La ansiedad está más asociada con la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamiento cauteloso o evitativos (Asociación americana de psiquiatría, 2014).

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociadas. Los trastornos de ansiedad se diferencian por ser excesivos o persistir en un tiempo aproximado de 6 meses o más, cada trastorno de ansiedad se diagnostica solo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explica mejor por otro trastorno mental (Asociación americana de psiquiatría, 2014).

Entre los trastornos de ansiedad se encuentran:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación es una manifestación emocional psicopatológica en la cual el niño experimenta angustia al separarse físicamente de la persona con la que se encuentra vinculado. En este caso el sujeto presenta incapacidad para estar a solas y no puede separarse de la persona que es emocionalmente significativa en la vida. La angustia que manifiesta es evidentemente excesiva. Suele presentarse con mayor frecuencia en la infancia media entre los 7 y 9 años de edad, normalmente disminuye con la edad, pero en algunos casos las conductas pueden mantenerse hasta la edad adulta. La ansiedad relacionada a la separación puede presentarse en el niño como preocupación, miedo, nerviosismo, tensión o rabia al separarse del cuidador. Pacientes niños o adolescentes que presentan un trastorno de ansiedad por separación cuando sean adultos tiene mayor probabilidad para desarrollar trastorno de angustia con agorafobia (Pacheco & Ventura, 2009).

La ansiedad suele presentarse como dolor de cabeza, abdominal, náuseas, vómitos que suelen presentarse antes y durante la separación. Las manifestaciones del trastorno pueden variar según la edad del niño, incluyen malestar emocional, quejas somáticas repetidas anticipatorias al momento de la separación. Los pacientes que presentan el trastorno se rehúsan a estar solos, temen estar sin compañía durante la noche y se niegan a asistir al colegio. El inicio de la patología puede ser agudo o cauteloso tras enfrentar un episodio de estrés, la muerte de un ser querido o una mascota, un cambio drástico como cambio de barrio, colegio o ciudad. Los trastornos de tipo ansioso suelen provocar un impacto negativo en las diferentes áreas del paciente, afectando significativamente la autoestima, el rendimiento académico y la integración social (Pacheco & Ventura, 2009).

Mutismo selectivo

Es un trastorno que se caracteriza por fracaso constante al hablar en situaciones específicas, puede presentarse en el área educativa o social, aunque no se presenta en todas las situaciones de la vida diaria como en el hogar. Generalmente los síntomas manifestados son específicos al contexto. En presencia de diferentes personas puede incrementar o disminuir los síntomas. Una característica importante de la patología es que los niños que la presentan muestran capacidades diferentes para utilizar la comunicación no verbal. En algunos casos los niños no se ríen ni tosen en frente de otras personas e inclusive son incapaces de expresar las necesidades fisiológicas. Lo anterior demuestra la gravedad del trastorno. El mutismo selectivo suele presentarse entre los 2 a los 5 años de edad, pero no es detectado hasta que el niño inicia la etapa escolar. Las personas que lo presentan tienen miedo de cometer errores y no les gusta ser el centro de atención (Oerbeck, Manassis, Overgaard & Kristensen, 2018).

Trastorno de fobia específica

El trastorno por fobia específica es la respuesta de miedo excesivo, insistente e irracional ante estímulos que plantean un peligro real mínimo, pero provoca ansiedad, conductas de evitación e inclusive un ataque de pánico. que se presenta. El estímulo que se presenta puede ser físico o situacional, lo cual desata una incontrolable conducta de evitación. Si la conducta no se logra manifestar se produce un cuadro ansioso muy grave. Las fobias específicas son duraderas, producen reacciones físicas y psicológicas intensas, afectando considerablemente la calidad de vida de la persona que la padece. La manifestación ansiosa puede iniciar incluso antes de presentarse el estímulo fóbico. La fobia puede aparecer ante diversas categorías entre ellas esta la fobia animal, al entorno natural o situacional (Delgado & Sánchez, 2019).

Trastorno por fobia social

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso, insistente y excesivo como respuesta a situaciones sociales o actuaciones delante de otras personas, en las que el individuo siente temor de ser observado o en verse envuelto en una situación de humillación. Las situaciones sociales suelen ser evitadas a toda costa y en el caso de no poder evitarlas las soporta con un nivel alto de ansiedad. Esta patología afecta de manera negativa en la vida de la persona, produciendo un malestar clínicamente significativo. La exposición a diversas situaciones temidas provoca ansiedad e incluso ataques de pánico. En el caso de las personas adultas que lo padecen son capaces de reconocer que el miedo que manifiestan es excesivo e irracional, pero esto no sucede en el caso de los niños que lo presentan, quienes experimentan ansiedad anticipatoria inclusive muchos días antes de tener que hacer frente a la situación social (Bados, 2009).

Existen diversas situaciones en las que la persona puede sentirse un alto grado de ansiedad, algunas pueden ser:

- Intervención pública
- Interacción formal
- Interacción asertiva
- Ser observado

Trastorno de pánico

El trastorno de pánico es la presencia imprevisible de crisis de pánico frecuentes de ansiedad grave o pánico. Estos ataques se caracterizan por la presencia de temor a los desastres o miedo a perder el control, inclusive cuando no existe la presencia de un peligro real. En las situaciones donde se presenta el individuo puede perder el autocontrol. La aparición súbita de miedo o malestar intenso alcanza la máxima expresión en cuestión de minutos, manifestando frecuencia cardíaca y respiratoria acelerada, sudoración, temblor o tensión muscular, dolor o molestias en el tórax, náuseas, sensación de vértigo. En algunos casos los ataques de pánico van seguidos de mínimo un mes de inquietud y preocupación insistente por la aparición de nuevas crisis. La edad de aparición de la patología oscila entre los 20 y los 24. años (Amodeo, 2007).

Agorafobia

El trastorno por agorafobia consiste en un miedo y ansiedad persistente al encontrarse en lugares de donde es difícil escapar, en donde no se puede pedir ayuda, se siente atrapado, indefenso o avergonzado. La mayoría de personas que lo presentan lo padecen luego de manifestar uno o más ataques de pánico, lo cual les genera preocupación por volver a experimentar un ataque, de manera que evita a toda costa volver a los lugares en donde se presentó el episodio. El individuo genera temor a situaciones reales o anticipadas. La incapacidad generada condiciona la vida de quien lo padece, afectando considerablemente la calidad de vida en áreas como la laboral, personal, social, educativo y familiar (Peñate, Pitti, Bethencourt & Gracia, 2006).

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno por ansiedad generalizada está asociada a la preocupación excesiva por problemas de la vida cotidiana, inclusive cuando hay poca o ninguna razón para sentirse nervioso, se asocia a síntomas físicos de ansiedad. El inicio de la patología es insidioso, de evolución crónica, recurrente y con sintomatología continua. Generalmente las personas que lo padecen manifiestan presentar molestias somáticas. La preocupación excesiva se vuelve difícil de controlar e interfiere en el desarrollo de la vida diaria. La patología presenta síntomas similares a los del trastorno de pánico, se manifiesta lentamente y suele comenzar durante la adolescencia o la adultez temprana, aunque puede manifestarse a cualquier edad (Bados, 2005).

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en la población. Las causas no son totalmente conocidas, pero pueden derivarse tras la interacción de múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Desde el punto de vista neurobiológico la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafe, locus cereleus) estructuras que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico (Navas y Vargas, 2012).

- **Factores biológicos:** Se han encontrado elementos genéticos importantes en la predisposición de los trastornos de ansiedad, especialmente en el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo. Los parientes con primer grado de consanguinidad de personas que presentan trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de manifestar el trastorno. En el caso de los parientes de parientes de primer grado de consanguinidad de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (Navas y Vargas, 2012).

- **Factores psicosociales:** Existen diferentes estresores psicosociales como el interpersonal, laboral o socioeconómico, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes o cambios fuertes en el estilo de vida funcionan como agravantes o precipitantes en muchos casos de trastornos de ansiedad, especialmente en los de tipo ansioso y en la ansiedad generalizada (Navas y Vargas, 2012).

- **Factores traumáticos:** Hacer frente a algún tipo de acontecimiento traumático que no hace parte de la experiencia normal humana, tales como un accidente grave, desastres, asaltos, torturas o secuestro, provoca serios daños biológicos cerebrales que se asocian a los síntomas de ansiedad, como en el caso del estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (Navas y Vargas, 2012).

- **Factores psicodinámicos:** La ansiedad funciona como una señal de alarma que provoca que el individuo adopte medidas de defensa. Si la defensa tiene éxito la ansiedad tiene a desaparecer, pero si esto no sucede y por el contrario se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede manifestar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos e incluso obsesivos compulsivos (Navas y Vargas, 2012).

- **Factores cognitivo conductuales:** Los patrones cognitivos negativos conducen a conductas desadaptativas y trastornos emocionales. En pacientes que presentan un sistema de pensamientos negativos pueden desencadenar ataques de pánico (Navas y Vargas, 2012).

Síntomas generales de la ansiedad

Según Navas y Vargas (2012) Los síntomas de la ansiedad varían desde la aparición de sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. Pueden presentarse a nivel físico, fisiológico y cognitivo conductual.

Síntomas físicos

- Temblores, contracción o sensación de agitación
- Tensión o dolor en los músculos
- Inquietud
- Fatiga
- Parestesias
- Cefalea
- Dolor precordial

Síntomas fisiológicos

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo
- Aumento en la frecuencia cardiaca
- Sudoración o manos frías y húmedas
- Boca seca
- Mareos o sensación de inestabilidad
- Náuseas, diarrea o molestias abdominales
- Sensación de nudo en la garganta
- Poliuria
- Aerofagia
- Meteorismo

Síntomas cognitivos conductuales

- Sensación de que algo va a suceder, peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aprensión
- Respuesta de alarma exagerada
- Quejas de pérdida de memoria
- Dificultad para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Dificultad para conciliar el sueño
- Irritabilidad
- Conductas de evitación de determinadas situaciones
- Obsesiones o compulsiones
- Inhibición o bloqueo psicomotor

Criterios diagnósticos



Trastorno de ansiedad por separación

Asociación americana de psiquiatría (2014)

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (ej, perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo o en otro lugar.
5. Miedo excesivo y persistente o resistente a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (ej, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómito) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder.

Mutismo selectivo

Asociación americana de psiquiatría (2014)

- A.** Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (ej, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B.** La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.
- C.** La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D.** El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E.** La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (ej, trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otros trastorno psicótico.



Fobia Específica

Asociación americana de psiquiatría (2014)

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (ej, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como la agorafobia), objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Asociación americana de psiquiatría (2014)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (ej, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (ej, comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (ej, dar una charla).

Nota: en los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no en la interacción con adultos.

B. El individuo tiene cierto miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofendan a otras personas).

C. Las situaciones casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se pueden expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizado, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej, una droga o medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

J. Si existe otra enfermedad (ej, enfermedad de parkinson, obesidad, desfiguración debido a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o evitación debe estar claramente no relacionada con éstas o ser excesivos.

Trastorno de pánico

Asociación americana de psiquiatría (2014)

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o malestar en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

Nota: Se puede observar síntomas específicos de la cultura (ej, acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al menos (o más) uno o los dos hechos siguientes:

1. inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques pánico o de sus consecuencias (ej, pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
2. Una cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (ej, comportamientos destinados a evitar ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares.

Agorafobia

Asociación americana de psiquiatría (2014)

A. Miedo o ansiedad intensa a cerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso de transporte público.
2. Estar en espacio abiertos.
3. Estar en sitios cerrados.
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (ej, miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requiere la presencia de un acompañante o se resiste con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente y dura seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (ej, enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente exitosa.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, no está relacionados con las obsesiones o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, sucesos traumáticos o miedo a la separación.

Trastorno de ansiedad generalizada

Asociación americana de psiquiatría (2014)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se producen durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presente durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solo se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica) ni a otra afección médica (ej, hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (ej, ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social, contaminación u otras obsesiones, ansiedad por separación, estrés postraumático, esquizofrenia o trastorno delirante).

Factores de riesgo

Asociación americana de psiquiatría (2014)

Trastorno de ansiedad por separación

Factores ambientales

- Se desarrollan con frecuencia después de un estrés vital, en especial una pérdida (muerte, enfermedad propia o de un familiar, cambio de colegio, divorcio, cambiar de entorno, separación de la figura de apego).
- Debido a la sobreprotección parental o la inseguridad y el intrusismo.

Factores Genéticos

- El trastorno de ansiedad tiene una heredabilidad del 73%, mas que el trastorno se hereda las vulnerabilidades para estas problemáticas.
- La expresión de miedo a la separación es mas comunes en los varones.

Mutismo selectivo

Factores Temperamentales

- Neuroticismo o inhibición conductual
- Historia familiar de timidez
- Aislamiento social y ansiedad social.

Factores Ambientales

- Inhibición social por parte de los padres
- Sobreprotección de los padres.
- clima familiar negativo.

Fobia específica

Factores ambientales

- Sobreprotección parental
- Pérdida o separación de los padres
- Maltrato físico y abuso sexual
- Exposición negativa o traumática al objeto o situación temida

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Asociación americana de psiquiatría (2014)

Factores ambientales

- Maltrato infantil
- La adversidad

Factores genéticos

- La inhibición conductual
- Modelado por parte de los padres
- El trastorno de ansiedad social de actuación es hereditario

Trastorno de pánico

Factores ambientales

- Experiencias de abuso sexual
- Maltratos físicos
- Fumar
- Factores estresantes (enfermedades, muertes, experiencias con spam)

Factores temperamentales

- Experimentar emociones negativas
- Sensibilidad a la ansiedad
- Episodios de miedo

Factores genéticos

- Existen genes que confieren vulnerabilidad
- Padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares
- Antecedentes personales, familiares y comorbilidad.

Agorafobia

Asociación americana de psiquiatría (2014)

Factores ambientales

- Sucesos negativos en la infancia
- Acontecimientos estresantes (robo o atraco)
- Exceso de sobreprotección
- Clima familiar escaso de calidez

Factor temperamental

- Inhibición de conducta
- Neuroticismo

Factores genéticos

- La heredabilidad es del 61% de intensidad, es el trastorno con mayor nivel de asociación.

Trastorno de ansiedad generalizada

Factores ambientales

- Acontecimientos estresantes en la infancia
- Exceso de sobreprotección

Factor temperamental

- Inhibición de conducta
- Neuroticismo
- Evitación del daño.



Evaluación

Para iniciar el proceso de evaluación de los trastornos de ansiedad es necesario realizar una entrevista semiestructurada completa y detallada al paciente para descartar una etiología médica o neurológica. En ella se debe incluir la valoración de antecedentes personales tales como la frecuencia y prevalencia del uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades orgánicas conocidas y acontecimientos vitales estresantes vinculados al área familiar, social, educativa y laboral. Es importante descartar otras patologías medicas que puedan simular o presentar síntomas psiquiátricos, ya sea por la fisiopatología o por los efectos secundarios del tratamiento. A partir de la información recolectada será posible establecer la categoría en la que se encuentra el paciente según la clasificación del DSM-V y el CIE-10 (Navas y Vargas, 2012).

Según Navas y Vargas (2012) en la evaluación del trastorno de ansiedad se pueden aplicar diferentes escalas que ofrecen gran utilidad en el análisis de la psicopatología. Es importante entender que las escalas por si solas no generan un diagnostico de la enfermedad, pero si funciona como un apoyo en el juicio clínico, además en puntuaciones altas permiten sospechar la presencia de una patología mental. Las escalas pueden ser:

Entrevista

semiestructurada

La entrevista permite llegar a una comprensión global de la problemática y poder establecer un diagnóstico más claro, en ella se recolecta información necesaria para orientar el proceso (Bulbena, Casquero, Santiago, Diaz, et al. et al., 2008)

Fase preliminar

- Recepción empática
- Especificar los aspectos legales del proceso.
- Conocer el motivo de consulta.
- Expectativas del proceso.
- Explicación de los aspectos generales del proceso.

Fase exploratoria

- Obtener información básica:
 - Cómo son los síntomas
 - Localización
 - Intensidad
 - Cronología y evolución
- Recoger información complementaria:
 - Presencia de patología orgánica o yatrogenia
 - Factores desencadenantes: cambios, duelos, etc
 - Entorno sociofamiliar
 - Antecedentes personales: episodios maníacos, depresiones previas...
 - Situaciones que empeoran o mejoran
- Exploración de la esfera psicosocial:
 - Creencias y expectativas
 - Contenido del pensamiento
 - Afectividad
 - Personalidad

Intervención

Quando hablamos del tratamiento psicoterapéutico de un trastorno hay dos cuestiones importantes a tener en cuenta y que son de gran importancia. La primera es tener claridad de los criterios que llevan a considerar que un tratamiento es eficaz o adecuado para el trastornos a intervenir y la segunda hace referencia a la etiología del trastorno, es decir, a las causas que se entienden determinan el desarrollo y mantenimiento, porque es en función de éstas que se diseñan y aplican los distintos programas de intervención (Bulbena, Casquero, Santiago, Diaz, et al. 2008).

el tratamiento útil es aquel que permite generalizar los resultados a contextos clínicos reales, lo que incluye las características de pacientes y terapeutas, incorporando la forma de trabajar en dichos contextos. Además, la viabilidad de la intervención involucra la aceptabilidad por parte de los pacientes y la probabilidad del cumplimiento (Bulbena, Casquero, Santiago, Diaz, et al. 2008).

En la mayoría de los casos los pacientes acuden a consulta en los primeros meses de inicio de los síntomas, por lo cual es necesario ofrecer una explicación clara sobre la manera en que se van a experimentar tanto los síntomas físicos como fisiológicos y cognitivos. Para el adecuado manejo de los trastornos de ansiedad se debe diseñar un plan de tratamiento claro que responda a las necesidades y particularidades que presenta el paciente. El proceso de intervención puede ser a corto plazo o a largo plazo (Navas y Vargas, 2012).

- **Tratamiento a corto plazo** (12 semanas) el objetivo es la disminución en la frecuencia e intensidad en que se presentan las crisis, control de la ansiedad anticipatoria y de las conductas evitativas que manifiesta el paciente. En algunos casos es necesario combinar la psicoterapia con el tratamiento farmacológico para inhibir la recaptación de serotonina (Navas y Vargas, 2012).

- **Tratamiento a largo plazo** (3 a 4 meses) el objetivo es mantener el control sobre los síntomas y reducir la probabilidad de recaída. La psicoterapia bien estructurada es la mejor opción para intervenir a pacientes que presentan trastornos de ansiedad (Navas y Vargas, 2012).

Técnicas cognitivo conductuales

Se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la Terapia de Conducta que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de éstos y la Terapia Cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias y pensamientos) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de éstos con los síntomas, y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta (Bulbena, Casquero, Santiago, Díaz, et al. 2008).

Desde la terapia de conducta se proponen básicamente dos tipos de estrategias: la terapia de exposición, la terapia de relajación y la reestructuración cognitiva (Angeles, Isabel y Villalobos, 2012).

La exposición

Las intervenciones basadas en la exposición son consideradas un ingrediente de todas las intervenciones psicológicas eficientes, para los trastornos de ansiedad. El uso de la exposición consiste en colocar al individuo en contacto con el estímulo temido, con el objetivo de producir la habituación al estímulo, la extinción de la respuesta de miedo y así proveer oportunidades de establecer nuevas asociaciones, es decir, de facilitar un nuevo aprendizaje en relación con el estímulo temido. La evidencia empírica ha mostrado que la exposición sistemática y continuada al estímulo temido, permite la reducción más o menos gradual de la respuesta de miedo o ansiedad, facilitando la disipación de la conducta de evitación o escape que conlleva la aparición de la respuesta de miedo o ansiedad ante la aparición real o simbólica del estímulo temido (Angeles, Isabel y Villalobos, 2012).

Los modelos conductuales más clásicos establecen que la exposición lleva a una reducción de la ansiedad a largo plazo promoviendo procesos de extinción y habituación, que conllevan, en general, un aumento del acceso a situaciones potencialmente reforzantes y el descenso de las conductas de evitación.

La relajación

El entrenamiento en relajación es un proceso de aprendizaje gradual en la reducción de la activación para así afrontar de una manera eficaz diversas situaciones. Esta reducción de la activación generalizada del organismo produce amplios y reconocidos beneficios sobre la salud y el equilibrio mental. La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus efectos, por tanto no pertenecen sólo a una mera dimensión fisiológica sino que también afectan procesos emocionales, cognitivos, y conductuales (Angeles, Isabel y Villalobos, 2012).

Reestructuración cognitiva

Esta centrada en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y señalan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información (Angeles, Isabel y Villalobos, 2012).

Desensibilización sistemática

La Desensibilización Sistemática está especialmente dirigida al tratamiento de los miedos fóbicos, en aquellos casos en los que existe un estímulo condicionado de ansiedad, por esta razón se ha mostrado tan eficaz en el manejo de las fobias específicas y aquellos problemas de ansiedad que se refiere a situaciones muy concretas. La idea básica de la Desensibilización Sistemática es que la respuesta de ansiedad o miedo puede ser reducida o inhibida mediante una forma de exposición gradual y prolongada, con prevención de la respuesta de escape (Angeles, Isabel y Villalobos, 2012).

Referencias

- Navas, W. & Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad dirigidos para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centro América*, LXIX (604) 497-507. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeida, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividades*, 3(1), 10-59. ISSN: 1518-6148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Bulbena, A., Casquero, R., Santiago, M., Díaz, P et al. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Ángeles, M., Isabel, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer, S.A
- Pacheco, B. & Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Chil Pediatr*. Vol. 80 (2): 109-119. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>
- Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, KR. & Kristensen H. (2018). Mutismo selectivo (Irrázaval M, Martín A, Prieto-Tagle F, Mezzatesta M. trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines
- Delgado, A. & Sánchez, J. (2019). Miedo, fobias y sus tratamientos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 22 No 2. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192c.pdf>
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Universidad de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Amodeo, S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. *Revista Katharsis*, N 23, pp.166-176, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Peñate, W., Pitti, C., Bethencourt, J. & Gracia, R. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera parte. *Salud mental*, 29 (2), 22-29. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/582/58222905.pdf>