

Cittadino, Rubén P.; Genovese, Isabel (mayo 2005). *Ataque de pánico : El miedo a todo y a nada*. En: Encrucijadas, no. 32. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubasibsi.uba.ar>>

Ataque de pánico

El miedo a todo y a nada

El miedo es un sentimiento inherente al ser humano, que resulta de gran utilidad para detectar y enfrentar situaciones de peligro. Sin embargo, cuando crece en forma desmedida y se descontrola, se vuelve contra la persona y la somete a sus designios. En los últimos años resulta cada vez más frecuente enterarse de personas afectadas por ataques de pánico, hasta el punto de que algunos especialistas hablan de la existencia de una suerte de epidemia. Algunas características propias de la sociedad argentina actual (crisis económica, peligro de perder el trabajo y la sensación de inseguridad, entre otras) parecen facilitar la aparición de esta patología, que provoca en la persona afectada todo tipo de limitaciones y perjuicios para desarrollar normalmente su vida familiar, laboral y social.

Rubén P. CITTADINO*, Isabel GENOVESE**

*Médico Psiquiatra. Docente Adscripto de la Facultad de Medicina de la UBA. Jefe del Departamento Técnico del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

** Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Docente Adscripta de la Facultad de Medicina de la UBA. Jefa de Unidad Consultorios Externos del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

Es frecuente en los últimos años oír hablar de ataques de pánico, los medios de comunicación lo difunden como una novedad y remarcan el aumento del número de casos. En realidad, la prevalencia de esta patología es constante y casi igual en la mayoría de las poblaciones (entre un 2 y 5 por ciento); probablemente su difusión ha hecho que haya más consultas al especialista entre los que antes no lo hacían. Lo que sí es nuevo es la conceptualización científica de estos cuadros clínicos como ataques de pánico ("panic attacks"), englobándose antes todos estos cuadros en las llamadas neurosis fóbicas.

Este ataque o crisis es la expresión máxima de las manifestaciones de ansiedad, que por otra parte es el síntoma cardinal.

La ansiedad es como un motor que genera necesidades. Vivir en sociedad produce conflictos, hay una ansiedad natural y normal y hay otras producto de las necesidades y tensiones no satisfechas o resueltas, que dan signos y síntomas.

Las situaciones de crisis agudizan muchos cuadros, en particular los psiquiátricos. Ante la dificultad de expresión de los malestares, estos sentimientos se corporalizan puestos en un "lenguaje de órgano", más aceptado y entendido por el común de la gente. Todos los seres humanos tienen experiencias de miedo y ansiedad. El miedo es una respuesta emocional, fisiológica y conductual frente a una amenaza exterior conocida (por ej., robos, agresiones, secuestros, accidentes, etc).

Se entiende por ansiedad (del latín *anxietas*: congoja, aflicción) a un mecanismo biológico adaptativo propio de todo mamífero, que lo protege ante eventuales peligros o daños y lo prepara para la acción. Psicológicamente la ansiedad se vivencia como un estado de malestar psicofísico, caracterizado por una sensación de inquietud, inseguridad o intranquilidad ante lo que se considera una amenaza inminente de causa indefinida. El término angustia (del griego *angor* y del latín *angina*: constricción, sofocamiento u opresión), a diferencia de la ansiedad, surge no motivada por una amenaza externa, sino en relación con preocupaciones primordiales de corte existencial, como por ejemplo la subsistencia económica, o la salud.

En esta exposición, a los fines prácticos a ambos términos los usaremos como sinónimos. La ansiedad adaptativa ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar de forma que mejore su actividad, ayudándoles a adoptar las oportunas medidas de prudencia frente a situaciones potencialmente peligrosas.

La ansiedad, pues, acompaña al hombre en el curso de su existencia. En términos generales la ansiedad normal se explica cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la desencadena.

La ansiedad patológica queda definida por ser más corporal, desproporcionada al estímulo, y persistente por encima de los límites adaptativos, ya que mantiene al sujeto en un estado de hiperactivación inadecuado que afecta el rendimiento, el funcionamiento psicosocial y la libertad personal.

Clasificación

El trastorno de pánico forma parte de los denominados trastornos de ansiedad, apareciendo por primera vez así denominado en el año 1980 con la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM III) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Se caracteriza, según la cuarta edición de ese manual DSM IV (1994), por:

- 1) La aparición brusca e inesperada de síntomas somáticos de ansiedad, como palpitaciones, falta de aire, mareo, sudoración, temblores, sensación de ahogo, opresión torácica, náuseas, inestabilidad, parestesias (entumecimiento u hormigueo) y escalofríos o sofocaciones. Se acompaña de síntomas cognitivos: miedo a morir, sensación de irrealidad, miedo a perder el control o a enloquecer. Los síntomas sobrevienen en forma de crisis de rápido comienzo, con un pico de intensidad, habitualmente dentro de los 10 minutos, seguidos de un período de atenuación y desaparición de los mismos, dentro de los 20 a 30 minutos.
- 2) Las crisis son recidivantes.
- 3) Preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis (ansiedad anticipatoria), y por sus posibles consecuencias, lo que condiciona un comportamiento evitativo, relacionado con situaciones o lugares en los cuales se ha presentado o teme que pueda presentarse una crisis.

El paciente comienza a evitar situaciones tales como viajar en transportes, alejarse de su casa, o permanecer en lugares muy concurridos, como supermercados o shoppings. Estas conductas fóbicas, denominadas agorafobia, se presentan aproximadamente en el 80 % de los pacientes con trastorno de pánico.

A medida que las crisis continúan, se van asociando en la mente del paciente con diversos lugares o situaciones, que comienzan a decodificarse como peligrosas y por lo tanto son evitadas. De manera progresiva se va restringiendo hasta el punto de verse imposibilitado de salir a la calle. El paso siguiente a esta marcada discapacidad puede ser una depresión secundaria a la misma.

Estos pacientes al principio y por las características de los síntomas que padecen suelen consultar a las guardias, médicos generales y distintas especialidades, conllevan una historia de múltiples diagnósticos inespecíficos, realizan previamente una cantidad de exámenes complementarios, pasando desde meses hasta años hasta llegar al psiquiatra y al diagnóstico y tratamiento adecuados.

La edad habitual de comienzo es entre los 25 y 30 años y tres de cada cuatro afectados son mujeres.

La evolución y las complicaciones son muy variables, pero tiende a ser una enfermedad de curso fluctuante y crónico. Existen evidencias de que este trastorno tiene una incidencia familiar, en la que influyen tanto factores genéticos como de aprendizaje.

Tratamiento

El tratamiento debe apuntar a :

- La remisión de los síntomas y extinción de las conductas evitativas.
- La psicoeducación del paciente.
- El tratamiento de las patologías en comorbilidad (patologías asociadas).
- El monitoreo a largo plazo, para prevenir recaídas.
- Todos los pacientes no necesitan abordarse desde el total de los objetivos, dependerá de la frecuencia e intensidad de las crisis, del grado de evitación y de la comorbilidad (patologías asociadas) con cuadros de depresión, trastornos de personalidad, abusos de sustancias, etc.

Tratamiento farmacológico

Los psicofármacos que resultan eficaces para el tratamiento de las crisis y el trastorno de pánico son los siguientes :

- Ansiolíticos (benzodiazepinas).
- Antidepresivos tricíclicos.
- Inhibidores de la monoamino-oxidasa.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

El tratamiento se comienza con un ansiolítico que puede ser el clonazepam, el alprazolam o el lorazepam. Cualquiera de ellos debidamente indicado y controlado por el psiquiatra, ya que son psicofármacos que crean tolerancia, puede tener "efecto rebote" y pueden dar lugar a la aparición de síntomas de abstinencia si se discontinúan bruscamente. Es conveniente comenzar con dosis bajas, posteriormente y de acuerdo a la respuesta terapéutica se pueden ir aumentando las dosis en forma progresiva. Si las crisis cesan totalmente y no hay patologías asociadas, luego de un período de mantenimiento de algunos meses se comienza a disminuir gradualmente la medicación hasta su supresión. En muchos casos se asocia a esta medicación un antidepresivo del tipo de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (IRSS), especialmente cuando hay síntomas depresivos asociados, o aun en ausencia de éstos, ya que poseen pocos efectos adversos y permiten ir retirando los ansiolíticos antes de generar tolerancia. Los IRSS deben continuarse por lo menos un año luego de la desaparición de los síntomas, ya que de este modo se evitan las recaídas, retirándose luego gradualmente.

Entre los tratamientos no farmacológicos, que complementan al mismo, y cuya asociación mejora el pronóstico, se encuentran la psicoeducación y las psicoterapias, especialmente se pregonan en la actualidad las terapias cognitivo-conductuales.

Estadísticamente se vio que un tercio de los pacientes se recuperan totalmente y permanecen asintomáticos, un 50% permanecen con síntomas leves de modo tal que no interfieren en sus vidas y un 20% presentan síntomas o recaídas significativas.

Bibliografía

- Alfredo Cia, Andrés Flichman y cols., Ansiedad en la práctica clínica.
- Julio Vallejo Ruiloba, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Tercera edición, 1991.
- Dres. Hales, Yudofsky y Talbott, Tratado de Psiquiatría. Segunda Edición.