



Trastorno por ansiedad generalizada

- **Compilador:** José Manuel Calvo Gómez MD, Instructor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Paciente de 32 años, sexo femenino, natural de Tocaima (Cundinamarca), procedente de Bogotá, quinto de primaria, unión libre, dedicada al hogar, católica.

- **Enfermedad actual.** Asistió a la consulta externa de la Unidad de Salud Mental del Centro Hospitalario San Juan de Dios por presentar un cuadro clínico de ocho meses de evolución caracterizado por insomnio de conciliación y despertar frecuente durante la noche, mialgias generalizadas, fatigabilidad excesiva, palpitaciones, sensación de ahogo, temblor en los miembros superiores, frialdad y sudoración en las manos, cefalea de predominio occipital, xerostomía, mareo y aumento en la frecuencia urinaria. Esta sintomatología se había iniciado en forma insidiosa y sin un factor desencadenante aparente. Se presentaba durante la mayor parte del día, casi todos los días, y estaba asociada a una serie de preocupaciones y temores con respecto a varios aspectos de su vida. Temía que su esposo la abandonara dejando en total desamparo a la familia, aunque no había motivos para tal preocupación ya que la relación de pareja se había mantenido estable y funcional. Igualmente temía que sus hijos pudieran sufrir una enfermedad grave, un accidente o muerte, a pesar de que siempre habían gozado de buena salud y no tenían antecedentes de trauma. En ocasiones tenía la sensación de que algo malo iba a ocurrir, sin poder precisar con exactitud el tipo de evento. Por estas razones había extremado los cuidados hacia su esposo e hijos dándoles todo tipo de recomendaciones. Si su esposo o sus hijos se demoraban en llegar, inmediatamente pensaba que alguna desgracia había sucedido, aumentando en forma considerable la ansiedad preexistente. Esta sintomatología fue aumentando progresivamente de intensidad, ocasionándole dificultades en sus relaciones intrafamiliares y en la realización de las actividades domésticas. Consultó a varios médicos siendo sometida a numerosos exámenes clínicos y paraclínicos cuyos resultados siempre fueron normales. Finalmente fue remitida al servicio de psiquiatría para valoración y manejo.
 - **Antecedentes personales.** Médicos: parotiditis a los diez años, varicela a los 12, e infección de las vías urinarias tratada por médico a los 28. Gineco-obstétricos: Menarquia a los 15 años; G4 P4 A0 V4, partos normales atendidos en hospital; FUP: cinco años; ciclos 30x2. No planifica. Quirúrgicos, traumáticos, tóxico-alérgicos, venéreos y transfusionales: no refiere de importancia.
 - **Antecedentes familiares.** La madre falleció por Ca de Cervix hace 15 años y el padre por cirrosis hepática hace 12 años, al parecer secundaria a dependencia al alcohol.
 - **Historia personal.** La paciente es la quinta de siete hermanos (cinco hombres y dos mujeres). No existe información disponible acerca del parto y desarrollo psicomotor temprano. Inició escolaridad a la edad de siete años con buen rendimiento escolar. Su núcleo familiar primario es de extracción campesina. Estudió hasta quinto de primaria y no pudo continuar debido a dificultades económicas. Las relaciones intrafamiliares fueron muy tensas debido a que su padre, con frecuencia, la maltrataba física y verbalmente. Por esta razón viajó a Bogotá a la edad de 14 años. Trabaja como empleada doméstica. A los 18 años conoció a su actual compañero y desde entonces convive con él. Producto de esta relación hay cuatro hijos (tres niños y una niña, de 14, 12, nueve y cinco años). Actualmente, el hogar es sostenido económicamente por su compañero. El tiene 38 años y trabaja como zapatero. La relación de pareja ha sido buena y se ha mantenido estable, aunque se ha deteriorado con la enfermedad actual.
- Personalidad de base.** Es definida como: puntual, muy preocupada por el orden y la limpieza, indecisa, obstinada.
- Examen físico.** Dentro de límites normales.
- Examen mental.** Paciente que asistió a consulta acompañada por su esposo. Alerta y consciente. Pensamiento lógico y coherente. El temor a perder a su esposo e hijos, fue considerado por la

pareja como excesivo y asociado a un afecto ansioso. No se evidenciaron alteraciones en la sensorio-percepción. Inteligencia, memoria y cálculo dentro de límites normales. Juicio de realidad contactado.

De acuerdo con la anterior información se efectuaron los siguientes diagnósticos teniendo en cuenta el DSM III R (tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales):

- Eje I:** trastorno por ansiedad generalizada (TAG).
- Eje II:** rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos.
- Eje III:** sin diagnóstico.
- Eje IV:** intensidad del estrés psicosocial: crónico moderado (debido al deterioro en las relaciones intrafamiliares y en la realización de las actividades domésticas).
- Eje V:** evaluación global del sujeto (escala GAF):
GAF actual: 65
GAF en el último año: 90

El Eje I hace mención al diagnóstico psiquiátrico principal sobre el cual se van a implementar las diferentes modalidades terapéuticas en forma prioritaria. El Eje II hace mención a los otros diagnósticos psiquiátricos asociados que pueden influir en la presentación del cuadro clínico principal mencionado en el Eje I, y que en un momento dado es necesario tener en cuenta para el abordaje terapéutico de la paciente. El Eje III consigna las enfermedades somáticas o médicas que el paciente esté presentando concomitantemente con el trastorno psiquiátrico de base (Eje I). En el caso de la paciente, no se evidenció comorbilidad somática. El Eje IV permite darnos una idea del nivel de stress al cual ha estado sometido el paciente durante el último año y el Eje V refleja la evaluación del funcionamiento del paciente y cómo ha afectado el trastorno psiquiátrico ese funcionamiento. Si bien, en apariencia, puede resultar un poco complicado el diagnóstico por ejes, en la práctica se ha podido observar su utilidad para integrar la mayor cantidad de información posible, con respecto a las diferentes áreas relevantes para el tratamiento.

Los exámenes paraclínicos previos al inicio del tratamiento mostraron: CH: Hb 15, Hcto 45, leucocitos 7000, neutrófilos 65%, linfocitos 35%, VSG 10; serología: no reactiva; glicemia, BUN, creatinina, SGOT, SGPT, colesterol, triglicéridos y parcial de orina dentro de límites normales; pruebas de función tiroidea: T3, T4 y TSH basal, normales; EEG y EKG normales.

Se inició manejo del trastorno en forma ambulatoria con los siguientes objetivos: controlar la sintomatología a través de farmacoterapia; psicoterapia de apoyo y entrenamiento en técnicas de relajación; llevar a cabo una labor psicoeducativa con la paciente y la familia, evaluando y tratando los factores que

intervienen en la disfunción familiar, reforzando las conductas adaptativas y realizar seguimiento para valorar respuesta al tratamiento y tratar las complicaciones que se pudieran presentar.

El manejo psicofarmacológico fue iniciado con buspirona 10 mg/día durante la primera semana de tratamiento y la dosis fue incrementada hasta 30 mg/día en la segunda semana. La mejoría fue apreciable hacia la cuarta semana de tratamiento combinado (fármaco y psicoterapia), reflejada en la reducción de los síntomas ansiosos como tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia, así como atenuación en las preocupaciones y temores referidos por la paciente. En la medida en que iban mejorando las manifestaciones de ansiedad, el funcionamiento familiar y ocupacional también recuperaba el nivel existente antes del inicio del trastorno.

Actualmente ha completado tres meses de tratamiento y su calidad de vida ha mejorado en forma significativa. Ha tolerado en forma adecuada la medicación con muy pocos efectos secundarios.

¿Con cuáles trastornos debe efectuarse el diagnóstico diferencial en este caso?

Dr. Jorge Rodríguez-Lozada (Residente III año): el cuadro descrito se caracteriza por una prominente sintomatología ansiosa. Por lo tanto el diagnóstico diferencial debe realizarse con los diferentes cuadros médicos y psiquiátricos que pueden presentarse con este tipo de manifestaciones clínicas. Dentro de los cuadros médicos, los que más frecuentemente deben excluirse son los relacionados con patología del tiroides: hipo o hipertiroidismo. Igualmente, hay que descartar una posible patología cardíaca, como arritmias e insuficiencia coronaria, y por último la hipoglicemia y el feocromocitoma. En este caso clínico, las posibles etiologías de tipo médico pueden hacerse a un lado por las pruebas normales de laboratorio y EKG, así como por el cuadro clínico no sugestivo de estos desórdenes. A mi parecer es más interesante hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías psiquiátricas y, en especial, con los demás trastornos de ansiedad. En primer lugar, se debe pensar en un trastorno de pánico que se descarta por dos razones: por un lado, la clínica es notoriamente constante y se sabe que es típico del trastorno de pánico que la sintomatología aparezca en períodos de tiempo muy concretos y que, aunque estos se repitan con mucha frecuencia, siempre se diferencian estos episodios de ansiedad, de la ansiedad de base que presenta la paciente. Por otro lado, la paciente es muy clara en relatar que los síntomas son consecuencia de “una serie de preocupaciones y temores con respecto a varios aspectos de su vida” y en un trastorno de pánico los síntomas aparecen repentinamente y no se encuentra una situación desencadenante. En segundo lugar, hay que descartar un trastorno obsesivo-

compulsivo, pero es típico de este cuadro el carácter de pérdida de control que se tiene sobre los pensamientos y/o la necesidad de la realización de ciertos ritos o conductas que vayan encaminadas a suprimir la sensación de ansiedad subjetiva. En la historia no aparece nada en este sentido y los miedos que refiere la paciente no se pueden considerar absurdos, y sí realmente posibles aunque no hubiera motivo para pensar en que eran amenazas reales. El trastorno por estrés postraumático también queda descartado por no aparecer un acontecimiento por fuera del marco habitual de las experiencias humanas como situación desencadenante, y porque en la sintomatología faltan manifestaciones típicas de esta patología como pueden ser los "flashback" o ciertas conductas de evitación. En esta paciente, es importante poder diferenciar el TAG del trastorno hipocondríaco. Es muy posible que en su peregrinaje por diferentes médicos haya sido catalogada -que no diagnosticada- de hipocondríaca. Y esto también por las personas más cercanas a la paciente, lo que explicaría el deterioro de las relaciones familiares. Pero la actitud de fondo del enfermo hipocondríaco es muy distinta a la de esta persona: estaría convencida de tener una enfermedad grave, sus miedos girarían en torno a esa creencia y no se hubiese conformado con unas pruebas de laboratorio normales. Es típico en el hipocondríaco la necesidad de repetir una y otra vez los exámenes paraclínicos ya que ante la inseguridad que tienen de su enfermedad, si estos han salido normales no hay otra explicación para este hecho que afirmar que los exámenes están equivocados, para lo cual siempre encontrarán algún pretexto; se equivocaron de muestras, los aparatos estaban dañados, etc. Por último, también queda descartada una posible patología fóbica ya que la clínica no está desencadenada por un estímulo concreto como es usual en los cuadros fóbicos. Tras estos diagnósticos diferenciales, sólo nos queda por excluir una serie de situaciones que, por no estar detalladas en la historia clínica, sería conveniente indagar a la paciente, como son los cuadros de ansiedad originados por un consumo excesivo de cafeína. Igualmente, el abuso y abstinencia del consumo de alcohol -no hay que olvidar en este sentido los antecedentes paternos- o de benzodiazepinas, en ocasiones dan lugar a cuadros de ansiedad que siendo cada uno de breve duración, la repetición de los mismos puede dar lugar a uno en apariencia prolongado.

¿Cuáles modalidades de terapia conductual pueden emplearse en estos casos?

Dr. Alejandro Múnera (Instructor Asociado): las modalidades de intervención están determinadas por las manifestaciones clínicas que se acuerden como blanco con el paciente. Si las alteraciones en el tono muscular son preponderantes, podría realizarse un entrenamiento en relajación muscular hasta lograr que el paciente identifique aumentos inapropiados en el tono de grupos musculares específicos y logre contrarrestarlos rápida y

eficazmente. Si las perturbaciones vegetativas relacionadas con el alertamiento son muy molestas, sería necesario tratar de identificar los estímulos ambientales que las desencadenan y efectuar un procedimiento de desensibilización sistemática para cada uno de ellos. Cuando las preocupaciones constituyen el aspecto central, se utilizarían técnicas cognoscitivas dirigidas a controlarlas. En primer lugar, debería corregirse la tendencia a la sobreestimación de las posibilidades, contrastando las predicciones del paciente con las evidencias extraídas de su experiencia pasada o actual. En segundo término, debería controlarse la tendencia a anticipar consecuencias catastróficas, haciendo que el paciente evalúe estas consecuencias de manera realista y sin basarse en juicios a priori. Finalmente, cuando se identifica que existe un déficit específico en las habilidades sociales o en la solución de problemas, como factores cruciales en el mantenimiento del trastorno, se podría implementar un programa específico de entrenamiento.

¿Con cuáles trastornos tiende a complicarse esta enfermedad?

Dra. Ana Isabel Gómez (Residente III año): en cuanto a la complicación del TAG con otros trastornos psiquiátricos haré referencia a los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, y situaciones que, sin conformar un trastorno psiquiátrico, afectan la vida del sujeto y ameritan nuestra intervención. Con frecuencia se ha descrito la coexistencia de ansiedad y depresión. Esto lleva a pensar que, si bien, estas dos patologías que tradicionalmente se han considerado diferentes, están lo suficientemente relacionadas como para presentar una comorbilidad significativa. El TAG se ha descrito como factor precipitante de un cuadro depresivo, hasta en un 54% de los pacientes. Otros investigadores han informado que 58% de los pacientes con cuadros depresivos habían presentado algún cuadro de ansiedad a lo largo de su vida. Esta comorbilidad se asocia con un mayor grado de cronicidad, gravedad y peor pronóstico. Se ha planteado que la "desmoralización", producto de la cronicidad y las limitaciones que produce la enfermedad, llevan al desarrollo de un cuadro depresivo, probablemente de tipo no melancólico con manifestaciones neurovegetativas dadas por la ansiedad. También el riesgo de suicidio, comparado con la población general, se encuentra aumentado en estos pacientes. Un 25% de los pacientes con TAG desarrollarán un trastorno de pánico. Aunque los investigadores los consideran cuadros nosológicamente diferentes, es importante considerar esta posibilidad pues tiene implicaciones importantes para el tratamiento, la evolución y el pronóstico. Se ha informado comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, pero no se ha establecido el tipo de relación existente entre los mismos. En el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas se encuentran síntomas ansiosos y depresivos. Algunos investigadores proponen que el uso de las mismas es una forma de automedicarse. Por otro lado, también se

propone que las sustancias psicoactivas ocasionan estos síntomas. Es probable que la combinación de estos dos factores interactúe para perpetuar el fenómeno de la farmacodependencia. En el caso de los trastornos de ansiedad, el uso de alcohol o benzodicepinas, puede ser un intento para controlar la sintomatología, el cual resulta ineficaz, pues suelen ocasionar fenómenos de rebote. Por otra parte, el TAG puede coexistir con otros trastornos psiquiátricos, sin que haya una relación conocida entre ellos. Sin embargo, la comorbilidad en sí misma ensombrece el pronóstico. La cronicidad del TAG ocasiona dificultades en la vida personal, familiar, social y laboral del individuo, que ameritarán la intervención del psiquiatra para proporcionar conductas más adaptativas combinando adecuadamente la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.

¿Qué factores se conocen en cuanto a la etiología del trastorno?

Dra. Martha Dallos (Residente III año): se puede decir que es un fenómeno complejo y por tanto los modelos de explicación etiológica integran distintos componentes. Los aspectos genéticos, basados en estudios de gemelos, muestran una tasa de concordancia tres veces superior en monozygotos que en dizigotos para el TAG. Estudios a este nivel parecen indicar que la vulnerabilidad genética prepara el terreno para la presentación del trastorno. Los teóricos conductistas definen el trastorno siguiendo los paradigmas del condicionamiento clásico y operante, señalando que la ansiedad está condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos o a sus consecuencias. Sin embargo, la ansiedad no se extingue una vez desaparece el estímulo no condicionado, o el refuerzo inicial, lo que estaría en contra de esta teoría. En las últimas décadas, la teoría cognoscitiva ha tratado de explicar la etiopatogenia del trastorno, dando mayor importancia a la interacción entre los trastornos cognoscitivos y la ansiedad, en el desarrollo de los síntomas psicofisiológicos. Se concede gran importancia a la continua interacción entre la génesis y el mantenimiento del trastorno, con la creación subsiguiente de círculos viciosos entre cognición, ansiedad y síntomas físicos. En cuanto a las teorías biológicas se ha postulado que el TAG constituye un estado de sobreexcitación con un aumento evidente en la actividad vegetativa simpática. Estudios en monos han indicado que la estimulación del *locus coeruleus* produce respuestas de miedo, lo cual indica una participación del sistema noradrenérgico. La serotonina y el GABA, también se han implicados en la génesis del trastorno, ya que sobre estos actúan fármacos útiles para el control del TAG, como la bupiriona (agonista 5-HT_{1A}) y las benzodicepinas (agonistas GABA).

Si el nivel de ansiedad es tan severo que obliga al paciente a asistir al servicio de urgencias, ¿cuál sería el manejo?

Dr. Germán Rueda (Residente II año): esta situación es poco frecuente, pues la cronicidad de los síntomas hace que, la mayoría de las veces, el paciente acuda al servicio de consulta externa. Sin embargo, si la severidad de la ansiedad obliga al paciente a asistir al servicio de urgencias, necesitará una intervención rápida y efectiva; objetivos que se logran casi siempre con la utilización de benzodicepinas. Para la escogencia del tipo de benzodicepina debe tenerse en cuenta su especificidad ansiolítica y tiempo de vida media, pues tratamos una condición que tiende a la cronicidad. El alprazolam y el bromacepan, son benzodicepinas que cumplen con la primera condición de especificidad. Sin embargo, en la práctica clínica preferimos el bromacepan por tener una vida media más prolongada y menor riesgo de abstinencia, ya que desaparece lentamente de la sangre y los efectos terapéuticos persisten durante varios días después de haberlo suspendido. Por otro lado, el alprazolam administrado sublingüal tiene la ventaja de absorberse rápidamente y estaría indicado en casos de gran severidad. Antes de utilizar cualquier benzodicepina, el clínico deberá estar atento a los antecedentes de farmacodependencia del paciente y sus familiares, pues es bien conocido el riesgo de ocasionar dependencia física asociada al uso crónico de las benzodicepinas. Por otra parte, la prescripción de benzodicepinas para el manejo agudo de este trastorno deberá hacerse en forma cautelosa, pues existen informes sobre disminución de eficacia de la bupiriona cuando previamente se ha utilizado benzodicepinas para esta condición.

COMENTARIO

Se trata de una mujer de 32 años con un cuadro clínico de ocho meses de evolución, cuyas características cumplen con los criterios diagnósticos del DSM III R para el trastorno por ansiedad generalizada (1).

Ansiedad y preocupación no realistas o excesivas (expectación aprehensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales. La paciente temía que su cónyuge la abandonara, dejando en total desamparo a la familia, aunque no había razones para tal preocupación. Por otra parte, temía que sus hijos pudieran sufrir una enfermedad grave, un accidente o morir, a pesar de que siempre habían gozado de buena salud y no tenían un riesgo importante de sufrirlas. El trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social.

Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y de la preocupación en A no se encuentra relacionado con él. Por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no tiene nada que ver con el miedo a sufrir una crisis de pánico (como ocurre en el trastorno de pánico), a sentirse

ridiculizado en público (como en la fobia social), a ser contaminado (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o a ganar peso (como en la anorexia nerviosa).

El trastorno no debe presentarse sólo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.

Por lo menos, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo está ansioso (no deben incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia).

Tensión Motora: temblor, contracciones o sacudidas; tensión muscular, mialgias o molestias musculares; inquietud y fatigabilidad excesiva. **Hiperactividad vegetativa:** sofocación o sensación de ahogo; palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado taquicardia; sudoración o manos frías y húmedas; boca seca; mareo o sensación de inestabilidad; náusea, diarrea u otros trastornos abdominales; ruboración o escalofríos; micción frecuente; dificultades para deglutir o sensación de tener "un nudo en la garganta". **Hipervigilancia:** sensación de estar atrapado o al borde un peligro; exageración en la respuesta de alarma; dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad; dificultades para dormir o mantener el sueño e irritabilidad. No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, hipertiroidismo o la intoxicación por cafeína.

Los pacientes con frecuencia se quejan de nerviosismo, tensión, irritabilidad y se sobresaltan con facilidad. Con dificultad logran conciliar el sueño, y cuando lo hacen, despiertan muchas veces durante la noche, ocasionando que al día siguiente se muestren cansados. Los síntomas gastrointestinales son comunes, destacándose la sensación de mariposas en el estómago, epigastralgia tipo ardor y sensación de llenura. Ocasionalmente, pueden presentar incremento en el peristaltismo intestinal y número de deposiciones, así como en la frecuencia urinaria. Pueden manifestar cefaleas frecuentes, que son descritas como presión o tensión a nivel frontal u occipital. Igualmente, la tensión o dolor muscular a nivel del cuello o la espalda y el temblor en las extremidades son síntomas comunes. Estos pacientes sudan con facilidad, particularmente, a nivel de las palmas de las manos; manifiestan sequedad en la boca y sensación de tener un "nudo en la garganta". Por otra parte, manifiestan dificultad para concentrarse en el trabajo y resolver los problemas cotidianos (2-5).

Los pacientes, a menudo, asocian la ansiedad con preocupaciones referentes a situaciones relevantes en el contexto vital, como en el caso de la paciente. Sin embargo, algunos pacientes pueden desconocer la causa de la sintomatología ansiosa o no hallar una relación entre la ansiedad y los factores ambientales (2, 4).

Diversos estudios han estimado la prevalencia del TAG en la población general en 2 a 5%. El trastorno es más frecuente en la mujeres, con una razón mujeres:hombres de 2:1. Con frecuencia el TAG se inicia entre los 20 y 30 años de edad, aunque puede presentarse a cualquier edad. Debido a las múltiples molestias somáticas que suelen acompañar al trastorno y el temor a que éstas sean secundarias a una enfermedad mortal subyacente, la mayoría de los pacientes consultan inicialmente al médico general, cardiólogo o neumólogo, como en esta paciente, y sólo una tercera parte acuden directamente al psiquiatra (6, 8).

Los estudios genéticos indican que algunos aspectos del trastorno pueden ser hereditarios. Aproximadamente el 25% de los parientes en primer grado están afectados por el trastorno, siendo más frecuente en los parientes de sexo femenino. Los familiares de sexo masculino tienden a presentar con mayor frecuencia trastornos asociados con el alcohol, como en este caso. Algunos estudios realizados con gemelos, reportan una concordancia para el TAG del 50% para los gemelos monozigóticos y del 15% para los dizigóticos (4, 7).

Algunos estudios sugieren que los eventos vitales están asociados con el inicio del TAG. Los datos sugieren que la ocurrencia de varios eventos vitales negativos incrementan la probabilidad de que el sujeto desarrolle el trastorno. Diversos estudios han encontrado que los pacientes con TAG tienen, con frecuencia, el antecedente de la muerte reciente de un familiar cercano por infarto de miocardio. Por otra parte, el trastorno ocasionalmente se desarrolla posterior a un episodio de depresión mayor (1, 7, 9).

El TAG tiende a tener un curso crónico, con frecuentes exacerbaciones y fluctuaciones relacionadas con situaciones de estrés medioambiental. Los pacientes tienden a hacerse menos sintomáticos a medida que pasa el tiempo, especialmente si han alcanzado algún grado de éxito y estabilidad en su vida personal. Sin embargo, algunos estudios han informado que el 25% de los pacientes con TAG desarrollarán, con el tiempo, un trastorno de pánico. Otros trastornos que los pacientes pueden presentar concomitantemente con el TAG, son la fobia simple y la fobia social (7, 9, 10, 11).

La historia clínica, el examen físico, neurológico y mental detallado, así como los exámenes paraclínicos, cuyos resultados estuvieron dentro de límites normales permitieron descartar otras posibilidades diagnósticas en esta paciente. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con trastornos somáticos como hipertiroidismo, hipoglicemia, feocromocitoma, infarto miocárdico, anemia, angina, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular, epilepsia, ataque isquémico transitorio, esclerosis múltiple, intoxicación por cafeína, abuso de esti-

mulantes, abstinencia al alcohol o a otras sustancias; así como con trastornos psiquiátricos, entre los cuales se encuentran el trastorno de pánico, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno adaptativo con ánimo ansioso, depresión, distimia, hipcondría, esquizofrenia, trastorno por somatización y trastorno por despersonalización (2, 6, 12).

El tratamiento de los pacientes con TAGs combinado, teniendo en cuenta los aspectos psicofarmacológico y psicoterapéutico. Desde el punto de vista psicofarmacológico, los medicamentos que deben ser considerados en el tratamiento del TAG son la buspirona y las benzodiacepinas (13-15).

La buspirona, un nuevo agente ansiolítico no benzodiacepínico, es el psicofármaco de elección para el tratamiento del TAG, ya que el trastorno tiene un curso crónico y el medicamento no produce tolerancia, ni dependencia. Como en el caso de la paciente, debe iniciarse con una dosis de 10 mg/día e ir incrementándola en 5 mg cada tres días hasta alcanzar el efecto deseado. La dosis terapéutica varía entre 15 y 60 mg/día. La mejoría en la sintomatología empieza a apreciarse hacia la segunda semana de tratamiento, con un efecto pleno hacia la cuarta semana de tratamiento. En general, el medicamento tiene muy pocos efectos secundarios y es bien tolerado por la mayoría de los pacientes, como en este caso. Después de conseguir el alivio de la sintomatología, el medicamento deberá mantenerse en dosis terapéuticas durante seis meses y luego disminuir progresivamente la dosis hasta suspenderlo en el lapso de dos meses (13, 14, 16).

Las benzodiacepinas están indicadas cuando la sintomatología ansiosa del paciente es muy intensa y está ocasionando serias dificultades en su nivel de adaptación social, laboral y familiar. Deberán ser empleadas en forma individualizada y durante un período no mayor a cuatro semanas, para minimizar el riesgo de tolerancia y dependencia a estas sustancias. Las benzodiacepinas de elección en estos casos son las de vida media intermedia (ocho a 15 horas), como el lorazepam y el alprazolam. Deberán

iniciarse en la dosis mínima terapéutica, 2 mg/día para el lorazepam y 0.5 mg/día el alprazolam, repartida en dos o tres tomas de acuerdo a la vida media. Dependiendo de la respuesta del paciente se aumentarán las dosis hasta 6 mg/día. Finalmente, la dosis deberá disminuirse en forma progresiva hasta suspender el medicamento en un lapso de dos semanas (13, 14, 16).

Algunos estudios han informado la eficacia de otros medicamentos en el tratamiento del TAG, como los antidepresivos tricíclicos, el propranolol y los antihistaminicos (13, 14, 17).

La psicoterapia de apoyo y la terapia cognoscitivo-conductual, son las herramientas básicas empleadas en el manejo psicoterapéutico de los pacientes con TAG. En la primera, se realiza clarificación, tranquilización, sugestión y reforzamiento de las conductas y estrategias de enfrentamiento adaptativas del paciente y la familia. Son estrategias útiles en este trastorno: reasegurar y tranquilizar al paciente con respecto a sus temores y preocupaciones infundadas o exageradas, alentarle para que enfrente situaciones generadoras de ansiedad, y brindarle la oportunidad de hablar regularmente con el médico acerca de sus problemas. En la terapia cognoscitivo-conductual se implementan diversas técnicas como entrenamiento en relajación muscular, desensibilización sistemática y estrategias de enfrentamiento cognoscitivas dirigidas a entrenar al paciente en el manejo de los pensamientos deformados y catastróficos, tan comunes en este trastorno. Algunos estudios sugieren que los pacientes con TAG pueden beneficiarse de la psicoterapia de grupo y familiar (2, 4, 6, 18).

La mayoría de los pacientes experimentan una marcada reducción en los niveles de ansiedad, cuando se les brinda la oportunidad de discutir sus dificultades con un médico empático e interesado. La reducción en la sintomatología permite que el paciente funcione en una forma más efectiva en el trabajo y relaciones interpersonales cotidianas, lo que a su vez suministra nuevas recompensas y gratificaciones que en sí mismas son terapéuticas.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: DSM III R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3Th Ed revised. Washington DC: American Psychiatric Association 1987.
2. Uhde T, Nemiah J. Panic and generalized anxiety disorders. In: Kaplan H, Sadock B eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5Th Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987; I: 952-972.
3. Barlow D, Blanchard E, Vermilyea J, Vermilyea B, DiNardo P. Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. Am J Psychiatry 1986; 143: 40-44.
4. Vallejo J, Gastó C. Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat Editores, S.A. 1990.
5. Gullledge A, Calabrese J. Diagnosis of anxiety and depression. Medical Clin NA 1988; 72: 753-763.
6. Sharma R, Andriukaitis S, Davis J. Anxiety States. In: Flaherty J, Davis J, Janicak P eds. Psychiatry, Diagnosis & Therapy. 2nd Ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1993; 133-144.
7. Kaplan H, Sadock B. Anxiety disorders. In: Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 6Th Ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1991: 389-415.
8. Ochoa E, De la Puente M. Trastornos por Ansiedad. En:

- Fuentenebro F, Vázquez C. *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1990; 709-727.
9. Massion A, Warshaw M, Keller M. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-607.
10. Brawman-Mintzer O, Lydiard B, Emmanuel N, Payeur R, Johnson M, Roberts J, Jarrell M, Ballenger J. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1216-1218.
11. Clark D, Beck A, Beck J. Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder, and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 205-209.
12. Strub R, Wise M. Differential diagnosis in Neuropsychiatry. In : Yudofsky S, Hales R eds. *Neuropsychiatry*. 2Th Ed. American Psychiatric Press, Inc. 1992; 227-243.
13. Roy-Byrne P, Wingerson D, Cowley D, Dager S. Psychopharmacologic treatment of panic, generalized anxiety disorder, and social phobia. *Psychiatric Clin NA* 1993; 16: 719-735.
14. Maxmen J. Anti-Anxiety Agents. In: *Psychotropic Drugs: fast facts*. New York: W.W. Norton & Company Ltd, 1991; 177-216.
15. Rosenbaum J. Ataques de ansiedad y de pánico. En : Hyman S. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2Th Ed. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1990; 111-120.
16. Cutler N, Sramek J, Wardle T, Keppel J, Roeschen J. The safety and efficacy of ipsapirone vs lorazepam in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD): Single site findings from a multicenter trial. *Psychopharmacology Bulletin* 1993; 29: 303-308.
17. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment generalized anxiety disorder: A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 884-895.
18. Hoehn-Saric R, McLeod D, Zimmerli W. Symptoms and treatment responses of generalized anxiety disorder patients with high versus low levels of cardiovascular complaints. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 854-859.