



Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

Presentamos esta sección **Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada** que a partir de este número y de modo permanente aparecerá en esta revista. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. Los tres próximos números de *NORTE de salud mental* versarán sobre *trastornos de ansiedad* que han sido elegidos como debutantes en la sección por su prevalencia elevada y su impacto clínico entre las personas que los padecen.

I. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (parte I)*

• Ansiedad normal y patológica

Pregunta 1:

Señale, entre las siguientes, la proposición que considere FALSA sobre la ansiedad normal y patológica, según el modelo de Henri Ey:

- A) La angustia acompaña al hombre en el curso de su existencia.
- B) La angustia normal se explica cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la desencadena.
- C) La génesis de la angustia patológica es el mundo real.
- D) La angustia patológica es anacrónica, pues lleva a revivir situaciones pasadas.
- E) La angustia patológica es estereotipada o repetitiva porque esta afincada en el carácter del sujeto.

• Criterios DSM-IV TR vs CIE-10

Pregunta 2:

Según la CIE-10 de la OMS y en comparación con el DSM IV-TR de la APA el Trastorno por Estrés Postraumático se clasifica en el eje:

- A) La CIE-10 de la OMS carece de ejes multiaxiales
- B) En el eje IV
- C) En el eje III
- D) En el eje II
- E) En el eje I

* Respuestas en página 112 y siguientes



Pregunta 3

Según el DSM IV-TR y en el supuesto de comorbilidad (doble diagnóstico) es FALSO que:

- A) El TOC (T. Obsesivo Compulsivo) y el Sd. De Gilles de la Tourette SI pueden co-diagnosticarse en un mismo paciente
- B) El TAG (T. Ansiedad Generalizada) y el TEPT (T. Estrés Postraumático) NO pueden co-diagnosticarse en un mismo paciente
- C) La Esquizofrenia Hebefrénica y el TOC NO pueden co-diagnosticarse en un mismo paciente
- D) La Fobia Social y el T. de la Personalidad por Evitación SI pueden co-diagnosticarse
- E) El T. Límite de la Personalidad y la Fobia Específica SI pueden co-diagnosticarse

Pregunta 4

Uno de los siguientes trastornos de ansiedad se considera categoría diagnóstica oficial en la CIE-10 pero no la DSM IVTR, ¿podría señalarlo?:

- A) Agorafobia
- B) Fobia específica
- C) T. obsesivo compulsivo
- D) T. mixto ansioso depresivo
- E) Fobia social

• Trastorno de pánico y agorafobia

Pregunta 5

Una de las controversias más interesantes en la nosología psiquiátrica actual es aquella que hace referencia al tipo de vinculación existente entre el trastorno de angustia y la agorafobia. En relación con este tema ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

- A) En el entorno clínico, la agorafobia suele asociarse con las crisis de angustia y la mayoría de los pacientes que acuden a los centros sanitarios refieren que las crisis de angustia precedieron o coincidieron con el comienzo de la agorafobia.
- B) Las crisis de angustia representan un poderoso factor de riesgo para la aparición de agorafobia y la angustia suele preceder a la agorafobia entre los pacientes con un trastorno de angustia con agorafobia
- C) Diversos estudios comunitarios han aportado pruebas sólidas de que la agorafobia no siempre es consecuencia de las crisis.
- D) La presencia conjunta del trastorno de angustia y de la agorafobia se asocia con una evolución más grave y crónica de los síntomas de ansiedad.
- E) La tesis prevalente en la psiquiatría norteamericana sostiene que la agorafobia es un trastorno propio, que puede seguir o no, al inicio de las crisis de angustia.

Pregunta 6

En relación con la fenomenología del trastorno de angustia: ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- A) La mayoría de los síntomas de las crisis de angustia, según el DSM-IV-TR, son emocionales más que somáticos.
- B) El inicio de las crisis suele ser insidioso y su naturaleza difusa y crónica.



- C) Las personas sin trastornos de ansiedad pueden presentar episodios de angustia.
- D) El trastorno de angustia se define, en parte, según el número de crisis sucedidas durante un periodo de cuatro semanas.
- E) Se conocen como “crisis sintomáticas limitadas” aquellas cuya duración es inferior a cuatro minutos.

Pregunta 7

En relación con la patogenia del trastorno de angustia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) Los pacientes con este trastorno muestran una respuesta incrementada de la hormona de crecimiento a la clonidina.
- B) La regulación noradrenérgica anómala está perfectamente documentada.
- C) La interrupción de la neurotransmisión serotoninérgica puede justificar las anomalías respiratorias encontradas.
- D) El factor liberador de corticotropina (CRF) extrahipotalámico parece desempeñar una misión primordial en la movilización del núcleo central de la amígdala.
- E) La vulnerabilidad frente a la infusión de lactato sódico revela una hiperactividad del núcleo central de la amígdala y una predisposición de la persona hacia la angustia.

• Farmacoterapia de los Trastornos de Ansiedad

Pregunta 8

La mayoría de antidepresivos y benzodiazepinas inducen una disfunción sexual importante. Existen diferentes estrategias para solventar este problema, como reducir la dosis, cambiar a otro medicamento o agregar un segundo preparado que reduzca o reviertan las complicaciones sexuales. ¿Cuál de los siguientes fármacos ha sido propuesto con esta finalidad?

- A) Clonidina.
- B) Propanolol
- C) Buspirona
- D) Gabapentina
- E) Brofaromina.

Pregunta 9

En relación con la farmacoterapia del trastorno de angustia ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) La inmensa mayoría de los clínicos que tratan el trastorno de angustia utiliza inicialmente un ISRS.
- B) Las ventajas y los inconvenientes relativos de cada uno de los tratamientos deben sopesarse individualmente y la elección del tratamiento se negociará con el paciente.
- C) Es preciso la evaluación de otros posibles problemas relacionados con la angustia como la agorafobia u otros trastornos psiquiátricos asociados.
- D) La imipramina fue el primer fármaco que aprobó la FDA para tratar el trastorno de angustia.
- E) Los ISRS deben administrarse inicialmente en dosis bajas, para luego ir aumentando poco a poco.



RESPUESTAS y COMENTARIOS

Pregunta 1.-Respuesta correcta: C

Comentario: La angustia aparece ante cualquier eventualidad de amenaza a la identidad y de agresión al yo personal:

- Kikegaard sostuvo que la libertad implica siempre ansiedad potencial.
- Otto Rank habla de la ansiedad inherente a la individuación.
- Goldstein subraya la ansiedad normal, fruto del desarrollo y la evolución vital.
- Rollo May señala la invasión de la angustia en la sociedad actual, manifestado en la política, la literatura, la filosofía.
- Sheehan diferencia entre una ansiedad exógena y otra endógena.

La angustia acompaña al hombre en el curso de su existencia. Esta angustia normal puede explicarse cuantitativamente y cualitativamente por el estímulo que la desencadena. Por el contrario, la angustia patológica se diferencia de la normal en los siguientes puntos (Ey H.):

- a. es anacrónica, pues lleva a revivir situaciones pasadas.
- b. es estereotipada o repetitiva porque esta afinada en el carácter del sujeto.
- c. es fantasmagórica, pues su génesis no es el mundo real, sino la representación imaginaria de un conflicto inconsciente.

Bibliografía: Vallejo Ruiloba J.: Trastornos de angustia. En Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría 5ª Edición Vallejo K., edit. Pag 379. Editorial Masson. 2002

Pregunta 2.-Respuesta correcta: E

Comentario: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para los trastornos mentales adultos se compone de 3 ejes: eje I (diagnósticos clínicos); eje II (incapacidades, discapacidades); eje III (factores ambientales, contextuales). Además hay propuesto un eje IV de calidad de vida.

El **eje I** (capítulo V de la ICD-10, letra F0 a F9) contempla todos los trastornos mentales y

no mentales. En dicho eje I el capítulo correspondiente a los trastornos mentales y conductuales es el quinto. Los expertos opinan que el DSM establece criterios más rígidos y comprometidos mientras que la CIE establece criterios más tolerantes y flexibles. Hoy en día la CIE es el sistema de clasificación más utilizado en todo el mundo.

El **eje II** valora las consecuencias de las enfermedades en términos de deterioro de los roles sociales básicos. Recoge cuatro dimensiones: a) cuidado personal; b) actividades ocupacionales (trabajo remunerado, escolaridad, actividades domésticas); c) actividades familiares (regularidad y calidad de las interacciones) y d) comportamiento social y tiempo libre.

El **eje III** incluye problemas relacionados con la familia o el grupo de apoyo primario, educación, empleo, vivienda, circunstancias económico-legales y antecedentes médicos familiares.

Bibliografía: Mezzich J.E., Rupiérrez Rodríguez M.A. Clasificaciones Actuales en Psicopatología y Salud Mental. En Tratado de Psiquiatría, Vallejo J., Leal C., editores. Pag 639-646, Vol I. ARS Medica 2005.

Pregunta 3.-Respuesta correcta: C

Comentario: Las ideas delirantes de carácter recurrente y los comportamientos estereotipados extraños que se observan en la esquizofrenia se diferencian de las obsesiones y compulsiones por el hecho de no revestir carácter egodistónico y no ser congruentes con la realidad. No obstante algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Históricamente se ha pensado que la estructura obsesiva era el último reducto en donde el paciente presicótico establecía sus defensas para evitar caer en la anarquía mental. No infrecuentemente puede observarse en clínica como algunos pacientes establecen mecanismos anacásticos en fases de compensación esquizofrénica. Esto llevó antaño a pensar que



esquizofrenia y TOC compartían un continuum fenomenológico que nunca demostrarse.

Como se señala arriba psicopatológicamente el TOC y los síntomas TOC-like en pacientes esquizofrénico son psicopatológicamente diferenciables, lo que justifica establecer ambos diagnósticos.

Los restantes supuestos enumerados en el ítem son correctos.

Bibliografía: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Pags: 509-510; 516-517; 533;

Pregunta 4.-Respuesta correcta: D

Comentario: En la CIE-10 se crea una categoría nueva, el t. mixto ansioso depresivo (que no existe en el DSM IVTR). La CIE-10 clasifica los trastornos de ansiedad en el epígrafe común de “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, pero diferenciando los t. de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, t. mixto ansioso depresivo) de los t. de ansiedad fóbica (agorafobia, fobia social, fobia específica), el t. obsesivo compulsivo, las reacciones a estrés y adaptación, los trastornos somatomorfos, disociativos y otros t. neuróticos.

Bibliografía: Vallejo J. Trastornos de Ansiedad. En Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría 6ª ed. Vallejo Ruiloba J., editor. Pags: 374. Masson 2006.

Pregunta 5.-Respuesta: E

Comentario: La tesis prevalente en la psiquiatría norteamericana, tal como se refleja en el DSM-IV-TR, sostiene que la agorafobia casi siempre representa una complicación del trastorno de angustia. Por el contrario, otra teoría, más vinculada con la psiquiatría europea y reflejada en la CIE-10, afirma que la agorafobia es un trastorno propio, que puede seguir, o no, al inicio de las crisis de angustia. En relación con las otras afirmaciones resaltar que las pruebas de las investigaciones clínicas muestran un cuadro muy distinto a la de los estudios epi-

demiológicos. Así en los estudios comunitarios es frecuente que la agorafobia acompañe al trastorno de angustia, pero la mayoría de las personas con agorafobia no padece un trastorno de angustia. En los estudios clínicos, el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia es bastante raro y, según algunos, inexistente. El trastorno de angustia con agorafobia se asocia con una edad más temprana de inicio y mayor duración e intensidad de los síntomas, por lo que supone una variante más grave del trastorno de angustia.

Bibliografía: Pollack MH, Smoller JW, Otto MW, Scout EL, Rosenbaum JF. Fenomenología del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 291- 301.

Pregunta 6.-Respuesta: C

Comentario: Las personas sin trastornos de ansiedad pueden presentar episodios de angustia. El DSM-IV-TR proporciona un listado de trece síntomas que pueden presentarse durante la crisis de angustia. La mayoría de estos síntomas (once de trece) son somáticos. El inicio brusco de las crisis y su naturaleza episódica las distinguen de los síntomas más difusos que caracterizan la ansiedad anticipatoria o generalizada. En el DSM-III-R, el trastorno de angustia se definía, en parte, según el número de crisis (cuatro) sucedidas durante un período de cuatro semanas. Este criterio se modificó en el DSM-IV para poner el énfasis en el miedo a las crisis de angustia, definido por la presencia, durante un mes o más, de una inquietud persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis, preocupación sobre las implicaciones de éstas, o cambios significativos de conducta relacionadas con ellas. Las crisis de angustia que cursan con menos de cuatro de los trece síntomas especificados en el DSM-IV-TR se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Bibliografía: Pollack MH, Smoller JW, Otto MW, Scout EL, Rosenbaum JF. Fenomenología del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander



E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 291- 301.

Pregunta 7.-Respuesta: A

Comentario: Los pacientes con un trastorno de angustia muestran una respuesta aplanada de la hormona de crecimiento a la clonidina. Se cree que el aplanamiento refleja una modulación a la baja de los receptores α_2 postsinápticos tras la descarga noradrenérgica crónica. La regulación noradrenérgica anómala está perfectamente documentada en el trastorno de angustia, aunque los fármacos que aumentan la neurotransmisión de serotonina reducen la volatilidad noradrenérgica. Hay pruebas de que la serotonina interviene en la ventilación pulmonar humana y de que los pacientes con trastorno de angustia son especialmente sensibles al descenso de serotonina. El factor liberador de corticotropina (CRF) extrahipotalámico parece desempeñar una misión primordial en la hiperactivación del núcleo central de la amígdala. La infusión de lactato continúa siendo el método más conocido para inducir la angustia. La vulnerabilidad frente a la infusión de lactato sódico revela una hiperactividad del núcleo central de la amígdala y una predisposición personal hacia la angustia.

Bibliografía: Coplan JD, Gorman JM. Patogenia del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 303-314.

Pregunta 8.-Respuesta: C

Comentario: La disfunción sexual es frecuente entre los pacientes tratados con antidepresivos y benzodiazepinas. Las estrategias para superarlo consisten en indicar al paciente la reversibilidad de estos efectos, reducir la dosis o agregar un segundo preparado que reduzca o reviertan las complicaciones sexuales. Por último, a veces, hay que cambiar a otro medicamento. Los fármacos que pueden resultar útiles son el betanecol (10-20 mg antes del coito o 30-100 mg/día), la ciproheptadina (4-12 mg/día), la yohimbina (5,4-16,2 mg antes de la relación

sexual o 5,4 mg tres veces al día) o el sildenafil (50-100 mg/día). La yohimbina debe prescribirse con cautela a los pacientes con trastorno de angustia, debido a sus efectos potencialmente ansiógenos. Otras estrategias más populares en la actualidad consisten en la adición de anfebutamona (100-200 mg/día) o buspirona (30 a 60 mg/día) repartidos en varias dosis. La clonidina, el propanolol, la gabapentina y la brofaromina no han demostrado utilidad en el tratamiento de la disfunción sexual.

Bibliografía: Lydiard RB. Farmacoterapia del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ed.2004, Pág. 315-329.

Pregunta 9.-Respuesta: D

Comentario: El alprazolam fue el primer fármaco que aprobó la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos para tratar el trastorno de angustia. Las ventajas y los inconvenientes relativos de cada uno de los tratamientos deben sopesarse en cada caso y la participación en la modalidad inicial de tratamiento se negociará con el paciente. Un aspecto importante para la elección terapéutica es la evaluación de los otros posibles problemas relacionados con la angustia, como la agorafobia u otros trastornos psiquiátricos asociados (p.ej. depresión, fobia social, alcoholismo). La inmensa mayoría de los clínicos que tratan el trastorno de angustia utiliza un ISRS. De hecho, esta recomendación se incluye en las guías clínicas sobre el trastorno de angustia de la American Psychiatric Association. Las personas con trastorno de angustia son particularmente sensibles a determinados efectos secundarios activadores de los ISRS, como el insomnio, la inquietud, el nerviosismo y la agitación, por lo que deben administrarse inicialmente en dosis bajas para luego ir aumentando poco a poco.

Bibliografía: Lydiard RB. Farmacoterapia del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 315-329.

