

Elia Roca. [Más información en http://www.cop.es/colegiados/PV00520/](http://www.cop.es/colegiados/PV00520/)

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

DESCRIPCIÓN

Al describir el trastorno que nos ocupa, nos centraremos principalmente en los Criterios Diagnósticos del DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (ver figura 2.1) ya que son los más utilizados por psiquiatras y psicólogos de todo el mundo. También nos referiremos, aunque en menor medida, a los Criterios utilizados por la Organización Mundial de la Salud, recogidos en la ICD-10.

El DSM-IV considera tres entidades diagnósticas relacionadas con el pánico: las crisis de pánico¹ (también llamadas ataques de pánico o crisis de angustia), el TP, y la agorafobia.

Crisis de pánico

La característica principal de las CP (en adelante CP) es la aparición repentina de miedo o malestar intensos que se acompañan de: 1) síntomas somáticos² como palpitaciones, sacudidas del corazón, sudor, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, opresión o malestar torácico, mareo o sensación de desmayo, etc., y 2) síntomas cognitivos como la desrealización (sensación de irrealidad), la despersonalización (sentirse separado de uno mismo), y el miedo a morir, volverse loco o perder el control.

Según el DSM-IV, las crisis que presentan menos de cuatro de esos síntomas se denominan Crisis de síntomas limitados.

Los pacientes que buscan ayuda terapéutica por estas crisis cuentan que, durante las mismas, experimentan un gran temor y que, en esos momentos, creen estar a punto de sufrir una desgracia como: morir, tener un infarto o un accidente vascular cerebral, perder el control o volverse locos. También describen una urgente necesidad de huir del lugar donde ha aparecido la crisis.

Típicamente, las crisis se inician de forma brusca y alcanzan su máxima expresión en 10 minutos o menos. Su duración suele oscilar entre 5 y 20 minutos y, raramente, hasta una hora.

No obstante, en ocasiones, los afectados refieren experiencias de crisis que duran más tiempo, p. ej., todo un día, lo que puede deberse a las siguientes razones:

- El paciente puede continuar agitado y cansado durante horas, después de que haya cesado la parte más prominente de la crisis,
- Las crisis pueden aparecer y desaparecer a oleadas,

¹ Utilizamos preferentemente el término crisis de pánico (CP) por ser el más utilizado y porque el término “ataque” creemos que favorece la interpretación catastrófica de las mismas.

² La mayoría de esos síntomas corresponden a una hiperestimulación del sistema nervioso simpático.

- Algunos pacientes desarrollan una ansiedad anticipatoria -temor a que aparezcan nuevas crisis- tan elevada que, al describir ambos estados, les resulta difícil diferenciar la ansiedad anticipatoria de las crisis en sí.

Figura 2.1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Pánico

<p>Crisis de pánico</p> <p>Episodio de ansiedad aguda con miedo o malestar intensos, acompañada de 4, o más, de los siguientes síntomas, que aparecen bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: a) palpitations o elevación de la frecuencia cardíaca, b) sudor, c) temblores o sacudidas, d) sensación de ahogo o falta de aliento, e) sensación de atragantarse, f) opresión o malestar en el pecho, g) náuseas o molestias abdominales, h) inestabilidad, mareo o sensación de desmayo; i) sensación de entumecimiento u hormigueo, j) escalofríos o sofocaciones, k) percibir las cosas o percibirse a si mismo de forma extraña, y l) miedo a morir, volverse loco o perder el control.</p>
<p>Trastorno de pánico</p> <p>Se dan CP repetidas, algunas de las cuales son inesperadas. Al menos una de ellas se ha seguido durante un mes (o más) de alguno de los siguientes síntomas: a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis, b) preocupación por sus consecuencias, p. ej., perder el control, sufrir un infarto o “volverse loco”, y c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.</p> <p>Además, las CP no se deben a los efectos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., la fobia social si las crisis aparecen sólo al exponerse a situaciones sociales temidas).</p>
<p>Agorafobia</p> <p>Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una CP o síntomas similares, puede no disponerse de ayuda.</p> <p>Los temores agorafóbicos suelen relacionarse con situaciones como: permanecer solo fuera de casa, estar en aglomeraciones, hacer cola, o viajar en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos o se hace indispensable la compañía de un conocido para soportarlas.</p> <p>Esta ansiedad o comportamiento de evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno por estrés postraumático cuando evita estímulos relacionados con una experiencia muy traumática).</p>

Trastorno de pánico

Según el DSM-IV, para hacer el diagnóstico de trastorno de angustia o **trastorno de pánico** (en adelante TP) el paciente tiene que haber experimentado, al menos dos de esas crisis en forma inesperada.

Además, alguna de ellas tiene que haber estado seguida, durante un mes o más, de: 1) preocupación persistente por la posibilidad de tener más crisis o por sus consecuencias –p. ej., sufrir un infarto-, o 2) de un cambio significativo del comportamiento, relacionado con las crisis –p. ej., abandonar su trabajo o sus estudios-.

Por último, esas crisis no deben ser secundarias al abuso o abstinencia de sustancias (como drogas o fármacos), ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo), ni a la presencia de otro trastorno mental (p. ej., la fobia social, cuando las CP aparecen exclusivamente al exponerse a situaciones sociales temidas).

La frecuencia e intensidad de las crisis varía enormemente de unos pacientes a otros.

Agorafobia

En cuanto a la **agorafobia**, esta consiste en aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde el paciente teme que puedan aparecer CP o síntomas similares a estas, y en las que pueda resultar difícil escapar o pedir ayuda.

Estos lugares o situaciones suelen evitarse. A veces se exponen a ellos, pero con un malestar o ansiedad significativos.

En muchos casos sólo se afrontan si van acompañados por alguna persona de confianza o por objetos diversos con los que se sienten más seguros.

Relación entre el pánico y la agorafobia

Hasta los años 80, las CP -observadas frecuentemente en la agorafobia- solían considerarse como una complicación de esta.

El DSM-III (APA, 1980) fue la primera versión de los criterios diagnósticos de la APA que consideró el Pánico como un trastorno con entidad propia. En cambio, en la ICD-9 (OMS, 1978) que daba un mayor protagonismo a la Agorafobia, las CP se incluían dentro del apartado “Estados de ansiedad”, junto a la Ansiedad generalizada y al Estado de ansiedad sin especificar, mientras que la Agorafobia aparecía como entidad diagnóstica diferenciada, dentro de la categoría de fobias.

En el DSM-III-R (APA, 1987) se dio un paso más en la consideración del TP como trastorno primario, al reconocer que la Agorafobia suele derivarse de él. Así, el DSM III-R recogía las categorías de TP sin agorafobia y TP con agorafobia. También consideraba la existencia de Agorafobia sin historia de TP³ aunque, en esta última, se especificaba que lo que produce la evitación agorafóbica es el temor a síntomas similares a los de las CP.

El DSM-IV sigue considerando al pánico predominante con respecto a la agorafobia y señala también que, en la Agorafobia *sin* historia de TP, lo que teme el paciente es la aparición de síntomas similares a los de las CP o bien la aparición de crisis incompletas.

Como afirma García (1997), no parece lógico que se siga hablando de Agorafobia sin historia de CP cuando han habido crisis de síntomas limitados, ya que la diferencia entre ambos tipos de crisis no es esencial: su única diferencia radica en el número de síntomas presentes, pero no en el tipo de síntomas requeridos, en su frecuencia e intensidad, en las complicaciones típicas ni

³ Se refiere a los casos que no presentan TP ni lo han presentado nunca.

en el tratamiento. De hecho el mismo DSM-IV reconoce que la distinción entre esos dos tipos de crisis “no deja de ser algo arbitrario”.

Por el contrario, la ICD-10 (OMS, 1992) considera como principal trastorno a la Agorafobia, diferenciando entre Agorafobia sin crisis de pánico (que incluye los casos que tuvieron CP pero ya no las tienen) y Agorafobia con crisis de pánico. Con estos criterios se incrementa el número de casos diagnosticados como agorafobia, con respecto al DSM-III-R o al DSM-IV, ya que se diagnostican como Agorafobia a todos los casos que presentan síntomas mixtos, de pánico y agorafobia, mientras que sólo se diagnostican como TP los casos de “pánico puro” sin agorafobia.

Desde nuestro punto de vista, esta postura presenta el inconveniente de que no tiene en cuenta el hecho crucial de que la Agorafobia se inicia a consecuencia de las CP y de que lo que teme el agorafóbico es volver a padecer los síntomas propios de estas crisis.

Por eso *nos parece más sensato considerar a la agorafobia como una complicación del pánico*. De hecho, la misma ICD-10 reconoce que para realizar el diagnóstico de Agorafobia es necesario que hayan “al menos dos síntomas similares a los de las CP”.

Por último, a la hora de considerar la relación entre el Pánico y la Agorafobia existe una tercera posición que es la de considerar a ambos trastornos como los dos extremos de un continuo, en el que la mayoría de casos incluirían síntomas de pánico y agorafobia, algunos presentarían sólo pánico y finalmente otros presentarían sólo agorafobia.

Aunque la polémica sigue abierta, nosotros nos adscribimos a la posición que considera que, al menos en la gran mayoría de casos, la Agorafobia es una complicación del Pánico. Nos basamos en los siguientes argumentos:

- Creemos que los casos que experimentan CP de síntomas limitados (menos de cuatro síntomas) deben equipararse a aquellos que presentan crisis completas (cuatro o más síntomas), ya que esa diferencia es irrelevante para la configuración total del trastorno y para su tratamiento.
- En la práctica es difícil hallar casos de agorafobia sin historia de CP.
- Incluso aquellos pocos pacientes con agorafobia que niegan en principio haber experimentado crisis o temor a las sensaciones típicas de estas, suelen recordarlas cuando llevamos a cabo algún ejercicio de inducción de sensaciones (ej. el experimento de hiperventilación).
- La idea de que existía un elevado número de pacientes con agorafobia y sin pánico, se basaba en estudios epidemiológicos que han sido cuestionados recientemente ya que, al parecer, consideraban como agorafobia casos que no lo eran.

Cambios conceptuales introducidos por el DSM-IV

Al comparar al DSM-IV con sus antecesores (DSM-III y DSM-III-R) observamos que, aunque sigue las mismas pautas generales, también presenta una serie de novedades.

El DSM-IV considera que las CP aparecen con frecuencia en otros trastornos de ansiedad y, por ello, separa los criterios diagnósticos de las crisis de pánico de los del TP. Para clarificar esta cuestión, distingue entre 3 tipos de crisis:

- 1) *Crisis inesperadas*, no relacionadas con estímulos situacionales. El diagnóstico de TP requiere que haya habido alguna de este tipo.

- 2) *Crisis situacionales*, desencadenadas por estímulos ambientales. Son CP que aparecen durante la exposición o anticipación del estímulo desencadenante ambiental; es decir, el estímulo fóbico desencadenaría automáticamente la crisis.
- 3) *Crisis cuya ocurrencia es más probable si el sujeto se expone a ciertos estímulos ambientales*. Estas crisis son especialmente frecuentes en el TP, aunque también pueden aparecer en otros trastornos de ansiedad como las fobias sociales y específicas.

Pero, según el DSM-IV, no siempre existe una relación exclusiva entre el tipo de crisis y el trastorno en que se da. Por ejemplo, los pacientes con TP manifiestan con frecuencia que, a medida que avanza el curso de la enfermedad, van predominando las crisis que (al menos en apariencia) serían de tipo situacional.

Esta clasificación de diferentes tipos de CP ha suscitado algunas críticas porque no tiene en cuenta los estímulos interoceptivos que desencadenan las crisis y sigue considerando que existen crisis (ataques) espontáneas. Pero, como señala Barlow (1988b), la aparente espontaneidad de las CP así llamadas se debe a que los pacientes, en ocasiones, no son capaces de identificar el estímulo desencadenante, que siempre se halla presente y que son las sensaciones interoceptivas. En este punto conviene recordar las investigaciones que muestran que pueden darse respuestas de ansiedad aguda con una exposición al estímulo fóbico en forma no accesible a la conciencia (Öhman y Soares 1993; Greenwald 1992; Esteves y Öhman, 1993; Mogg et al., 1993).

Por nuestra parte no estamos de acuerdo en que se hable de “CP desencadenadas por estímulos externos”. Creemos que, como defiende el modelo cognitivo, los verdaderos desencadenantes de las CP son las sensaciones interoceptivas que el paciente interpreta catastrofistamente.

Por tanto, lo que ocurre en las crisis desencadenadas por estímulos situacionales sería mejor llamarlo respuesta fóbica a las mismas. No obstante, también podemos considerar que la situación fóbica puede provocar sensaciones internas que, a su vez, pueden ser interpretadas catastróficamente dando así lugar a la CP. Esto sería especialmente frecuente en la agorafobia.

En cuanto a los síntomas de las crisis, en el DSM-IV aparecen por primera vez ordenados según su frecuencia, a partir de los estudios realizados por Ballenger y Fyer (1993); pero llama la atención que los síntomas de miedo a morir, volverse loco o perder el control aparezcan en el lugar décimo y undécimo, lo que indicaría una baja frecuencia.

Esto resulta extraño ya que si partimos de la idea de que las CP se caracterizan por el miedo intenso a que ocurra una de esas desgracias, en forma inminente, resulta extraño que dichos miedos no aparezcan como más frecuentes.

De hecho, Rapee et al. (1992) encuentran que el miedo a volverse loco o a perder el control aparece en casi un 80% de CP (siendo el 4º síntoma más frecuente) mientras que el miedo a morir se halla en el 50 % de las crisis.

Por lo que se refiere a los criterios diagnósticos para el TP con o sin agorafobia, el DSM-III-R requería cuatro CP en cuatro semanas, o bien una crisis seguida de un mes de miedo persistente a padecer otra.

En cambio, el DSM-IV requiere CP recidivantes e inesperadas, acompañadas durante un mes o más de: 1) preocupación persistente por tener otra, o por sus posibles repercusiones, o 2) cambios significativos de conducta asociados a las crisis, como dejar su trabajo, en sujetos que no reconocen dichas preocupaciones.

Por tanto, la última versión de la A.P.A., parece tener en cuenta la evitación cognitiva que puede llevar a algunos pacientes a no reconocer conscientemente el temor anticipatorio acerca de las crisis (Beck et al., 1985) aunque si que se manifieste dicho temor a nivel conductual.

Otras limitaciones del DSM-IV

Una de las críticas que se hacen a los criterios diagnósticos del DSM-IV es que sigue sin tener en cuenta que la mayoría de pacientes con pánico evitan determinadas actividades como hacer ejercicio, tomar café, etc., que pueden considerarse como un estadio intermedio entre el pánico y la agorafobia. Esta es una cuestión de gran interés, tanto para comprender el mantenimiento del trastorno como para planificar la terapia (ver apartado 3.4 y Guía del terapeuta).

Otro déficit a señalar es que, en el apartado correspondiente al diagnóstico diferencial, no se tienen en cuenta algunos cuadros que presentan síntomas similares al pánico como la Hipocondriasis o el Trastorno por despersonalización.

Pero, a pesar de sus limitaciones, estamos de acuerdo con Barlow et al. (1994) cuando consideran que las definiciones del TP que recoge el DSM-IV son algo más precisas y están fundamentadas en la investigación científica en mayor medida que las de sus antecesores, el DSM-III y el DSM-III-R.

Es de esperar que, siguiendo esa misma línea, en sucesivas ediciones se vayan subsanando los déficits e imprecisiones que aún presenta. Esto es muy importante ya que el DSM es la principal guía en la investigación y la práctica de psiquiatras y psicólogos de todo el mundo.

2. 2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL PÁNICO

El diagnóstico diferencial consiste en distinguir este trastorno de otras patologías orgánicas o psicológicas que pueden presentar síntomas parecidos.

El diagnóstico diferencial es siempre una cuestión crucial, pero lo es más aún en un trastorno como el pánico, ya que existe un gran solapamiento entre sus síntomas y los de otros cuadros orgánicos o psicológicos. Este solapamiento ha dado lugar a que, como señalan Margraf (1992) y Zajecka (1997) frecuentemente los pacientes con pánico estén mal diagnosticados y, por consiguiente, mal tratados (ver apartado 2.7).

También existe el peligro inverso, es decir, que se diagnostiquen como TP otras psicopatologías o ciertos problemas orgánicos que presentan síntomas parecidos al pánico pero que requieren abordajes muy diferentes.

Por todo ello, es de gran interés que quienes tratamos a pacientes con TP, tengamos algunos conocimientos básicos que nos ayuden a diagnosticar correctamente este trastorno.

En primer lugar, consideraremos el diagnóstico diferencial con una serie de problemas orgánicos.

2.2.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ENFERMEDADES ORGÁNICAS

Una de las principales características del paciente con pánico es que teme padecer una enfermedad (física o mental) severa y, como es lógico, si notan síntomas que creen que se deben a una enfermedad grave acuden en busca de ayuda médica en primer lugar.

Por tanto, los pacientes con TP cuyos síntomas se prestan a confusión con los de alguna enfermedad física, suelen llegar al tratamiento psicológico tras ser descartada la patología orgánica por el correspondiente especialista médico. Aún así, conviene que tengamos algún conocimiento sobre los cuadros orgánicos que pueden producir síntomas parecidos al pánico, para que podamos colaborar en detectarlos si fuere el caso.

Como recomienda el DSM-IV, al hacer el diagnóstico diferencial entre el pánico y ciertas enfermedades orgánicas con las que puede confundirse, hay que tener en cuenta si se dan síntomas atípicos (p. ej., pérdida del control de esfínteres o amnesia en las crisis) que harían sospechar una etiología orgánica.

A continuación analizaremos las principales características de algunos *trastornos orgánicos que pueden producir síntomas parecidos al pánico* y señalaremos aquellos rasgos que pueden ayudarnos a reconocerlos:

- **Crisis hipoglucémicas.** La hipoglucemia consiste en un bajo nivel de azúcar en la sangre, que puede ser agudo o crónico. Generalmente ocurre en diabéticos tras recibir dosis excesivas de insulina o de antidiabéticos orales. Los descensos de glucemia pueden producir sudor, palpitaciones, debilidad, mareo, o temblores.

Quienes la padecen deben aprender a reconocer los síntomas de esta bajada de azúcar en sangre y corregirla, generalmente ingiriendo alimentos.

Un rasgo que puede ayudar a diferenciar entre las CP y las crisis de hipoglucemia es que, muchas veces, durante las crisis, los pacientes con hipoglucemia notan una intensa sensación de hambre (Vallejo, 1991).

En ocasiones, los síntomas de hipoglucemia desencadenan CP, por lo que el tratamiento debe llevarse a cabo en colaboración con el médico que controla la diabetes. En estos casos, conviene que ayudemos al paciente a diferenciar entre los síntomas de ansiedad y los de hipoglucemia, además de enseñarle a manejar la ansiedad.

- **Hipertiroidismo.** El hipertiroidismo se debe a un aumento de la producción de tiroxina, que se refleja en una elevación de los niveles de esta hormona. Este trastorno es ocho veces más frecuente en mujeres que en hombres.

El hipertiroidismo suele producir agitación, temblor, sensación de falta de aire, palpitaciones y taquicardia; síntomas parecidos a los que se experimentan en las CP. Además, al igual que en el hipoparatiroidismo, en algunos casos la única queja del paciente que lo padece puede ser la ansiedad. Por eso, algunos autores recomiendan un estudio de la función tiroidea en todos los pacientes con síntomas de pánico (Hollander et al., 1996).

Por lo que se refiere a las diferencias, en el hipertiroidismo el temblor es fino, las palmas de las manos están calientes y rosadas, se observa pérdida de peso con apetito normal, hay intolerancia al calor, y la taquicardia no desaparece con el reposo. Esto difiere del TP en el que el temblor es intenso, las palmas de las manos están frías y húmedas y el ritmo cardíaco decrece durante el sueño (Vallejo, 1991).

A veces, la disfunción del tiroides actúa como desencadenante del TP, por lo que hay que tratar ambos (Hollander et al., 1996).

- **Hipoparatiroidismo.** Se debe a un déficit en la secreción de la hormona paratiroidea que ocasiona un descenso del calcio y una elevación del fosfato en la sangre. Todo ello produce sensaciones similares a las de la CP.

- **Síndrome de Cushing.** Se relaciona con una elevación de cortisol en la sangre y puede desarrollarse en periodos de estrés elevado. En ocasiones produce síntomas de ansiedad aguda similares al pánico, aunque es más frecuente que produzca sintomatología depresiva.
- **Feocromocitoma.** Es un tumor de las glándulas suprarrenales poco frecuente y generalmente benigno. Produce episodios de secreción excesiva de catecolaminas cuyo incremento esta ligado a cualquier estado de ansiedad, por lo que da lugar a síntomas muy similares a los del pánico. Puede presentar accesos de cefalea, rubor, temblor, dolor abdominal o torácico y ansiedad; asociados con elevaciones de la tensión arterial, que puede ser normal una vez pasa el episodio agudo. Estos cambios coinciden con un aumento considerable de los niveles de catecolaminas y de sus metabolitos en sangre y orina. Durante estos episodios, el paciente nota “como si estuviese ansioso” pero no presenta la vivencia de terror típica de las CP y tampoco desarrolla ansiedad anticipatoria ni agorafobia (Vallejo, 1991).
- **Epilepsia.** La epilepsia del lóbulo temporal ha sido asociada con un amplio rango de trastornos emocionales que incluyen la ansiedad. Una vez más, muchos de los síntomas típicos del pánico tales como sudor, palpitaciones e incluso desrealización pueden derivarse de ese problema orgánico. Las crisis comiciales parciales complejas son episodios de inicio y resolución muy recortados que suelen durar unos segundos y presentan con frecuencia síntomas similares a una CP como miedo, agresividad y vivencias de desrealización o despersonalización. A veces se acompañan de un estado alterado de conciencia y de trastornos sensorio-perceptivos. Su diagnóstico apropiado suele requerir, entre otras pruebas, la del EEG.

Como explica Marcks (1987b, 1991a) la epilepsia puede estar acompañada de miedo que aparece antes, durante o después de la crisis y, en ocasiones, ese miedo se presenta como la única experiencia ictal por lo que puede confundirse con CP. En otros casos el miedo se acompaña de sensaciones interoceptivas similares a las del pánico, con lo que aún es más fácil la confusión. A veces la experiencia de miedo se acompaña de conductas congruentes con él (p. ej., encogerse, gritar “no, no” o salir corriendo del lugar donde se encuentra con aspecto aterrorizado). El miedo experimentado durante las crisis epilépticas puede asociarse a estímulos neutros, y así el paciente epiléptico puede convertirse en fóbico a entrar en sitios donde haya sufrido una crisis por temor a sufrir otra (Marcks, 1991a).

En ocasiones, estas crisis se acompañan de síntomas como alucinaciones, vómitos, diarrea o micción, que no son propios de las CP y que nos orientan hacia el diagnóstico de enfermedad orgánica. Otro rasgo que sugiere el diagnóstico de epilepsia es que, a menudo, tras la crisis se da una amnesia por la que el paciente no recuerda nada de lo ocurrido.

- **Trastornos audiovestibulares.** En la patología del nervio vestibular aparecen episodios de vértigo y sensaciones de mareo, náuseas, inestabilidad y ansiedad, que son comunes en las CP. Pero, en lugar de un simple mareo, estos pacientes suelen experimentar vértigo real, con la sensación de que los objetos de su entorno giran a su alrededor. En estos casos se debe consultar a un otorrinolaringólogo.

Diversos estudios indican una mayor prevalencia de trastornos audiovestibulares en los pacientes con pánico que en la población general (Barlow, 1988a), principalmente en los casos con agorafobia (Jacob et al., 1996). Estos trastornos audiovestibulares permanecen sin diagnosticar en un elevado porcentaje de casos. Por otro lado, algunos pacientes con TP se quejan principalmente de sensación de mareo e inestabilidad, por lo que se ha sugerido que pueden constituir un subgrupo diferenciado de pacientes, con un TP enraizado en una anomalía neurológica a este nivel (Hollander et al., 1996).

- **Prolapso de la válvula mitral.** El Prolapso de válvula mitral⁴ (PVM) suele ser una afección benigna que se asocia ocasionalmente con dolor precordial, palpitaciones, arritmias, intolerancia al ejercicio, disnea, cefalea, mareo, astenia, fatiga y ansiedad.

Se diferencia del pánico en que los pacientes con PVM presentan soplo sistólico a la auscultación.

En algunos pacientes se presentan a la vez el PVM y el TP, pero esto no implica que tenga que modificarse el tratamiento psicológico o farmacológico del pánico.

Por lo que se refiere a la importancia de diagnosticar la existencia del PVM, la mayoría de estos pacientes no necesitan tratamiento pero la American Heart Association (1996) recomienda que se sometan a revisiones anuales, así como a tratamiento antibiótico para prevenir la endocarditis, antes de someterse a determinados procedimientos médicos.

- **Taquicardia paroxística supraventricular.** Este trastorno se caracteriza por la aceleración del ritmo cardíaco (entre 140 y 220 p.m.). Pese a que en las CP nunca se llega a un ritmo cardíaco tan acelerado, con frecuencia los pacientes con taquicardia paroxística son diagnosticados erróneamente como afectados por CP (Lessmeier et al., 1997).

La taquicardia paroxística supraventricular -al igual que otras arritmias y otras enfermedades cardíacas como la cardiopatía isquémica- pueden presentarse inicialmente con síntomas similares a los de las CP (Hollander et al., 1989) por lo que, en caso de duda, es preferible una revisión médica para descartar estos trastornos.

- **Intestino irritable.** El intestino irritable es una alteración funcional que también se ha asociado al TP. Produce síntomas comunes a los que presentan algunos pacientes con pánico, como las náuseas y molestias intestinales (Lydiard et al., 1994), pero en el intestino irritable no existe una relación tan directa entre los síntomas y los episodios de ansiedad aguda.
- **Otras enfermedades orgánicas.** algunos autores consideran el diagnóstico diferencial entre el pánico y un elevado número de enfermedades orgánicas como anemia, hipertensión, asma, enfermedad cerebrovascular, infección, migraña, isquemia transitoria, tumor, síndrome premenstrual, déficit de vitamina B12, alteraciones electrolíticas, envenenamiento por metales pesados, etc. (Kaplan et al., 1996).

Para finalizar este apartado recordaremos que la presencia de alguno de estos cuadros orgánicos que presente síntomas similares al pánico no excluye necesariamente la posibilidad de que el paciente padezca también un TP.

Por el contrario, es muy frecuente que se den conjuntamente y que se establezca una interacción entre ambos por la cual, en ocasiones, cada uno de ellos exacerba al otro. A menudo acuden a psicoterapia pacientes con alguno de los problemas orgánicos que producen síntomas similares al pánico y que, además, han desarrollado el resto de síntomas que caracterizan al TP⁵.

En esos casos nuestra misión será trabajar en forma coordinada con el médico que trata el problema orgánico y, cuando ello sea necesario, ayudar al paciente a discriminar la sintomatología

⁴ Este trastorno ha sido propuesto como una de las posibles causas orgánicas del pánico, y ha sido el más estudiado al respecto. Se llegó a pensar que podría llegar a ser un marcador biológico para el pánico, pero no se ha constatado una incidencia mayor de PVM en los pacientes con pánico respecto a la hallada en la población general.

⁵ Por ejemplo un paciente con vértigo que al notar los síntomas propios de este cuadro lleva a cabo interpretaciones catastrofistas acerca de ellos y, en consecuencia, experimenta CP.

de base orgánica de la sintomatología añadida por la ansiedad, mientras le enseñamos a controlar ésta.

Figura 2.2. Diagnostico diferencial entre el trastorno de pánico y algunas enfermedades orgánicas

ENFERMEDAD ORGÁNICA	SÍNTOMAS SIMILARES AL PÁNICO	DIFERENCIAS CON EL PÁNICO
Crisis hipoglucémicas	Sudor, palpitaciones, debilidad, mareo, sensación de desmayo, temblores	En las <i>crisis hipoglucémicas</i> frecuentemente se da una sensación de hambre intensa. Los síntomas mejoran al ingerir alimentos y el análisis de sangre muestra hipoglucemia
Hipertiroidismo	Agitación, temblor, sensación de falta de aire, palpitaciones o taquicardia	En el <i>hipertiroidismo</i> se observan: temblor fino, palmas de las manos calientes y rosadas, pérdida de peso con apetito normal, intolerancia al calor, y taquicardia que no desaparece con el sueño; además, la tiroxina en sangre está aumentada. En cambio, en el <i>pánico</i> se da temblor intenso, las palmas de las manos están frías y húmedas y el ritmo cardíaco decrece con el sueño
Hipoparatiroidismo y otras causas de hipocalcemia	El descenso del calcio en la sangre produce sensaciones similares a las de una CP	En el <i>hipoparatiroidismo</i> hay bajos niveles de calcio en sangre
Feocromocitoma	Ansiedad intensa, palpitaciones	En el <i>feocromocitoma</i> hay cefalea y dolores intensos, abdominales o torácicos, asociados a elevación de la tensión arterial (que puede ser normal una vez pasa el episodio agudo), coincidiendo con un incremento considerable de catecolaminas y de sus metabolitos en sangre y orina
Epilepsia del lóbulo temporal	Sudor, palpitaciones, desrealización, episodios de inicio y resolución muy recortados. El miedo puede ser el único síntoma experimentado en ciertas crisis epilépticas. Después de las crisis pueden darse conductas de evitación de estímulos asociados a ellas	En las <i>crisis epilépticas</i> de este tipo, a veces se producen conductas agresivas, estado alterado de conciencia, alucinaciones, micción y amnesia al acabar la crisis
Trastornos audiovestibulares	Mareo, sensación de vértigo, sensación de desmayo e inestabilidad	En los <i>trastornos audiovestibulares</i> suele producirse vértigo real con sensación de que los objetos giran alrededor. También pueden detectarse anomalías neurológicas
Prolapso de válvula mitral (PVM)	Dolor precordial, palpitaciones, dolor de cabeza, mareo y fatiga	En el <i>PVM</i> se halla soplo sistólico a la auscultación
Taquicardia paroxística supraventricular (TPS)	Aceleración del ritmo cardíaco y ansiedad	En la <i>TPS</i> se alcanzan de 140 a 220 pulsaciones por minuto, mientras que en el TP, aunque aumenten las pulsaciones, no llegan a ser tan ele-

		vadas
Intestino irritable	Náuseas, molestias intestinales	En el <i>intestino irritable</i> no existe una relación tan directa con los episodios de ansiedad aguda

En ocasiones el tratamiento tendrá que ser modificado. Por ejemplo, en determinados trastornos orgánicos, algunas de las técnicas habitualmente utilizadas para provocar sensaciones interoceptivas puede estar contraindicada, por lo que el tratamiento se centraría más en la explicación del modelo cognitivo, la reestructuración cognitiva y las técnicas de control de la ansiedad. En caso de duda hay que consultar al especialista médico que está tratando al paciente.

En la figura 2.2, se presenta un resumen de las similitudes y diferencias entre la sintomatología del TP y la de algunas enfermedades orgánicas.

2.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON EL ABUSO O LA ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS

El *abuso* de ciertas sustancias como heroína, cocaína, anfetaminas, LSD, cannabis, anticolinérgicos, hormonas esteroideas, cafeína, vasoconstrictores, broncodilatadores y otros simpaticomiméticos, así como la *retirada* de otras sustancias que se consumían habitualmente como el alcohol o los ansiolíticos, puede producir síntomas de ansiedad aguda similares a los que se dan en una CP.

Por tanto, al diagnosticar el TP hay que descartar la presencia de abuso o abstinencia de estas sustancias, aunque a veces no es fácil, como ocurre con el síndrome de abstinencia de algunas benzodiazepinas ya que los síntomas de ansiedad debidos a su retirada pueden permanecer hasta cuatro semanas después de dejarlas.

Al igual que ocurría en el diagnóstico diferencial entre el pánico y ciertas enfermedades médicas, es más probable que se trate de ansiedad inducida por sustancias si se observan síntomas atípicos durante las crisis (p. ej., vértigo verdadero, pérdida de la conciencia o del control de esfínteres, dolores de cabeza o amnesia) o si el cuadro se inicia después de los 45 años.

En cambio, es más probable que los síntomas de ansiedad correspondan a un TP si persisten durante un periodo demasiado largo tras haber remitido la fase aguda de intoxicación o abstinencia, si los síntomas son claramente excesivos para el tipo o cantidad de sustancia utilizada o si el paciente ha sufrido anteriormente otros trastornos de ansiedad primarios.

Por la frecuencia con que ocurre en nuestro ámbito, queremos hacer una mención especial al abuso de cafeína. La cafeína, sobre todo si se toma una cantidad elevada, puede producir síntomas similares a los que se experimentan en una CP, por lo que se ha utilizado para provocar estas crisis en experimentos de laboratorio (Barlow y Cerny, 1988).

Dado el amplio consumo de café en la población general, no es de extrañar que su consumo esté implicado en el desencadenamiento de algunas crisis.

Además, aunque la mayoría de pacientes con pánico evitan tomar café, algunos lo consumen en exceso, en ocasiones para contrarrestar el efecto sedante o hipotensor de los ansiolíticos o para reducir la sensación de mareo, que es muy frecuente en este trastorno. En estos casos hay que informarles de su efecto ansiógeno y pedirles que reduzcan su consumo.

Esto no está reñido con el hecho de que, en una fase avanzada de la terapia, utilicemos la ingesta de café con un objetivo terapéutico, como se explicará más adelante.

En la figura 2.3. se exponen algunas sustancias cuyo abuso o abstinencia puede producir síntomas de ansiedad aguda similares a los del pánico.

Figura 2.3. Diagnóstico diferencial con el abuso o abstinencia de sustancias

<p>Abuso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -cocaína -anfetaminas -cafeína -cannabis -anticolinérgicos -alucinógenos -hormonas esteroideas -simpaticomiméticos (vasoconstrictores, broncodilatadores, ...) <p>Abstinencia por abandono o reducción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -alcohol -ansiolíticos <p>En casos dudosos, considerar que es más probable que los síntomas de ansiedad aguda se deban a intoxicación o abuso de sustancias (o a enfermedad orgánica) si se inician después de los 45 años o si se dan síntomas atípicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -vértigo verdadero -pérdida de conciencia -pérdida de control de esfínteres -amnesia

2.2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL PÁNICO Y OTRAS

PSICOPATOLOGÍAS.

Diagnóstico diferencial con otros trastornos de ansiedad

Según el DSM-IV, con frecuencia se dan CP en otros trastornos de ansiedad como la *fobia social*, el *trastorno obsesivo compulsivo* o las *fobias específicas* (cuando el paciente se expone al estímulo temido), y en el *trastorno por estrés agudo* o el *trastorno por estrés postraumático* (al exponerse a estímulos que le recuerdan el trauma).

Por ejemplo, el DSM-IV señala la dificultad en diferenciar ciertos cuadros de TP de algunos casos de fobias específicas, ya que en ambos pueden aparecer tanto las CP como la evitación a diversos lugares: medios de transporte, lugares cerrados, etc.

Así pues, antes de diagnosticar TP a un paciente que manifiesta CP se recomienda tener en cuenta los siguientes parámetros:

- 1) *El objeto del temor*. Si el principal temor es a las sensaciones internas sería pánico, mientras que si, por ej., lo que más teme es ser observado o humillado o ruborizarse, sería más propio de la fobia social. Este criterio es el más importante para diferenciar el pánico de otros trastornos de ansiedad.
- 2) *El tipo y número de crisis*, teniendo en cuenta que en el TP tiene que haber, por definición, crisis “inesperadas”, es decir, independientes de un estímulo externo desencadenante.
- 3) *El número de situaciones evitadas*, que en el TP suelen ser diversas, ya que lo que realmente se evita es la posibilidad de tener otra crisis.
- 4) *El nivel de ansiedad anticipatoria* (que suele ser mayor en el TP, ya que temen que los síntomas puedan aparecer de forma imprevista).

Por último, dentro de los trastornos de ansiedad, consideraremos el diagnóstico diferencial entre la ansiedad generalizada y el TP.

La *ansiedad generalizada* puede presentar síntomas físicos similares a los que experimenta el paciente con pánico, pero en forma menos intensa y sin interpretaciones catastrofistas acerca de los mismos. Además, el contenido de sus preocupaciones no se relaciona primordialmente con el temor a las sensaciones interoceptivas.

Por su parte, los pacientes con TP también pueden presentar un estado de ansiedad continuada pero se trata de ansiedad anticipatoria debida al temor a que aparezcan nuevas crisis.

Diagnóstico diferencial con la depresión

En ocasiones, el TP puede confundirse con la depresión. Aunque se trata de cuadros muy diferenciados, un porcentaje considerable de pacientes presentan síntomas de ambos. Así, según el DSM-IV, entre el 50 y el 65% de pacientes con TP presentan también depresión mayor.

En muchos casos la depresión es una consecuencia del pánico, pero también hay casos en que el problema principal es la depresión y se dan CP ocasionales que pueden producir algún grado de temor anticipatorio.

Cuando el diagnóstico diferencial entre estos dos trastornos es dudoso, se recomienda preguntar al paciente qué es lo que más le preocupa, sus crisis o su depresión, y su respuesta nos orientará hacia cuál es el cuadro predominante.

También puede ser útil averiguar cuál de los dos apareció antes (ya que el primero en aparecer suele ser el problema principal) y qué relación se da entre ellos en los periodos de mejoría o empeoramiento.

Diagnóstico diferencial con la hipocondría

Aunque el DSM-IV, al igual que sus antecesores, clasifica a la hipocondría fuera del apartado de los trastornos de ansiedad, concretamente como un trastorno somatomorfo, existe una notable similitud entre ellos ya que los pacientes que sufren hipocondría son también propensos a malinterpretar ciertas señales corporales benignas como indicadores de enfermedad física o mental grave.

De hecho, el DSM-III-R consideraba que los sujetos cuyas señales corporales objeto de malinterpretación fuesen únicamente las sensaciones correspondientes a las CP, no debían recibir el diagnóstico de hipocondría.

Por su parte, el DSM-IV considera que debe diagnosticarse hipocondría sólo si las preocupaciones sobre la salud no pueden explicarse mejor por otros cuadros como el TP.

En cuanto a los rasgos que diferencian a estos dos trastornos, los principales se refieren al tipo de señal corporal malinterpretada y al momento en que el paciente espera que ocurra el desenlace temido.

Por lo que se refiere al tipo de señal corporal malinterpretada, en el pánico son sensaciones relacionadas con la ansiedad (o similares), lo cual facilita el mecanismo de feedback que produce un rápido incremento de la ansiedad y da lugar a la CP⁶.

En cambio, en la hipocondría, la señal corporal que se malinterpreta como amenaza es de otro tipo (p. ej., lunar que se interpreta como cáncer).

Si atendemos al momento en que el paciente espera que ocurra la catástrofe temida, en el pánico se trata de una amenaza inminente, mientras que en la hipocondría se trata de enfermedades cuyo desenlace fatal se prevé a más largo plazo (ver figura 2.4).

Estas diferencias básicas determinan a su vez variaciones en cuanto al tipo de conductas de evitación y de búsqueda de seguridad que llevan a cabo los pacientes.

Todo ello se tiene en cuenta al planificar la terapia. Por ejemplo, en el pánico, el carácter inminente del desastre temido hace más fácil diseñar experimentos para que el paciente disconfirme sus creencias mediante la inducción de las sensaciones temidas y la consecuente comprobación de que no ocurre lo que temía, al exponerse a ellas.

En la práctica clínica, nos encontramos con cuadros que están a mitad de camino entre ambas psicopatologías. Además, en los pacientes con TP se hallan con frecuencia actitudes hipocondríacas sobre su salud que, en muchos casos, desaparecen cuando el TP es tratado con éxito.

Figura 2.4. La Hipocondría según el DSM-IV

Preocupación y miedo a tener (o creencia de que se padece) una enfermedad grave, que se basa en la malinterpretación de ciertas señales corporales benignas y que persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

Dicha creencia no es de tipo delirante (como en el trastorno delirante de tipo somático), no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal) y no se explica mejor como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, TP, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Diagnóstico diferencial con las crisis histéricas (trastorno de conversión)

Vallejo (1991) señala la importancia del diagnóstico diferencial entre el TP y ciertas crisis de naturaleza histérica (trastorno de conversión). La personalidad premórbida, los antecedentes de sintomatología abigarrada y compleja, los beneficios secundarios, la respuesta anárquica, in-

⁶ El denominado círculo vicioso del pánico (apartado 3.4 y Guía del terapeuta).

consistente o paradójica al tratamiento, y la variabilidad de los síntomas por sugestión, orientan hacia el diagnóstico de crisis de conversión.

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Según el DSM-IV, en otros trastornos de ansiedad como fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia específica, trastorno por estrés agudo o trastorno por estrés postraumático, suelen experimentarse CP pero sólo al exponerse al estímulo temido. Además, el principal temor no es a las sensaciones internas sino a dicho estímulo (p. ej., temor a la evaluación negativa, en la fobia social).

En cuanto a la ansiedad general, en esta también se experimentan sensaciones similares a las que teme el paciente con pánico, pero en forma menos intensa y sin interpretaciones catastrofistas acerca de las mismas.

DEPRESIÓN

Según el DSM-IV, del 50% al 60% de pacientes con TP experimentan simultáneamente depresión mayor. Cuando dudemos de cuál es el problema principal, nos puede ayudar el preguntar al paciente qué es lo que más le preocupa, y el indagar cuál de los dos cuadros apareció antes.

HIPOCONDRIA

La similitud entre el pánico y la hipocondría consiste en que en ambos se malinterpretan ciertas señales corporales benignas como indicadores de enfermedad grave. Las diferencias más significativas radican en: 1) el tipo de señal malinterpretada, que en el pánico son sensaciones similares a las que se experimentan en la ansiedad y en la hipocondría no, y 2) el momento en que se espera que ocurra la catástrofe temida, que en el pánico es inminente y en la hipocondría a más largo plazo.

CRISIS HISTÉRICAS (TRASTORNO DE CONVERSIÓN)

La personalidad histriónica anterior al inicio de las crisis, la sintomatología atípica, los beneficios secundarios, la respuesta inconsistente o paradójica al tratamiento y la variabilidad de los síntomas por sugestión, orientan hacia el diagnóstico de crisis histéricas.

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Se parece a los casos de pánico cuyas sensaciones internas temidas son la despersonalización o la desrealización en: 1) la experimentación persistente o recurrente de dichas sensaciones y 2) que ambos suelen temer que ello signifique que se están volviendo locos.

Se diferencian en que en el trastorno de despersonalización hay diversos tipos de anestesia sensorial, ausencia de respuesta afectiva y sensación de no controlar los propios actos, y no se presentan episodios recortados de terror y ansiedad aguda.

Diagnóstico diferencial con el trastorno de despersonalización

El trastorno de despersonalización presenta algunos rasgos en común con el pánico, sobre todo con aquellos casos de pánico cuyas sensaciones interoceptivas temidas se limitan a la despersonalización y la desrealización. Según el DSM-IV, el trastorno de despersonalización se ca-

racteriza por la experimentación, persistente o recurrente, de distanciamiento o de sentirse un observador externo de los propios procesos mentales o del propio cuerpo (p. ej., sentirse como si estuviese en un sueño) que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro sociolaboral. En este trastorno pueden darse también sensaciones de desrealización (sensación de que el mundo exterior es extraño o irreal).

También coincide con el pánico en que, según el DSM-IV, el paciente con trastorno de despersonalización “muy a menudo teme que esas experiencias y sensaciones signifiquen que se está volviendo loco”.

Sin embargo, siguiendo también al DSM-IV, a diferencia de lo que ocurre en el pánico el paciente con trastorno de despersonalización presenta diversos tipos de anestesia sensorial, ausencia de respuesta afectiva y sensación de que no controla sus propios actos (incluido el habla). Por otro lado, no presenta episodios tan recortados de terror y ansiedad aguda como ocurre en TP.

2.2.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA AGORAFOBIA

Existen varios cuadros que, a nivel superficial, pueden confundirse con la agorafobia porque también presentan evitación de situaciones. Entre ellos destacan la fobia social, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad de separación grave, y el trastorno delirante cuando los afecta

Figura 2.6. Diagnóstico diferencial de la Agorafobia

<ul style="list-style-type: none"> -Fobia social -Fobias específicas -Trastorno por ansiedad de separación -Trastorno delirante -Enfermedades reales que llevan a evitar situaciones por preocupaciones realistas acerca de ellas
--

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Al tratar el tema de la epidemiología tenemos que distinguir tres categorías diferentes: 1) los sujetos que experimentan alguna CP sin más complicaciones, 2) los que han desarrollado TP y 3) los que llegan a presentar Agorafobia.

Por lo que se refiere a las CP, estudios comunitarios a gran escala han mostrado que alrededor de un 10% de la población general adulta experimenta algún episodio, aunque en la mayoría de casos no se llega a desarrollar el TP (Myers et al., 1984; Robins et al., 1984; Angst y Dobler-Mikola, 1985; Lee et al., 1985; Yeh et al., 1986).

En cuanto al TP con o sin agorafobia, en 1997 se llevó a cabo un extenso estudio epidemiológico (The Cross-national epidemiology of panic disorder), en el que se recogieron datos de estudios comunitarios llevados a cabo en diez países, aplicando la entrevista estructurada D.I.S y los criterios diagnósticos del DSM-III en 40.000 sujetos. Los resultados mostraron que el porcentaje de individuos de la población general que presentaban TP a lo largo de la vida se

situaba en un rango entre el 1,4% de Edmonton (Gran Bretaña) y el 2,9% de Florencia (Italia), con la excepción del 0,4% de Taiwan donde, por razones que se desconocen, las tasas de la mayoría de psicopatologías son notablemente bajas (Weissman et al., 1997).

Como señalan Kaplan et al. (1996), la mayoría de estudios epidemiológicos realizados hasta ahora han utilizado los criterios del DSM-III que son más restrictivos que los del DSM-III-R y los del DSM-IV, por lo que la prevalencia real del TP puede ser bastante mayor.

Botella (2005) considera que los datos epidemiológicos obtenidos en distintos países encuentran una prevalencia del 1,5 al 3,5, y una prevalencia a lo largo de toda la vida de entre el 1,6 al 2,2 % de la población general.

Por último, con respecto a la **agorafobia**, estudios realizados en la población general muestran que entre 1/3 y 1/2 de los individuos con TP, presentan también agorafobia. Cuando el estudio se realiza en poblaciones clínicas, las cifras de agorafobia son mayores.

Caplan et al. (1996) señalan que la prevalencia de la agorafobia oscila, según los diferentes estudios llevados a cabo para establecerla, entre un 0,6% y un 6%, y que el principal factor responsable de ese margen tan amplio es la utilización de criterios diagnósticos y de métodos de evaluación diferentes.

La distribución por sexos para el TP sin agorafobia es de un hombre por cada dos mujeres, mientras que en el pánico con agorafobia hay un hombre por cada 3 mujeres (DSM-IV).

Los datos epidemiológicos han ayudado a tomar conciencia del alto coste económico que supone este trastorno para la sociedad, por el absentismo laboral y por la baja productividad ligada a ellos, así como por el elevado consumo de recursos sanitarios que conlleva. Esto ha contribuido a que se hayan financiado investigaciones para hallar tratamientos eficaces.

2. 4. FACTORES PREDISPONENTES

2.4.1. GENÉTICA

Según el DSM-IV, los parientes de primer grado de los individuos con TP tienen entre cuatro y siete veces más probabilidad de presentarlo.

Sin embargo, estos datos no permitirían descartar que fuesen los factores ambientales, en vez de los genéticos, los que predisponen al trastorno.

Los mejores estudios para saber la influencia genética son los que comparan parejas de gemelos monocigóticos, sobre todo cuando se han criado en ambientes diferentes (p. ej., adoptados por diferentes familias) para que los resultados no estén influidos por factores ambientales⁷.

En los estudios con gemelos se evalúa la concordancia, es decir, la probabilidad de que cuando uno de los gemelos desarrolla un TP lo desarrolle también el otro, y se comparan las tasas de concordancia halladas en los gemelos monocigóticos (que presentan genes idénticos) con las obtenidas por pares de gemelos dicigóticos (que sólo comparten la mitad de los genes, como cualquier hermano). Veamos los resultados de estos estudios.

⁷ Por el momento aún no se han publicado estudios sobre el TP en gemelos monocigóticos criados en ambientes diferentes.

- Slater y Shields (1969) hallaron una concordancia del 41% en los gemelos monocigóticos y de sólo el 4 % en gemelos dicigóticos.
- Torgersen constató en el TP un 30 % de concordancia en parejas de gemelos monocigóticos (4 de 13 parejas) frente a un 0 % en los gemelos dicigóticos (0 de 16 parejas).
- En otro estudio más amplio llevado a cabo por este mismo autor (Torgersen, 1983) con 32 parejas de gemelos monocigóticos y 53 de dicigóticos (en los que, al menos uno de los gemelos había desarrollado un TP) halló que la concordancia en padecer esta enfermedad era 5 veces más frecuente en los monocigóticos que en los dicigóticos.
- Más recientemente, Perna et al. (1997) estudiaron una muestra de 120 gemelos de la población general y hallaron una tasa de concordancia del 73 % en gemelos monocigóticos mientras que la concordancia en gemelos dicigóticos era del 0 %.

Pese a que faltan estudios con mayor número de sujetos y con gemelos monocigóticos criados en ambientes separados, en la actualidad está claro que el TP tiene un componente genético (Vallejo, 1991), aunque la mayoría de autores consideran que lo que se hereda es una diátesis o vulnerabilidad para determinados trastornos de ansiedad.

2.4.2. ESTRESORES

Barlow (1988a) considera que la primera CP es un disparo erróneo del sistema de alarma, en personas biológicamente vulnerables sometidas a circunstancias estresantes.

Existen bastantes estudios que parecen demostrar la aparición de CP en momentos de elevado estrés (Barlow, 1988a; Sandín y Chorot, 1991; 1995) o un aumento de sucesos vitales percibidos como amenazas, durante el periodo de tiempo inmediatamente anterior al desencadenamiento del TP.

Hollander et al (1996) señalan que con frecuencia las CP aparecen en el contexto de una enfermedad que amenaza la vida, de un accidente, tras la pérdida de una relación interpersonal estrecha, o en el periodo inmediato al parto.

En muchos casos la primera crisis ha coincidido con el consumo de alguna droga psicoactiva como marihuana, LSD, sedantes, cocaína o anfetaminas.

Estos autores consideran que algunos factores estresantes pueden actuar como desencadenantes del inicio de las CP en personas predisuestas.

Asnis y Van Prag (1995) publicaron una revisión de investigaciones en las que se habían encontrado estresores previos al inicio del TP en un porcentaje de pacientes que oscilaba entre el 63 y el 96%.

Sin embargo, en un amplio estudio llevado a cabo por Rapee et al. (1990), se halló que no había diferencias entre sujetos sanos, pacientes con pánico y pacientes con otros trastornos de ansiedad, en cuanto al número de sucesos estresantes que habían experimentado en los seis meses anteriores al inicio de su trastorno; aunque, al evaluar el impacto negativo de dichos sucesos en sus vidas, los pacientes ansiosos los puntuaban como mucho más negativos.

Se llegó a la conclusión de que los sujetos que después desarrollan un TP, evalúan los sucesos estresantes como más amenazadores que aquellos que no desarrollan dicho trastorno.

Para Kaplan et al. (1996) el haber sufrido recientemente un divorcio o separación, es el único estresor psicosocial que se ha comprobado que contribuye al desarrollo del TP.

2.4.3. OTROS FACTORES PREDISPONENTES

Durante años, se creyó que la ansiedad de separación durante la infancia predisponía a la aparición del TP en la vida adulta. Esta suposición se fundamentaba en estudios retrospectivos, sin grupo control, en los que los entrevistadores conocían el diagnóstico de los pacientes.

En otros trabajos posteriores con un mayor grado de control experimental no se observaron diferencias en la incidencia de ansiedad de separación entre pacientes con pánico-agorafobia y sus controles sanos (Tearman et al., 1984).

Mc Nally (1990, 1994) propone que existen dos factores de vulnerabilidad para el desarrollo del TP, que son la predisposición biológica y la sensibilidad a la ansiedad. La predisposición biológica se ha considerado como una mezcla de factores entre los que se incluyen la tendencia a hiperventilar, los bajos umbrales de percepción autónoma y ciertas anomalías bioquímicas (Echeburúa y Corral, 1992). La sensibilidad a la ansiedad se refiere al miedo a las sensaciones típicas de la ansiedad, basado en la creencia de que dichas sensaciones son peligrosas.

Barlow 1988a, 1988b, Beck et al., 1985 y Clark et al. 1988, plantean que la vulnerabilidad psicológica explica el desarrollo de temor a que ocurran nuevas crisis lo que, a su vez, favorece el desarrollo del TP. La vulnerabilidad psicológica consiste, para estos autores, en una serie de creencias catastrofistas acerca de las sensaciones experimentadas en las CP, que se supone que están enraizadas en diferentes experiencias vitales.

Concluiremos este apartado sobre los factores que predisponen al pánico señalando que, en la actualidad, aún no disponemos de suficientes evidencias empíricas con respecto a la vulnerabilidad o predisposición para desarrollarlo. Se necesitan estudios longitudinales que evalúen a sujetos considerados de alto riesgo, para establecer el papel relativo de la vulnerabilidad biológica y psicológica que puede llevar a la primera crisis, y a que posteriormente se desarrolle o no un TP (Craske y Lewin, 1997).

2.5. INICIO Y CURSO

El inicio de este trastorno es más frecuente en edades comprendidas entre el final de la adolescencia y los 45 años, aunque también puede ocurrir en la segunda infancia o después de los 45. Parece que su inicio es más temprano en personas que han presentado un trastorno de ansiedad de separación en su niñez (Marks, 1987 a; Breier et al., 1986) o una fobia escolar (Thorpe y Hecker, 1991).

Su forma más típica de aparición es inesperada. El sujeto está ocupado en cualquier actividad de su vida cotidiana y de repente empieza a notar sensaciones inusuales; por ej., su corazón empieza a palpar, tiene sensación de ahogo y mareo y de que la cabeza “se le va” y cree que se va a desmayar. Siente que está a punto de morir, que está sufriendo un infarto o una trombosis o que se está volviendo loco, por lo que suele acudir aterrorizado a algún centro de urgencias médicas.

El trastorno suele comenzar con una CP intensa pero, en ocasiones, también se inicia con episodios de ansiedad aguda más leves que van aumentando en intensidad (Marcks, 1987 b).

La persona no encuentra una explicación lógica para las crisis y, por tanto, las suele interpretar como indicador de que tiene algún problema grave, que supone una amenaza para su integridad física o mental. Así, desarrolla una actitud de vigilancia para detectar nuevos síntomas, que unida al temor a los mismos, facilita que se produzcan nuevas crisis. De esta forma puede iniciarse el TP que, posteriormente, en algunos se complica con agorafobia.

Noyes (1980) llevó a cabo una revisión de estudios sobre el curso de este trastorno y halló que a los 6 años un 70% de los pacientes habían empeorado, tanto en su sintomatología como en sus relaciones interpersonales, y presentaban con frecuencia síntomas depresivos. Hay que tener en cuenta que, con anterioridad a los años 80, no se disponía de tratamientos tan eficaces como en la actualidad.

Según el DSM-IV, los estudios de seguimiento de pacientes tratados en centros de asistencia terciaria, que pueden tener un sesgo de peor pronóstico, sugieren que al cabo de 6 a 10 años de tratamiento, aproximadamente el 30 % están bien, del 40 al 50 % están mejor pero siguen con síntomas y del 20 al 30 % siguen igual o peor.

En general, los estudios retrospectivos indican un alto índice de cronicidad (Krieg et al., 1987; Breier et al., 1986) mientras que los estudios prospectivos suelen referir resultados más favorables (Noyes et al., 1990; Maier y Buller, 1988).

Albus y Scheibe (1993) señalan que los resultados divergentes obtenidos en cuanto a la evolución del TP se deben a: 1) diferencias en el diseño de los estudios llevados a cabo y 2) diferencias en las muestras estudiadas en cuanto a gravedad, cronicidad o sintomatología asociada. Por lo que se refiere al sesgo debido a diferencias en las muestras, los casos de pánico detectados en estudios llevados a cabo en la población general presentan una mejor evolución, con mejores respuestas al tratamiento y con mayores tasas de remisión espontánea que en los estudios realizados con muestras clínicas (pacientes en tratamiento). Esto puede deberse a que los que buscan tratamiento son los casos más graves.

Como indican Kaplan et al. (1996) los estudios a largo plazo de los que disponemos son difíciles de interpretar debido a que no se han controlado los efectos del tratamiento.

Por lo que se refiere a la agorafobia, esta puede surgir en cualquier momento del curso del TP, aunque lo más frecuente es que se inicie en el primer año. Un dato a destacar es que los cuadros con evitación agorafóbica severa suelen presentar peor evolución y menores tasas de recuperación.

Concluiremos este apartado recordando que, según el DSM-IV, el curso típico del TP no tratado es crónico, con periodos de mejoría y periodos de empeoramiento, y que en algunos pacientes se observan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que en otros se da un cuadro sintomático intenso y persistente.

2. 6. COMORBILIDAD Y COMPLICACIONES

2.6.1. COMORBILIDAD

El National Institute of Health (NIH), en la Consensus Development Conference Statement (NIH, 1991), llegó a la conclusión de que *más del 70% de* pacientes con TP presenta un cua-

dro psicológico o psiquiátrico asociado, que debe ser tenido en cuenta al planificar el tratamiento. Vamos a referirnos a los casos más frecuentes:

Depresión. Los pacientes con TP muestran una elevada incidencia de depresión mayor (entre el 50 y el 60% según el DSM-IV) habiéndose constatado que, en muchos de ellos, la depresión es secundaria al pánico. Las tasas de depresión son mayores cuando se trata de agorafobias severas.

Estudios epidemiológicos llevados a cabo en diferentes países muestran que el TP es el trastorno de ansiedad con mayor tasa de comorbilidad con la depresión y que, cuando se dan conjuntamente, el inicio del TP suele ser anterior al inicio de la depresión (Merikangas et al., 1996).

Otros trastornos de ansiedad. Según el DSM-IV, los pacientes con TP presentan con frecuencia otros trastornos de ansiedad concurrentes que, según los diferentes estudios, oscilan entre las siguientes cifras: del 15 al 30 % de pacientes con pánico tienen también fobia social; del 8 al 10%, trastorno obsesivo compulsivo; del 10 al 20 %, fobias específicas, y alrededor del 25 %, trastorno de ansiedad generalizada.

Trastornos de personalidad. Como señalan Craske y Lewin (1997) varias investigaciones independientes han mostrado que del 25 al 60 % de los pacientes con TP cumplen criterios de trastorno de personalidad, principalmente por dependencia y por evitación. No obstante, hay que ser cautos al interpretar estos hallazgos ya que, en algunos de estos casos, los supuestos trastornos de personalidad “remiten” tras el tratamiento satisfactorio del pánico-agorafobia (Mavissakalian y Hamman 1986; Noyes et al., 1991) lo que nos lleva a pensar que, en esos casos, se trataría de alteraciones secundarias al pánico.

Enfermedades orgánicas. Algunos estudios han sugerido que los pacientes con TP tienen un mayor índice de prolapso de la válvula mitral y de enfermedades del tiroides, así como de disfunciones vestibulares (Barlow, 1988a). Otros estudios no han podido corroborarlo.

2.6.2. COMPLICACIONES

El TP con o sin agorafobia es uno de los trastornos de ansiedad que suele producir más discapacidad. Los individuos que padecen un TP que no ha sido tratado en forma eficaz (o que ha sido mal diagnosticado) pueden presentar otras complicaciones, entre las que destacan las siguientes:

Ansiedad anticipatoria elevada y continua. Estos pacientes suelen mostrarse preocupados acerca de las crisis o de sus posibles consecuencias, temiendo que anuncien la aparición de una enfermedad que los médicos no han podido encontrar y que pueda poner en peligro su vida. Otros temen volverse locos, perder el control o poner en evidencia su debilidad emocional. Todo esto les suele ocasionar un estado continuado de elevada ansiedad que les lleva a visitar con frecuencia los centros asistenciales (DSM-IV).

Agorafobia. La ansiedad anticipatoria suele asociarse a conductas de evitación, de actividades y situaciones, que pueden llegar a cumplir criterios de agorafobia, con todas las limitaciones que esta conlleva.

Deterioro socio-laboral. Los pacientes con CP reiteradas suelen experimentar cambios de conducta significativos y perjudiciales, como dejar su trabajo o sus estudios, aunque en algunos casos niegan que estas conductas sean debidas al temor a experimentar nuevas crisis o a sus posibles consecuencias (DSM-IV).

Actitudes hipocondríacas. Algunos de estos pacientes se vuelven excesivamente aprensivos en cuanto a su salud o la separación de sus personas queridas, o anticipan desenlaces catastróficos como resultado de “síntomas” leves que pueden deberse a efectos secundarios de la medicación, a cualquier disfunción corporal o a los cambios fisiológicos normales que todos experimentamos (p. ej., si notan dolor de cabeza pueden pensar que se debe a un tumor cerebral). La existencia de preocupaciones hipocondríacas se constata en un 50% de pacientes con TP (Starcevic et al., 1992).

Abuso de alcohol o de drogas con efecto sedante. Algunos pacientes con TP abusan de este tipo de sustancias en un intento de controlar su ansiedad.

En algunos casos, la sintomatología de pánico también actúa como mantenedor del alcoholismo. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Quitkin y Rabkin en 1982 con alcohólicos con antecedentes de TP, tras la desintoxicación del alcohol un grupo recibió tratamiento para bloquear las CP y otro grupo con características similares no. Los resultados mostraron que los sujetos que recibieron tratamiento antipánico no reiniciaron el consumo de alcohol, mientras que los del grupo que no recibió dicho tratamiento recaían en su alcoholismo.

Baja autoestima. Esta es una consecuencia frecuente del TP debida a que se sienten incapaces de hacer una vida mínimamente normal y de llevar a cabo las actividades cotidianas.

Incremento de muertes prematuras. Diversos estudios han hallado un incremento de mortalidad en los pacientes con pánico en comparación con la población general. Veamos un resumen de los más importantes.

- Coryel, et al. (1982) llevaron a cabo un estudio de 113 sujetos que habían sido diagnosticados de TP 35 años antes y hallaron una mortalidad mayor que en la población general debida a suicidio, alcoholismo y enfermedades cardiocirculatorias⁸. Un dato a tener en cuenta es que todos los pacientes de ese estudio habían sido hospitalizados por su enfermedad en algún momento, lo que hace suponer que se trataba de casos muy severos.
- En una revisión de estudios llevados a cabo con pacientes varones con TP (Coryel, 1988), se confirmó una tasa de mortalidad aumentada, debida a suicidio y a enfermedades cardiovasculares. No se exploró si existieron factores mediadores como el abuso de tóxicos o la depresión.
- Weissman y su grupo (1990) llevaron a cabo un estudio epidemiológico en el que se halló que los pacientes con TP tenían un riesgo significativamente mayor de sufrir infartos que los pacientes con otro tipo de enfermedades psiquiátricas.
- En un estudio prospectivo llevado a cabo para evaluar la mortalidad de los pacientes con trastornos de ansiedad entre 1972 y 1992 (The Lundby Study) se observó, entre los pacientes con TP, un incremento de muertes prematuras debidas a trastornos circulatorios, sobre todo en varones con pánico-agorafobia con una edad inferior a 65 años.
- Los resultados de varios estudios de seguimiento a largo plazo también sugieren una mortalidad mayor que en la población general, debida a enfermedades cardiovasculares, en mujeres con TP.

Para explicar estos hallazgos, se ha formulado la hipótesis de que este aumento de enfermedades cardiovasculares puede deberse a que en algunos pacientes con pánico se produce abuso

⁸ Esto no debe confundirse con la supuesta peligrosidad de las CP en si mismas. Estas no pueden producir ningún daño físico ni mental.

de fármacos o alcohol, que utilizan para disminuir sus síntomas ansiosos, y este abuso de sustancias podría producir alteraciones físicas como el aumento de colesterol que, a su vez, sería el responsable del incremento de enfermedades cardiovasculares.

Dado que el colesterol es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardíacas se ha estudiado su relación con el TP. Yamada et al. (1997) hallaron que el nivel de colesterol total era significativamente más alto en los pacientes con TP que en la población general y en otros grupos de pacientes (depresivos y esquizofrénicos), y que esos niveles no disminuían en aquellos pacientes en los que remitía el pánico. Estos datos coinciden con los de otros estudios que también han hallado una elevación de los niveles de colesterol en pacientes con pánico.

Otros autores consideran que el incremento de enfermedades cardiovasculares que se observa en pacientes con TP se debe a que en estos se hallan mayores índices de conductas que constituyen factores de riesgo para dichas enfermedades como: tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, dieta pobre y abuso de determinados fármacos. Estos hábitos insanos facilitarían la hipercolesteremia y la hipertensión arterial que, de no ser tratadas adecuadamente, facilitarían a su vez el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Incremento de suicidios. Diversos estudios han hallado en los pacientes con TP tasas de intentos de suicidio, así como de suicidios consumados, mayores que en la población general y similares a las halladas en pacientes con depresión mayor (Allgulander, 1994; Allgulander y Lavori, 1991; Coryel et al., 1986; Johnson et al., 1990; Lepine et al., 1993; Weissman et al., 1989; Neron, 1996).

Datos preliminares indicaron que los casos más severos con depresión y abuso de sustancias concurrente eran los que presentaban tasas de suicidio más elevadas (Noyes, 1991).

Sin embargo, en un importante estudio retrospectivo llevado a cabo en Suecia por Allgulander y Lavori (1991) se halló un aumento del riesgo de suicidio, en los pacientes diagnosticados de TP que no evidenciaban comorbilidad con otros trastornos.

Los datos epidemiológicos muestran resultados similares. En el estudio ECA, la prevalencia vital⁹ de intentos de suicidio en pacientes con TP no complicado fue del 7%, cifra muy similar al 7,9% que se observa en depresiones no complicadas.

Se desconoce cómo puede conducir el TP al suicidio. Hollander et al., sugieren que el deterioro sociolaboral producido por este trastorno puede conducir a un estado de desmoralización y desesperación, y que este podría llevar a algunos pacientes al suicidio.

2.7. PROBLEMAS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La mayoría de las complicaciones señaladas en el anterior apartado no llegan a desarrollarse si los afectados son tratados en forma adecuada en una fase inicial del proceso.

Pero, aunque en la actualidad disponemos de tratamientos muy eficaces, estos no son aplicados en muchas ocasiones (Margraf, 1992; Stahl, 1995). Asimismo, los errores diagnósticos son frecuentes en este trastorno (Margraf, 1992) llegando, según algunos autores, a *más del 50% de casos* (Zajacka, 1997).

⁹ La probabilidad a lo largo de toda la vida de un sujeto.

Así, en un estudio a gran escala sobre la utilización de los servicios médicos por pacientes con trastornos de ansiedad se halló que, aunque la mayoría de pacientes con TP estaban en contacto con profesionales de la salud mental, pocos recibían los tratamientos óptimos. Las benzodiazepinas se prescribían en exceso, mientras que otras formas de tratamiento que reducen la utilización de los servicios médicos, como la terapia cognitivo-conductual, se utilizaban muy poco (Swinson et al., 1992).

Otro estudio, longitudinal y multicentros, sobre el tratamiento del pánico-agorafobia llevado a cabo en Nueva Inglaterra mostró que la terapia de apoyo, la medicación y la terapia psicodinámica se utilizaban más que las técnicas cognitivo-conductuales, y cuando se aplicaban técnicas conductuales se usaban más la relajación o la exposición en la imaginación (dos técnicas poco eficaces en este trastorno) que la exposición en vivo que es más eficaz (Goisman, et al., 1993).

Bados (2005) afirma que a pesar de contar con tratamientos psicológicos eficaces y efectivos, menos de la mitad de las personas agorafóbicas reciben tratamiento para sus problemas. De los que lo hacen, muchos reciben tratamiento farmacológico y sólo una minoría terapia conductual o cognitivo-conductual.

En otro estudio que se llevó a cabo en Massachusetts (EEUU), los pacientes con TP estaban siendo tratados en la mayoría de casos con benzodiazepinas, pese a los problemas que presenta su utilización (ver apartados 4.2 y 6.3) y, en cuanto a las psicoterapias, la más utilizada era la psicodinámica (Goisman et al., 1994).

Estos datos llaman poderosamente la atención ya que, por ej., no existen evidencias que avalen la eficacia de las terapias psicodinámicas en el pánico, mientras que se dispone de pruebas abrumadoras sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales.

Estos hechos plantean la importancia de difundir, entre los profesionales que tratamos a pacientes con pánico, la información necesaria para poder llevar a cabo un diagnóstico y un tratamiento adecuados, objetivo al que pretendemos contribuir con este trabajo.