

Neurosis (trastornos de ansiedad) asociadas al estrés y trastornos somatomorfos

Los trastornos de ansiedad constituyen un grupo de trastornos muy variados con una génesis histórica común asociada al concepto de "neurosis", en cuya aparición, desarrollo y curso los factores psicológicos desempeñan un papel importante.



Fot. pixabay.com

Según la clasificación CIE-10 incluyen, entre otros: trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), reacción de estrés agudo, trastornos de adaptación, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos y otras neurosis.

En el desarrollo de neurosis son importantes los factores psicológicos cuya etiología puede contemplarse plenamente sobre la base del denominado modelo biopsicosocial. Este modelo toma en cuenta también los factores biológicos, ambientales, sociales o culturales. Su complejidad se valora de manera individual, según el paciente y el trastorno determinado.

Importante

Las personas que padecen neurosis necesitan consultar a un especialista con el fin de establecer el diagnóstico correcto y diferenciarlas de otros trastornos mentales y enfermedades somáticas.

El tratamiento de las neurosis debe ser integral, si bien, en una gran parte de ellas, el tratamiento de elección es la psicoterapia y psicoeducación. Estas acciones tienen como objetivo cambiar el enfoque del paciente frente a los síntomas y el sufrimiento que experimenta, así como cambiar su manera de funcionar, lo que puede mejorar su estado al conseguir resolución completa de los síntomas o al enseñarle a reaccionar frente a ellos y manejarlos de manera que resulte beneficiosa para él mismo. Por su parte, la farmacoterapia no está indicada en algunos casos de neurosis, o bien es solo un tratamiento complementario en ciertas situaciones y estados. No obstante, también puede ser la base de tratamiento a largo plazo, p. ej. en algunos trastornos de ansiedad (ansiedad paroxística/pánico, ansiedad generalizada, fobia social) o en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastornos de ansiedad fóbica

En este grupo de patologías se encuentran, entre otros, agorafobia, fobia social o fobias específicas. La ansiedad fóbica está causada por algún factor (siempre el mismo y muy bien identificado por el paciente) que es objetivamente inofensivo (animal, objeto, fenómeno) o por un acontecimiento externo o una situación que el paciente percibe como amenazantes y los intenta evitar, y ante cuya presencia siente una gran incomodidad, miedo o incluso sufrimiento. El solo hecho de pensar en estas situaciones puede provocar la aparición de ansiedad anticipatoria.

La **agorafobia** se presenta cuando el paciente siente un fuerte miedo a las multitudes, lugares públicos, o ante situaciones de las cuales es imposible retirarse, huir o conseguir ayuda rápida, p. ej. viajar en medios de transporte (especialmente hacinados), estar en una iglesia o un centro comercial, esperar en una cola larga. La ansiedad agorafóbica se vuelve cada vez más intensa, lo que lleva al paciente a evitar las situaciones que la desencadenan, con lo que cada vez tiene más problemas para salir de casa, hasta el punto de ser totalmente incapaz de salir de su lugar de residencia sin la compañía de otras personas. Una agorafobia prolongada e intensa puede acompañarse de síntomas depresivos. También es frecuente la coexistencia de agorafobia con ataques de ansiedad.

La **fobia social** (trastorno de ansiedad social) es uno de los trastornos mentales más frecuentes y afecta a un 5-10 % de la población. En su curso se presenta el miedo a, entre otras cosas, ser juzgado, avergonzado, humillado o "hacer el ridículo" frente a otras personas en situaciones sociales en las cuales el paciente siente que la atención de los demás está dirigida hacia él. El paciente tiene miedo de que en situaciones sociales se quede en blanco, no sea capaz de decir nada o que todo lo que diga sea inadecuado, ridículo, tonto o poco atractivo. A menudo también aparece el miedo a perder el control sobre uno mismo en estas situaciones.

Además, este tipo de ansiedad se acompaña con mucha frecuencia de manifestaciones somáticas desagradables, tales como: palpitaciones, sensación de falta de aliento, calor, sudoración, enrojecimiento, temblor de las manos y de los músculos. Tan solo imaginarse esta situación puede provocar una fuerte ansiedad (anticipatoria). Generalmente, una persona afectada por la fobia social está convencida de que los síntomas descritos son evidentes para todos y la desacreditan y ponen en ridículo. El paciente es consciente de que su miedo es excesivo, pero no sabe manejarlo.

Por lo general, las personas afectadas por este trastorno no tienen problema con encontrarse en una multitud "en anonimato". A su vez, pueden sentir miedo a estar ante un grupo pequeño de determinadas personas (excepto su familia más cercana), hablar en público, comer en lugares públicos, usar baños públicos, o compartir un lugar con personas del sexo opuesto.

La ansiedad creciente que se presenta en estas situaciones hace que el enfermo vaya dejando de encontrarse en tales situaciones de manera gradual, hasta evitarlas por completo. El cuadro mencionado se refiere a la denominada fobia social generalizada. Además de ella se distingue también la fobia social específica (simple), limitada solamente a una fuerte ansiedad y miedo a hablar en público (dar conferencias, actuar en un escenario, responder a las preguntas en clase).

Estos síntomas aparecen generalmente durante la pubertad y sin tratamiento adecuado pueden volverse crónicos, deteriorando de manera significativa el funcionamiento social y profesional. A menudo pueden coexistir con otros trastornos de ansiedad o afectivos (p. ej. depresión), o con abuso de sustancias psicoactivas. Las personas afectadas por la fobia social tienen mayor riesgo de adicción: p. ej.

consumir alcohol para hacer frente a los síntomas desagradables o "darse ánimos". No obstante, es un comportamiento ineficaz que puede empeorar y consolidar los síntomas.

El tratamiento eficaz de las personas con fobia social consiste en la farmacoterapia y/o psicoterapia. A veces puede resultar beneficioso combinar estos métodos. Desgraciadamente, las personas con fobia social raramente buscan ayuda profesional, ya que piensan que "así son y no se puede hacer nada con esto".

La terapia farmacológica consiste en utilizar algunos antidepresivos (p. ej. inhibidores de la recaptación de serotonina, venlafaxina, bupropión, moclobemida). A veces se utiliza un tratamiento adyuvante temporal a corto plazo con derivados de la benzodiazepina. El propranolol puede ser útil en el tratamiento de las personas con miedo desproporcionado a hablar en público.

La fobia social debe diferenciarse de una simple timidez. Las dos comparten ciertas características (síntomas de excitación autonómica intensa en situaciones sociales, p. ej. aumento del ritmo cardíaco, ruborización, sudoración, capacidades sociales menos desarrolladas o el hecho de evitar situaciones sociales), pero existen diferencias importantes entre ellas. Estas incluyen sobre todo: intensidad del deseo de evitar situaciones sociales, grado de empeoramiento de funcionamiento social y profesional y la evolución de las molestias. Las personas tímidas funcionan mejor que los pacientes con fobia social y los síntomas que experimentan tienen un carácter variable y transitorio (a diferencia de las personas con fobia social).

Formas específicas (aisladas) de fobia: consisten en la aparición de una fuerte ansiedad hasta el pánico en casos limitados a una situación o un fenómeno concreto y específico. Estas incluyen, entre otros:

- ailurofobia (miedo a los gatos),
- acrofobia (miedo a las alturas),
- aracnofobia (miedo a las arañas),
- aviatofobia (miedo a volar),
- emetofobia (miedo al vómito),
- hemofobia (miedo a la sangre),
- ceraunofobia (miedo a los rayos),
- misofobia (miedo a la suciedad),
- claustrofobia (miedo a estar en espacios cerrados o limitados),
- cinofobia (miedo a los perros),
- nictofobia (miedo a la oscuridad),
- odontofobia (miedo al dentista y al tratamiento odontológico),
- ofidiofobia (miedo a las serpientes),
- zoofobia (miedo a los animales), y muchas más.

El funcionamiento social de una persona con este tipo de fobias aisladas suele depender de su capacidad de evitar las situaciones que la provocan. Si el enfermo sufre mucho y se produce un deterioro funcional, se puede iniciar la terapia conductual con el apoyo de técnicas como la desensibilización sistemática, la cual consiste en una aproximación paulatina de una persona determinada a situaciones que provocan ansiedad al confrontarla gradualmente con la situación que desencadena el miedo en su versión más leve. En caso de fobias específicas, raramente se utiliza la farmacoterapia.

Otros trastornos de ansiedad

Constituyen un grupo de trastornos de ansiedad en los cuales el miedo no se limita a unos objetos o experiencias vitales determinados (como en caso de fobias), sino que es una ansiedad inespecífica que al principio no puede atribuirse a ninguna situación particular y no es posible preverla.

Estos trastornos incluyen: trastorno de ansiedad con ataques de pánico (trastorno de pánico), trastorno de ansiedad generalizado, y trastorno mixto ansioso-depresivo.

Trastorno de ansiedad con ataques de pánico (episodios de pánico): consiste en ataques de ansiedad muy fuerte que pueden transformarse en pánico con síntomas vegetativos pronunciados

(disnea, taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, vértigo) que recurren independientemente de una situación particular. Estos ataques pueden acompañarse del miedo a perder el control, morir o volverse loco, así como de la sensación de desmayarse (o miedo a desmayarse). A veces, durante un fuerte ataque de ansiedad también se presenta la sensación de irrealidad del mundo alrededor o de uno mismo (síntomas de despersonalización y desrealización), la cual aumenta el miedo a padecer una enfermedad mental.

Si estos episodios se presentan en situaciones concretas, el paciente puede intentar evitarlas en el futuro. Sin embargo, los acontecimientos que acompañan a los ataques de ansiedad no son objetivamente peligrosos. Un ataque de pánico suele durar unos minutos, a veces más de diez (raramente más tiempo) y se resuelve espontáneamente. No obstante, a menudo entre los ataques de pánico se mantiene un cierto nivel de miedo al siguiente episodio; es el denominado miedo al miedo (en otras palabras, la ansiedad anticipatoria).

Trastorno de ansiedad generalizado (neurosis de ansiedad): asociado a la presencia de una ansiedad crónica y persistente que no puede atribuirse a ninguna situación concreta (ansiedad flotante). Puede expresarse por una sensación constante de tensión, inquietud, irritación, así como por trastornos de la concentración y atención, imposibilidad de relajarse y cefaleas tensionales. Se acompaña de síntomas vegetativos, p. ej. vértigo, taquicardia, dolor o incomodidad en el tórax, respiración acelerada, trastornos digestivos. Simultáneamente, el paciente tiene muchas preocupaciones inadecuadas a las situaciones particulares, se preocupa por las cosas que pueden suceder en el futuro y que, según su opinión y "pronóstico", pueden resultar desfavorables para él o sus allegados (p. ej. son típicos los temores constantes y recurrentes de que les puede pasar algo malo a sus allegados, o el miedo a las consecuencias negativas de las acciones de uno).

Trastorno mixto ansioso-depresivo: se diagnostica cuando los síntomas depresivos y de ansiedad coexisten con una intensidad similar. Simultáneamente, se acompañan de síntomas vegetativos periódicos, tales como taquicardia, disnea o temblor.

Trastorno obsesivo-compulsivo (neurosis obsesiva)

Consiste en la presencia de pensamientos obsesivos recurrentes y estereotipados y/o de actos forzados (compulsivos). El paciente intenta resistirse a tales pensamientos o actos, pero por lo general sin éxito. Los pensamientos "no deseados" (obsesiones) o acciones forzadas involuntarias (compulsiones) aparecen a pesar de que el paciente esté en desacuerdo con ellos.

Tanto los pensamientos, como las acciones suelen ser desagradables para el paciente. Las obsesiones pueden referirse a acontecimientos desagradables, obscenos, blasfemos, agresivos y en ocasiones se trenza un hilo de pensamiento molesto. A pesar de ello, el paciente percibe estos pensamientos como propios. De la misma manera, las acciones compulsivas pueden ser indeseadas, pero el paciente "tiene que realizarlas" para disminuir la creciente tensión interna, debida a los intentos de resistirlas. Pueden ser acciones puntuales (p. ej. lavar las manos de manera compulsiva, verificar múltiples veces si la puerta o las ventanas están cerradas o si se ha cerrado el gas) o hasta comportamientos forzados y repetidos que consisten en toda una serie de acciones consecutivas que a menudo carecen de sentido.

El trastorno obsesivo-compulsivo puede cursar con predominio de pensamientos obsesivos o con predominio de acciones compulsivas. No obstante, también existe una forma de este trastorno en la cual tanto las obsesiones, como las compulsiones, tienen una intensidad similar. En estos casos se habla del trastorno mixto obsesivo-compulsivo (→Trastorno obsesivo-compulsivo).

Reacción de estrés agudo

Es el trastorno por estrés postraumático.

Trastornos disociativos (conversivos)

Los trastornos de este grupo se diagnostican en personas en las cuales se produce una pérdida de control consciente sobre la identidad, memoria, pensamiento, sentimientos o cuerpo propios. Guardan una estrecha relación con distintos problemas, sobre todo del ámbito de los factores psicológicos y asociados al estrés (factores psicógenos). Estos trastornos pueden manifestarse en forma de amnesia, fuga, o estupor disociativo, trance y posesión espiritual, trastornos motores, convulsiones, analgesia o pérdida sensorial. En el proceso diagnóstico requieren una diferenciación cuidadosa con otros trastornos mentales y somáticos.

Amnesia disociativa: consiste en una pérdida de la memoria parcial o, más raramente, completa, generalmente a consecuencia de unos acontecimientos traumáticos. Los trastornos de la memoria pueden afectar solo una o varias áreas de la vida asociadas a estos acontecimientos, mientras que en las demás áreas el paciente puede funcionar con normalidad.

Fuga disociativa: el paciente realiza múltiples actividades de distinto carácter, a veces muy complejas (p. ej. viaja a un lugar lejano de su domicilio), que posteriormente no recuerda (síntomas de amnesia disociativa), p. ej. no sabe dónde fue y con qué objetivo.

Estupor disociativo: consiste en un "distanciamiento" completo e incontrolado de la situación, de las personas y del lugar en el que se encuentra una persona dada. El paciente es al menos en gran parte consciente, pero no hay con él ningún tipo de contacto emocional, verbal o aquel expresado con sus movimientos o comportamiento.

Trance y posesión espiritual: son aquellos trastornos en los cuales el paciente pierde involuntariamente el control sobre sus pensamientos, sentimientos, cuerpo e identidad (o a veces incluso con su total ausencia), con una sensación de estar controlado por "fuerzas externas".

Trastorno motor disociativo: se manifiesta con alteraciones en el movimiento de ciertas partes del cuerpo, p. ej. de las extremidades. Se asemeja a una paresia parcial o, si es muy intenso, parálisis completa.

Convulsiones disociativas: también denominadas pseudoconvulsiones, se asemejan a las convulsiones observadas en el desarrollo de una crisis epiléptica establecida, pero sin otros síntomas y signos acompañantes. La conciencia del paciente está totalmente o por lo menos parcialmente preservada.

Anestesia y pérdida sensorial disociativa: son trastornos psicogénicos (que no tienen origen orgánico) de la sensibilidad de distintas áreas de la piel o de los órganos sensoriales, p. ej. distintos tipos de trastornos de la visión, audición u olfato.

Otros trastornos disociativos: p. ej. síndrome de Ganser (dificultad para realizar algunas acciones simples o responder preguntas fáciles, con una simultánea habilidad de realizar acciones complejas o responder preguntas difíciles); personalidad doble (múltiple): presencia de dos o varias personalidades con una identidad propia para cada una de ellas y falta de memorias comunes entre las mismas durante el "cambio" de personalidad.

Trastornos somatomorfos

Incluyen, entre otros, trastorno de somatización, trastorno hipocondríaco, disfunción autonómica somatomorfa o dolor psicógeno persistente. El paciente notifica molestias somáticas que de manera evidente se asocian a factores psicológicos, pero generalmente él mismo no lo acepta como una explicación de sus dolencias y el nivel de sufrimiento asociado a ellas.

Trastorno de somatización: se asocia a numerosas y constantes

quejas del paciente que notifica distintas molestias somáticas que cambian con frecuencia y no necesariamente se relacionan con una enfermedad específica o un trastorno somático. En general, el paciente notifica síntomas de distintos sistemas y órganos, p. ej. del sistema respiratorio (disnea, respiración acelerada), cardiovascular (taquicardia), digestivo (diarreas, estreñimientos, meteorismo, náuseas) y toda una serie de otras molestias, tales como cefaleas y vértigo, sensación de hormigueo, entumecimiento, picazón o quemazón de distintas partes del cuerpo. Los pacientes a menudo se someten a numerosas pruebas, tanto básicas como especializadas, cuyos resultados no se desvían de la normalidad. Solo una consulta psiquiátrica (después de realizar las pruebas mencionadas) puede orientar el manejo y el tratamiento ulterior de estos pacientes.

Trastorno hipocondríaco: consiste en que el paciente tiene una convicción crónica y persistente de que padece por lo menos una enfermedad somática grave, la cual según él mismo trae consigo numerosas consecuencias negativas. La persona que lo padece suele notificar distintos, aunque no muy numerosos síntomas asociados a esta enfermedad que la "afirman". A menudo no son de carácter anormal o patológico, aunque el enfermo los percibe de esta manera. Cuando el médico descarta estas "enfermedades", el paciente puede "cambiar" sus "diagnósticos" durante las siguientes consultas médicas o encontrar nuevos síntomas, los cuales "confirmarán" la enfermedad que "padece". A veces estos pacientes acuden a numerosos especialistas de distintas áreas, pero pueden sentirse ofendidos cuando se les proponga una consulta psiquiátrica.

Disfunción autonómica somatomorfa: tiene que ver sobre todo con las quejas del paciente asociadas al funcionamiento de los sistemas controlados principalmente con el sistema nervioso autonómico, tales como el sistema cardiovascular, respiratorio o digestivo. El paciente puede notificar p. ej. síntomas de "neurosis cardíaca", "neurosis gástrica", diarrea, meteorismo, dispepsia e hipo de origen psicógeno, respiración acelerada, taquicardia, temblor. Notifica también toda una serie de síntomas que relaciona con un sistema u órgano determinado y se concentra en ellas y sus posibles consecuencias, lo que provoca su sufrimiento a pesar de que los resultados de las pruebas diagnósticas especializadas sean normales.

Dolor psicógeno persistente: consiste en la presencia de dolor crónico y persistente, p. ej. cefalea o lumbalgia psicógena, que no se asocia a trastornos o enfermedades somáticas y en cuya aparición y desarrollo son fundamentales los factores psicológicos.

Otras neurosis

Pertencen a esta categoría, entre otras patologías, la neurastenia y el trastorno de despersonalización-desrealización. La **neurastenia** es un trastorno mental en el cual el paciente notifica la denominada "fatiga mental", es decir sensación de cansancio después de un esfuerzo mental, o tras un esfuerzo físico, incluso mínimo. Se acompaña de sensaciones desagradables, tanto físicas (p. ej. cefalea a tensión, vértigo, mialgia) como psíquicas (irritabilidad, trastornos del sueño, incapacidad de calmarse, relajarse y descansar).

Se diagnostica el **trastorno de despersonalización-desrealización** cuando el paciente siente que sus propias experiencias, sentimientos, ideas y memoria no dependen de él y "no son suyos", o cuando los objetos o personas en su alrededor parecen irreales, "alejados de la realidad", "distantes" o artificiales (p. ej. sensación de que los objetos de su alrededor son utilería). El paciente es consciente de este cambio. Estos síntomas pueden presentarse en personas mentalmente sanas, p. ej. en caso de padecer fatiga, pero también pueden aparecer en el curso de otros trastornos mentales, incluidas las neurosis.

autor:
Joanna Borowiecka-Kluza (MD, PhD)