

ciales ya mencionados. Si emplea este o cualquier otro instrumento se deben incluir los ítems siguientes:

- Crisis de pánico con síntomas limitados
- Ansiedad anticipatoria
- Fobias relacionadas (como la agorafobia) y sensaciones corporales inespecíficas
- Bienestar general
- Severidad global del padecimiento
- Incapacidad laboral, social y familiar

Toda evaluación debe contemplar no sólo el diagnóstico del trastorno y su diagnóstico diferencial sino también su evolución bajo tratamiento. Por eso es importante definir los criterios de respuesta al tratamiento (sin síntomas por 6 a 9 meses) y remisión completa (sin síntomas entre 9 y 12 meses).

EL CONCEPTO DE ESPECTRO DE PÁNICO: MÁS ALLÁ DEL DSM-IV.

Dr. Miguel Márquez (Argentina)

La aceptación universal del DSM III demostró la necesidad de un elemento organizador y coordinador de las comunicaciones entre diferentes grupos nacionales. Si bien su esquema general no ha merecido reparos, especialmente en lo que se refiere a los diagnósticos categoriales, el modelo multiaxial y el concepto de comorbilidad, otros aspectos han recibido algunos cuestionamientos, sobre todo el modelo descriptivo atóxico y el modo de definición de los criterios diagnósticos.

En el primer caso es evidente que se trató de una solución de compromiso para hacer del DSM III un instrumento que pudiera ser utilizado por el mayor número posible de escuelas y especialistas. Al segundo, a pesar de las coincidencias en medicalizar la nosología psiquiátrica y asegurar la validez de los diagnósticos, se le cuestiona básicamente la excesiva rigidez y simplicidad de sus criterios. Ello genera brechas muy importantes entre la realidad clínica y las opciones provistas por la nomenclatura oficial; la falta de correspondencia entre las clasificaciones actuales y la presentación de la psicopatología, tanto en la clínica como en la población general, lleva a una caracterización insuficiente de muchos pacientes.

La falla está especialmente en la falta de percepción e incorporación al cuadro clínico de un entorno fenomenológico asociado de psicopatología prodrómica, secular, atípica y subclínica que se adicionan a los síntomas esenciales que sustentan los criterios diagnósticos de cada trastorno. Era necesaria, pues, la

aparición de nuevas alternativas que, sin desandar el camino, mejoren lo propuesto en la década del '70. Una de esas alternativas es el concepto de espectro.

El término espectro se usa acá para referirse a la amplia área de los fenómenos psiquiátricos relacionados a un trastorno mental individual que incluye:

1. Los síntomas esenciales del eje I (criterios diagnósticos).
2. Los síntomas atípicos y subclínicos y los signos blandos del eje I.
3. Los signos y síntomas, aislados o agrupados, y/o los patrones comportamentales que pueden ser considerados como prodrómicos o precursores de una condición clínica (de eje I) no completamente desarrollada o la secuela de un cuadro clínico (de eje I) que previamente fue completamente desvuelto.
4. Los rasgos y/o trastornos de la personalidad.
5. Los modos disfuncionales de interacción social.

Se parte de la base que al focalizar en exceso la atención en los síntomas más prominentes del cuadro, síntomas con los que se construyen los criterios diagnósticos de los DSM, se sobresimplifica la descripción clí-

Tabla 4. Elementos del espectro pánico-agorafobia

- Múltiples síntomas pánicos (y no sólo los 13 enumerados por el DSM-IV)
- Ansiedad anticipatoria
- Síntomas fóbicos y evitativos que incluye a –pero no se agotan en– la agorafobia (nosofobia, fobia social, miedo a los medicamentos, etc.)
- Sensibilidad al abandono y necesidad de reaseguro.
- Sensibilidad a las sustancias (café, bebidas de cola, psicofármacos)
- Sensibilidad al estrés.
- Sensibilidad a la separación
Cassano GB; Michelini S; Shear MK; Coli E; Maser JD; Franck E. *Am J Psychiatry* 1997 jun; 154 (6 Suppl): 27-38.
- Actividad autonómica simpática
- Miedo a las enfermedades
- Hipersensibilidad a la separación
- Dificultades para alejarse del entorno
- Hipersensibilidad a drogas y a sustancias
- Necesidad de reaseguro

Perugi G; Toni C; Benedetti A; Simonetti B; Simoncini M; Torti C; Musetti L; Akiskal HS. *J Affect Disord* 1998 Jan; 47 (1-3): 11-23.

nicay no se estimula al psiquiatra asistencial en la búsqueda de un mayor y mejor conocimiento de la forma individual en que se expresa la patología en cada uno de sus pacientes. El modelo del espectro valora los síntomas aislados y de poca severidad que ocurren junto a los más prominentes y promueve su investigación. Los DSM inducen a tratar a estos síntomas "menores" como interferencias que entorpecen la más importante tarea de buscar los elementos esenciales de los criterios diagnósticos.

En la Tabla 3 se detallan algunos elementos del espectro pánico-agorafobia.

El concepto de espectro es útil para complementar los instrumentos clasificatorios en uso. Evita el abandono del esquema categorial pero incluye lo dimensional en la categoría, permitiendo la visión de los continuos y del aura que rodea a los síntomas esenciales. Finalmente, impide que los síntomas experimentados por mucho tiempo sean percibidos como egosintónicos y aceptados pasivamente por pacientes y médicos como una forma de ser inmodificable desafiando las capacidades terapéuticas del especialista para proporcionar alivio.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. REVISIÓN DE LOS DATOS CON CLONAZEPAM, CLOMIPRAMINA, ALPRAZOLAM, PAROXETINA Y SERTRALINA. SÍNTESIS DE EFICACIA Y SEGURIDAD.

Dr. Aitor Castillo (Perú)

El trastorno de pánico (TP) es el trastorno de ansiedad de presentación más común en los servicios de asistencia primaria y en la medicina general. A pesar de ello permanece subdiagnosticado y por consiguiente inadecuadamente tratado en la mayoría de los casos. El TP se asocia con una incapacidad marcada en los aspectos de la vida familiar, interpersonal y ocupacional y con un deterioro en la calidad de vida. Más que las crisis de pánico en sí misma, la preocupación por la anticipación de futuras crisis, "ansiedad anticipatoria" o "miedo al miedo", es especialmente incapacitante.

Aparte de la pérdida de productividad, hay un uso elevado de los servicios de medicina general y de diferentes especialidades. En muchos casos se realiza múltiples estudios complementarios innecesarios y costosos para tratar de detectar alguna patología orgánica antes de ser diagnosticado.

Tabla 5. Objetivos de la farmacoterapia del pánico

- Bloquear la crisis de pánico
- Disminuir la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica.
- Tratar las patologías en comorbilidad
- Lograr la remisión y tratar los síntomas residuales
- Facilitar las terapias asociadas (cognitivo-comportamental, autoayuda)
- Recuperar la autoestima y autoconfianza del paciente.

El tratamiento farmacológico del TP ha venido desarrollándose y avanzando a lo largo de las tres últimas décadas. Estudios de los años '60 y '70 demostraron claramente la eficacia de los tricíclicos y de los IMAOs en esta patología, aún antes de que fuera establecida por el DSM-III en 1980 la categoría diagnóstica de trastorno de pánico. Investigaciones a mediados de los '80 demostraron que las benzodiacepinas de alta potencia (BZAPs) también eran agentes efectivos contra la crisis de pánico, con la ventaja de actuar más rápido que los antidepresivos.

Los objetivos de la farmacoterapia del TP se consignan en la Tabla 5.

Los antidepresivos tricíclicos fueron los primeros fármacos con eficacia demostrada para el tratamiento del pánico, a partir de las experiencias de Donald Klein. La imipramina ha sido la más estudiada en esta patología, aunque otros como la desipramina, la nortriptilina y la clomipramina son también efectivos.

La administración de tricíclicos puede acompañarse de diversos eventos adversos, como alteraciones cardiovasculares, efectos anticolinérgicos y en el largo plazo ganancia de peso, lo que puede llevar al incumplimiento del tratamiento.

El uso de los IMAOs también se encuentra limitado por su propensión a causar efectos adversos, incluyendo hipotensión, ganancia de peso, disfunciones sexuales y un potencial síndrome tiramínico si no se cumplen las restricciones alimentarias.

Dentro de las benzodiacepinas, el clonazepam es la de elección y tiene la ventaja de proveer un alivio inmediato de los ataques. Por su vida media larga pueden administrarse solo dos dosis diarias y es más fácil de discontinuar que el alprazolam. La dosis terapéutica oscila de 1 a 4 mg/día (promedio 1,5 a 2 mg/día).

El alprazolam necesita de dosis repetidas (4 ó 5 veces) a