

5. Teoría de la función anormal de los receptores benzodiazepina - GABA: Se apoya en la presunta disminución de la actividad inhibitoria.
6. Teoría de la alteración de la función moduladora del sistema serotoninérgico: Afirma que la perturbación de las interacciones entre los neurotransmisores catecolaminérgicos y serotoninérgicos se encuentran en la base de los fenómenos ansiosos y depresivos.
7. Teoría de la estimulación del sistema de inhibición conductual: Involucra la hiperactividad de las áreas septohipocámpicas descritas más arriba.
8. Teoría de la estimulación de la sustancia gris periacueductal (SGPA): Graeff describió síntomas equivalentes a los ataques de pánico desencadenados por la estimulación eléctrica de la sustancia gris periacueductal del cerebro medio.

Síntesis etiopatogénica

Una de las formas de presentar los diferentes factores psiconeurobiológicos implicados en la etiopatogenia del pánico es utilizando el concepto de alarmas (Barlow, Sendin). Los trastornos fóbicos reconocen la participación de las alarmas verdaderas (exteroceptivas) que se aprenden mediante los tres mecanismos clásicos de adquisición del miedo fóbico: experiencias directas de condicionamiento, experiencias vicarias y transmisión de información o de instrucciones. En cambio, el aspecto diferencial del pánico, es que estaría mediado por alarmas interoceptivas.

En base a los resultados de las investigaciones de Graeff acerca de la sustancia gris periacueductal (SGPA), se ha propuesto que los ataques de pánico no reflejan la ansiedad generada por el Sistema de inhibición conductual (SIC) sino una forma diferente de conducta mediada por el Sistema de lucha/huida (SLH, Gray). Este sistema incluye, además de núcleos de la SGPA, componentes en el hipotálamo medio y la amígdala.

El SIC sería responsable de la ansiedad anticipatoria y sería capaz de actuar modulando el SLH quizás por medio de los aferentes serotoninérgicos a la SGPA identificados por Graeff.

Así, la acción antipánico de los ISRS puede deberse a la inhibición del sistema de lucha/huida por el sistema de inhibición conductual.

La hipótesis de la descarga espontánea de la SGPA, como una falsa alarma constitucionalmente facilita-

da, es totalmente compatible con la de la falsa alarma por solocación, en razón de que la SGPA recibe información concerniente a la asfixia vía proyecciones del núcleo del tracto solitario, el que a su vez recibe aferentes de los quimiorreceptores aórticos y carotídeos.

En tanto el mecanismo común del lactato, el bicarbonato y la inspiración de aire con 5 % de CO₂ es la hipercapnea cerebral transitoria, estos fenómenos también serían explicados por este modelo.

Deakin y Graeff sugieren además, que los mecanismos descritos están involucrados en los fenómenos del pánico inducido por la relajación o en los ataques de pánico nocturnos; la contención de los ataques normalmente ejercidos por la ansiedad anticipatoria es perdida en la relajación y el sueño.

Este modelo explicativo también es aplicable a pacientes en los que la ansiedad anticipatoria se focaliza no en ataques de pánico sino en crisis de rabia y agresividad y en la relación negativa entre ansiedad y agresión notadas en los trastornos infantiles de conducta. Como se sabe, las eferencias del sistema de lucha/huida incluyen tanto el escape (equivalente al pánico) cuanto la agresión defensiva (quizás equivalente a la rabia).

Finalmente, este modelo explica los efectos beneficiosos de los ISRS en los ataques de pánico, los que estarían modulados por aferencias serotoninérgicos desde el SIC hacia la SGPA y los efectos de los ansiolíticos sobre la ansiedad anticipatoria mediada por el SLH. Klein (1981) ya había advertido que mientras los ansiolíticos convencionales reducen la ansiedad anticipatoria de los agorafóbicos, inclusive la ansiedad acerca de posibles ataques de pánico en sí mismos, los que se yugulan mediante bloqueadores de la recaptación de serotonina.

INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Dr. José Alonso Ontiveros (México)

En el desarrollo de instrumentos apropiados para el diagnóstico y evaluación del trastorno de pánico, debemos considerar las investigaciones sobre la naturaleza y los síntomas más frecuentes de esta patología como así también los criterios de diagnóstico prevalentes. La menor proporción de los síntomas pánicos son psicopatológicos; muchas veces quedan ocultos por los cardiológicos, respiratorios, neurológicos y gastrointestinales. A veces hay semejanzas entre las crisis ictales de miedo y la epilepsia.

Hay que distinguir entre los síntomas pánicos esenciales y aquellos relacionados con su complicación más fre-

Tabla 1. Síntomas de Pánico

- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración
- Temblor o sacudidas
- Sensación de disnea
- Sensación de ahogo
- Dolor o molestia precordial
- Náusea / malestar abdominal
- Mareo o sensación de desmayo
- Despersonalización o desrealización
- Temor a perder el control o enloquecer
- Temor a morir
- Parestesias
- Escalofríos o bochornos

cuente, la agorafobia y la diferenciación del trastorno de pánico con otros procesos comórbidos frecuentes.

Los criterios para el Trastorno de Crisis de Angustia según el DSM-IV incluyen la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los síntomas de la Tabla 1, del inicio brusco y máxima expresión en 10 minutos.

Las crisis de pánico pueden ser limitadas, inesperadas y condicionadas. Se detectan agentes provocadores en el 60 a 70% de los casos. Un marcador biológico sería el desencadenamiento de crisis pánicas por la inyección de lactato de sodio, lo que las dispara en el 60% de los casos. Sin embargo esto no sería absoluto ya que este porcentaje sería inferior en Latinoamérica.

El DSM-IV, establece a su vez los criterios para el diagnóstico de agorafobia, como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o donde, en caso de aparecer una crisis de angustia o bien síntomas similares de angustia, puede no disponerse de ayuda. La

Tabla 2. Trastorno de pánico. Elementos de evaluación

- Diagnóstico
- Diagnóstico diferencial
- Evaluación de ataques de pánico
 - Espontáneos.
 - Ligados a situaciones
 - Predispuestos por situaciones.
- Ansiedad anticipatoria
- Evitación fóbica

Tabla 3. Trastorno de Pánico. Instrumentos para el diagnóstico

- Entrevista semiestructurada SCID-1
- SADS-LA (Anxiety Disorder Version Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)
- ADIS (Anxiety Disorder Interview Schedule)

agorafobia se presenta con 4 de cada 5 pacientes con el trastorno de pánico.

Como los instrumentos deben evaluar la ansiedad anticipatoria, otras fobias relacionadas, el bienestar general, la severidad de la enfermedad y la incapacidad que genera, ningún instrumento es capaz de cubrir todas estas áreas.

En las Tablas 2 y 3 se resumen aquellos puntos esenciales a cubrir en la evaluación del trastorno de pánico.

Además de prestar atención a la actitud de cualquier instrumento para realizar la evaluación clínica y diferencial, se debe tomar en cuenta la educación al paciente y evaluadores para que puedan distinguir entre los diferentes tipos de crisis de pánico.

Frecuentemente se confunde el diagnóstico con el de ansiedad anticipatoria. Se debe evaluar la duración, intensidad y tipo de crisis que sufre el paciente. La mayor parte de los instrumentos para el diagnóstico (ver Tabla 3) requieren de un entrenamiento y monitoreo longitudinal a evaluadores.

Evaluación de las crisis de pánico

En la crisis hay que evaluar la duración, la intensidad, la frecuencia (mediante un diario) y el tipo de crisis evaluando también ataques con síntomas limitados (< 4 síntomas). El índice de ataques de pánico del Instituto de Neurología de Montreal (PAI) y el Acute Panic Inventory consideran, en parte, lo anterior. Son útiles, además la SCIDS-I, la SADS-LA y la ADIS.

La evitación fóbica se evalúa mediante escalas para agorafobia (Klein); la ansiedad anticipatoria mediante la escala de Hamilton, el STAI, la HSCL 90 y la escala de Sheeham (SCRAS).

El impacto global se mide mediante el CGI y la escala de Leibowitz (PD y ES) y el bienestar general se evidencia mediante el GAS y la Sheeham Disability Scale. Es necesario evaluar también la depresión y el uso de sustancias.

Para concluir es necesario insistir en que la evaluación del trastorno de pánico requiere aplicar distintos instrumentos. La Escala Panic Disorder Severity Scale (PDSS) desarrollada recientemente parece cubrir aspectos en

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 teórico 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 desmenuado.
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 clínica.

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.