



TRASTORNOS DE ANSIEDAD

HISTORIA

- En los últimos ciento cincuenta años se han denominado a las diferentes manifestaciones de la ansiedad de innumerables formas:

- **Neurosis de Ansiedad**
- **Neurosis Cardíaca**
- **Síndrome de Da Costa**
- **Disfuncionalismo Cardíaco**
- **Síndrome por Esfuerzo**
- **Corazón Irritable**
- **Fatiga Nerviosa**
- **Taquicardia Nerviosa**
- **Astenia Neurocirculatoria**
- **Corazón del Soldado**
- **Neurosis Vasomotora**
- **Astenia Vasorreguladora**

- En 1871 Jacob Mendez Da Costa publica en “El American Journal of de Medical Sciences”, donde describe un cuadro y dice: “Me parece lo más probable que el corazón se hace irritable debido a su hiperactividad y a su excitación frecuente, y que la alteración de la inervación mantiene esa disfunción”. Así es que “Corazón irritable” o “Síndrome de Da Costa” quedó establecida como una entidad clínica siendo con frecuencia diagnosticada en la guerra franco prusiana de 1870 y en la guerra de los boers de 1890.

En 1895 Sigmund Freud publica "On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description "Anxiety Neurosis"

Durante la segunda guerra se reconocen las manifestaciones de la ansiedad que los internistas denominaban "alteraciones cardíacas funcionales", y eran tratadas por los psiquiatras militares como "Reacciones Ansiosas".

En el Tratado de Psiquiatría Sexta Edición de Harold I. Kaplan

Se describe el modo en el que se abandona el paradigma NEUROSIS-PSICOSIS y se pasa a la descripción categorial de los trastornos.

- Este pasaje ocurre (en términos de la edición de los manuales de diagnóstico operativos DSM), publicada en 1968 en donde se mencionaba la “Neurosis de Ansiedad”, a la III en 1980 en la que se describe el “Trastorno por Pánico”, y el “Trastorno de Ansiedad Generalizada”.

ANGUSTIAS – ANSIEDADES – TEMORES – MIEDOS en el Desarrollo Infantil

- También son la expresión de **CONFLICTOS**, que se presentan en el transcurso del **Desarrollo**, y tienen como característica propulsar a éstos hacia su elaboración, con el consiguiente crecimiento evolutivo.
- Pueden ser el punto de partida de **TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS** (fobias infantiles, trastornos evitativos de la personalidad, aislamiento, etc.)

Todas estas son también vivencias ancestrales de la evolución humana que han quedado grabadas como HERENCIA FILOGENÉTICA en nuestro cerebro:

- **Constituyen los relictos de gran parte de nuestros futuros aprendizajes y desventuras.**
- **La interacción del sujeto con su entorno en , en interjuego con la filogenia, lograrán que estos MIEDOS ANCESTRALES permitan que la ANGUSTIA posea un valor adaptativo y cognitivo.**

*“El hombre no sufre por lo que sucede sino
por la visión
que tiene del acontecer” (Epictetus, S.I a.C.)*



COMPONENTES

**ANSIEDAD → PREDOMINIO DE
COMPONENTES PSÍQUICOS.**

**ANGUSTIA → PREDOMINIO DE
COMPONENTES FISIOLÓGICOS.**

Ansiedad

- LA ANSIEDAD ES DESADAPTATIVA CUANDO SE ANTICIPA A UN PELIGRO IRREAL. ES LA ANSIEDAD CLÍNICA. RESPUESTA PATOLÓGICA. TIENE UN NIVEL MÁS ELEVADO DE OCURRENCIA, DURACIÓN E INTENSIDAD. DEMANDA TRATAMIENTO.
- LA ANSIEDAD ES ADAPTATIVA CUANDO ANTICIPA O SEÑALA UN PELIGRO PARA EL PROPIO INDIVIDUO. VALOR FUNCIONAL DE LA ANSIEDAD, UTILIDAD BIOLÓGICO-ADAPTATIVA. RESPUESTA NORMAL Y NECESARIA.

TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA DE LA ANSIEDAD

SISTEMAS

```
graph TD; A[SISTEMAS] --> B[SUBJETIVO-COGNITIVO]; A --> C[FISIOLÓGICO-SOMÁTICO]; A --> D[MOTOR-CONDUCTUAL]
```

SUBJETIVO-COGNITIVO

FISIOLÓGICO-SOMÁTICO

MOTOR-CONDUCTUAL

Trastornos de Ansiedad

**TRASTORNOS
DE
ANSIEDAD
4 CATEGORIAS
AMPLIAS**

1) TRASTORNOS DE ANGUSTIA
TRASTORNOS DE ANSIEDAD
GENERALIZADA

2) TRASTORNOS FOBICOS :

Agorafobia

Fobia Social

Fobia Simple

3) T.O.C.

4) TRASTORNOS POR STRESS
POST-TRAUMATICO

FOBIA: Miedo Persistente

e Irracional a { un objeto
actividad ó
Situación específica

Estímulo fóbico

que provoca la
necesidad de
Evitarlos



Sujeto reconoce

Exagerado

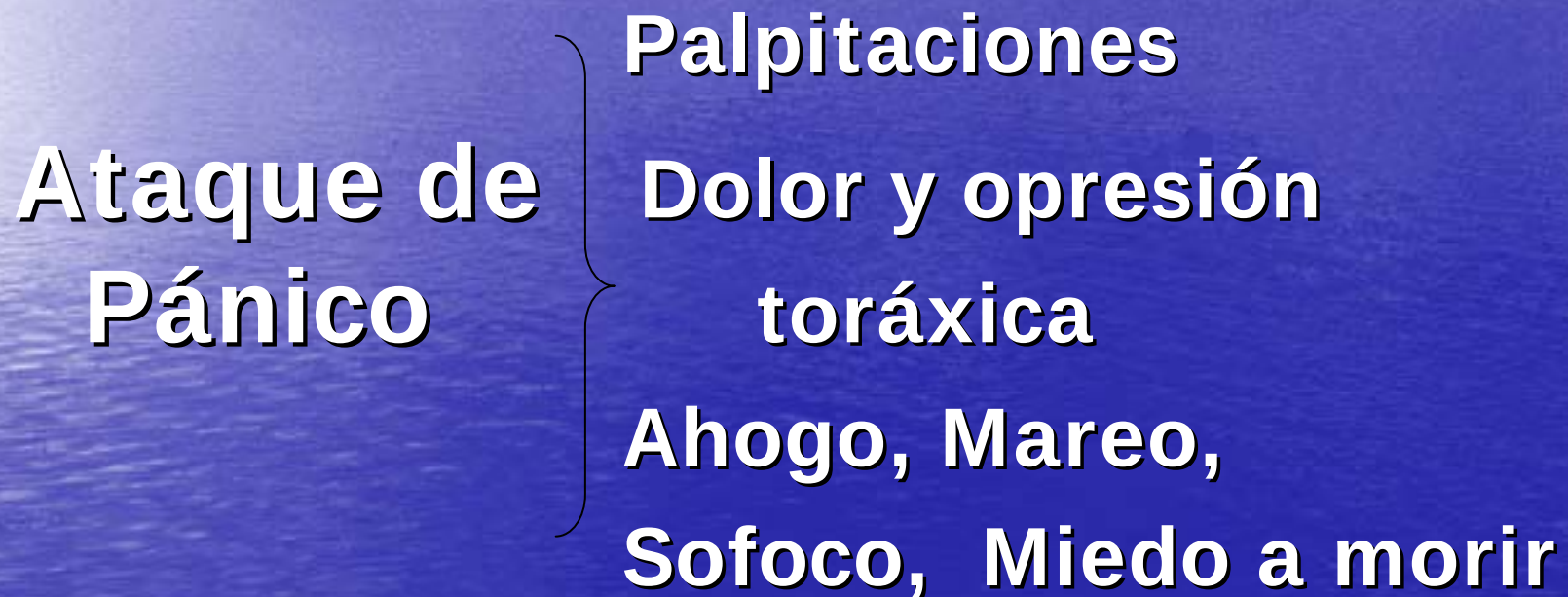
Irracional

Exagerado

Respecto del perjuicio

Que puede ocasionar

Correlatos Somáticos



Correlatos Somáticos

Fobia Social

**Sudoración, Temblores en
manos y lenguaje**

Ruborización

**Sequedad bucal, Disartria
Contracciones musculares**

Correlatos Somáticos

FOBIAS SIMPLES

**Intensa respuesta
vagotónica**

Bradicardia

Desmayo ó Síncope

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- TRASTORNO DE PÁNICO.
- FOBIAS.
- TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEBIDO A FACTORES BIOLÓGICOS.
- TEPT.
- TOC.
- TAG.

El Trastorno de Pánico es “el Gran Impostor Médico”

- El paciente panicoso visita las guardias 10 veces o más, aumenta en consultorios o salas de emergencia.
- El pánico es el estadio más grave de la ansiedad
- El ataque de pánico: es espontáneo (por disparo de la Amígdala) e inesperado.
- Co-correlación: alcoholismo y drogas

TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA Y SIN AGORAFOBIA

- SITUACIONES TÍPICAMENTE AGORAFÓBICAS:

ESTAR SOLO FUERA DE CASA, ESTAR EN LUGARES CONCURRIDOS, HIPERMERCADOS, EN ESPACIOS CERRADOS, VIAJAR EN TRANSPORTES PÚBLICOS, CONDUCIR EN AUTOPISTAS, ESTAR EN UN PUENTE, DENTISTA, PELUQUERÍA.

- MIEDO + EVITACIÓN → AGORAFOBIA

- EVITACIÓN AGORAFÓBICA ↘ LEVE, MODERADA, GRAVE.

TIPOS DE ATAQUES DE PÁNICO:

- ▣ SEÑALADO-ESPERADO
- ▣ SEÑALADO-NO ESPERADO
- ▣ NO SEÑALADO-ESPERADO
- ▣ NO SEÑALADO-NO ESPERADO

✓ ATAQUE DE PÁNICO LIMITADO

SITUACIONALMENTE: CARACTERÍSTICO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS Y SOCIAL.

✓ TRASTORNO DE PÁNICO: SÓLO SI EL TIPO DE ATAQUE DE PÁNICO ES INESPERADO Y NO SEÑALADO.

© **FOBIAS**

- 3 formas básicas o categorías de fobias:
- ① AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO.
- ② FOBIA ESPECÍFICA.
- ③ FOBIA SOCIAL O TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL.

① AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO.

- SALIR SOLO DE CASA, MULTITUDES, LUGARES CERRADOS CON GENTE, DENTISTA, ETC.
- EN VEZ DE TEMER A QUE LE APAREZCA UN ATAQUE DE PÁNICO ANTE TALES SITUACIONES, SUELE TENER LA APARICIÓN DE ALGÚN SÍNTOMA, ANÁLOGO A LOS QUE OCURREN DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO.

② FOBIA ESPECÍFICA.



CARACTERÍSTICAS DE LA FOBIA ESPECÍFICA

- ➤ EXISTENCIA DE MIEDO DESPROPORCIONADO EN RELACIÓN CON EL CARÁCTER AMENAZANTE DE LA SITUACIÓN.
- ➤ EXISTENCIA DE MIEDO DESPROPORCIONADO EN RELACIÓN CON EL CARÁCTER AMENAZANTE DE LA SITUACIÓN.
- ➤ MIEDO CONDUCE A LA EVITACIÓN DE LA SITUACIÓN TEMIDA.
- ➤ NO EXISTE UNA POSIBLE EXPLICACIÓN LÓGICA DEL FENÓMENO. CARÁCTER IRRACIONAL.
- ➤ SOBREPASAN EL CONTROL VOLUNTARIO.
- ➤ PRODUCEN CIERTO GRADO DE MALESTAR O SUFRIMIENTO.

EL MIEDO ESTÁ CLARAMENTE DELIMITADO POR UN OBJETO O SITUACIÓN, LA RTA. DE ANSIEDAD ES INMEDIATA. PUEDE PRODUCIRSE ATAQUE DE PÁNICO (LIMITADO SITUACIONALMENTE). SON FOBIAS RESTRINGIDAS A UN TIPO DE ESTÍMULO Y SON LAS QUE PRODUCEN MENOR GRADO DE INCAPACITACIÓN O PERTURBACIÓN ENTRE TODAS LAS FOBIAS.

- ➤ MIEDO CONDUCE A LA EVITACIÓN DE LA SITUACIÓN TEMIDA.
- ➤ NO EXISTE UNA POSIBLE EXPLICACIÓN LÓGICA DEL FENÓMENO. CARÁCTER IRRACIONAL.
- ➤ SOBREPASAN EL CONTROL VOLUNTARIO.
- ➤ PRODUCEN CIERTO GRADO DE MALESTAR O SUFRIMIENTO.

③ FOBIA SOCIAL O TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

- *CUANDO LA PERSONA ES EXPUESTA A DESCONOCIDOS O A LA EVALUACIÓN O ESCRUTINIO DE LOS DEMÁS. TEME SUFRIR UNA SITUACIÓN EMBARAZOSA, PONERSE NERVIOSO O SER HUMILLADO.*
- *RTA. DE INTENSA ANSIEDAD, TAMBIÉN PUEDE PROVOCAR ATAQUES DE PANICO.*
- *SUELE ACOMPAÑARSE DE BAJA AUTOESTIMA Y TENDENCIA A PRESENTAR MIEDO A LAS CRÍTICAS. ES HABITUAL SU INICIO EN LA ADOLESCENCIA.*
- *NO ES TAN INCAPACITANTE COMO LA AGORAFOBIA.*
- *VARIAS FORMAS DE FOBIA SOCIAL:*
 - ↳ *RESTRINGIDAS, CIRCUNSCRIPTAS A SITUACIONES ESPECÍFICAS.*
 - ↳ *MÁS DIFUSAS O GENERALIZADAS.*

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

- APARECE CUANDO LA PERSONA HA SUFRIDO O HA SIDO TESTIGO DE AGRESIÓN FÍSICA O UNA AMENAZA PARA LA VIDA DE SÍ MISMA O DE OTRA PERSONA Y CUANDO LA REACCIÓN EMOCIONAL EXPERIMENTADA IMPLICA UNA RESPUESTA INTENSA DE MIEDO, HORROR, INDEFENSIÓN.

SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT:

- *LAS VÍCTIMAS SUELEN REVIVIR INTENSAMENTE LA AGRESIÓN VIVIDA COMO IMÁGENES O RECUERDOS CONSTANTES INVOLUNTARIOS (FLASHBACKS) Y DE PESADILLAS.*
- *MALESTAR PSICOLÓGICO PROFUNDO E HIPERACTIVIDAD FISIOLÓGICA ANTE ESTÍMULOS VINCULADOS AL SUCESO.*
- *TIENDEN A ESCAPARSE O A EVITAR LUGARES O SITUACIONES VINCULADAS AL SUCESO.*
- *MUESTRAN UNA RESPUESTA DE ALARMA EXAGERADA, SE VE EN DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN, IRRITABILIDAD Y PARA PODER CONCILIAR EL SUEÑO.*

- *INTERFERENCIA SIGNIFICATIVA EN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y LABORAL.*
- *PÉRDIDA DE INTERÉS POR LO QUE ANTES LE RESULTABA ATRACTIVO, CIERTO EMBOTAMIENTO AFECTIVO (ANESTESIA PSÍQUICA).*
- *LAS VÍCTIMAS PUEDEN TENER PROBLEMAS DE DEPRESIÓN Y PÉRDIDA DEL AUTOESTIMA, EVENTUAL DESCONFIANZA EN LAS PROPIAS POSIBILIDADES PARA ALCANZAR LA VIDA FUTURA, SENTIMIENTOS DE CULPA.*
- *ALTERACIONES SEXUALES, PÉRDIDA DEL DESEO ERÓTICO.*
- *FENÓMENOS DISOCIATIVOS, AMNESIA PSICÓGENA REFERIDA AL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO. IMPIDE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL DEL SUCESO TRAUMÁTICO → EFECTO PROTECTOR SOBRE LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS.*

- Manifestaciones Motrices: Temblor; tensión muscular
- Manifestaciones Vegetativas: (debidas a la inervación simpática y parasimpática):
- El ojo: respuesta de la pupila registrada por la pupilografía;
- Las glándulas salivales: sequedad en la boca (sistema simpático);
- La piel: pilorección (simpático), palidez o enrojecimiento (simpático y para simpático); secreción de las glándulas sudoríparas y sudores fríos.
- Reflejos Psicogalvánicos: Bajo el efecto del estrés se producen modificaciones de la resistencia de la piel, existe una modificación del tono de los vasos de la piel.
- El sistema Gastrointestinal: inhibición de la actividad de la contracción gastrointestinal (sistema simpático).
- El sistema Cardiovascular: A nivel del corazón: aumento de frecuencia cardiaca y de la fuerza contráctil. Vasoconstricción y aumento de la presión arterial (sistema simpático).

- Las Suprarrenales liberan adrenalina a nivel de la médula suprarrenal (acción simpática).
- Manifestaciones Respiratorias: Aceleración de la respiración o apnea.
- Reacciones Endocrinas:
- Aumentan la cortisona, la secreción de glucocorticoides de las suprarrenales, con la subsiguiente disminución de la función hipocámpica, o sea el estrés lleva a una pérdida de la neuroplasticidad del SNC. Aumentan también la vasopresina, la ocitocina, el ATCH, la hormona del crecimiento (GH), la LH, la FSH la prolactina; la tiroxina, la glucosa y los triglicéridos.
- Disminuyen: la insulina y los esteroides sexuales.
- En orina: aumentan los niveles de cortisol, por la hiperactividad del simpático.

ESTRÉS AGUDO- TEPT AGUDO-TEPT CRÓNICO

ESTRÉS AGUDO: PRESENCIA DE SÍNTOMAS DURANTE UN MES.

TEPT AGUDO: ANTIGÜEDAD DE SÍNTOMAS: Puede diagnosticarse entre 1 y 3 meses después del suceso

TEPT CRÓNICO: Los síntomas duran más de 3 meses

COMIENZO DIFERIDO: INICIO DE SÍNTOMAS AL MENOS 6 MESES DESPUÉS DE HABER SUFRIDO EL TRAUMA.

💡 **SITUACIONES NUEVAS, ESTRESORES DE LA VIDA ADULTA O VICISITUDES DEL ENVEJECIMIENTO PUEDEN ACTUAR COMO SECESOS DESENCADENANTES QUE REACTIVAN EL TEPT LATENTE.**

ESTADÍSTICAS

- Violación → efecto emocional más significativo.
32% víctimas entran en criterios de TEPT en algún momento de sus vidas.
- - 15 y 20% víctimas de accidentes automovilísticos graves → TEPT.
- - Algunas personas experimentan los traumas más aterradores y resurgen psicológicamente sanos, otros → acontecimientos Estresantes + o – leves para desencadenarlo.

TOC

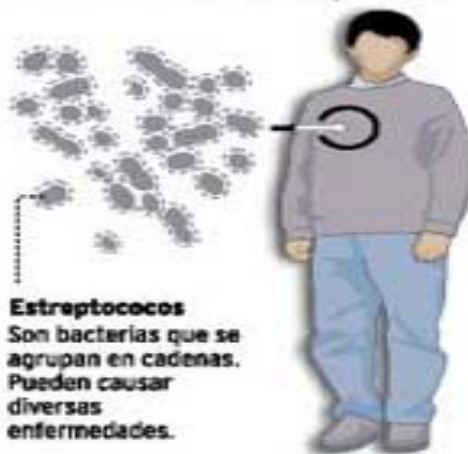
- ***CARACTERÍSTICAS:***
- ***PERCEPCIONES OBSESIVAS QUE RESULTAN ABSURDAS Y CARENTES DE SENTIDO. SUELEN ACOMPAÑARSE DE RITUALES MOTORES.***
- ***EMERGEN DE FORMA SÚBITA E INCOMPREENSIBLE.***
- ***CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD.***
- ***AUSENCIA DE DETERIORO.***
- ***EL OBSESIVO LUCHA CONTRA SUS IDEAS, LA EXPERIENCIA ES EN ALGUNA MEDIDA, RESISTIDA POR LA PERSONA. EL SUJETO TIENDE A RESISTIRSE ANTE LA OBSESIÓN; LUEGO DE UN LARGO ASEDIO LA PERSONA EMPIEZA A DAR MUESTRAS DE AGOTAMIENTO Y, FINALMENTE, PUEDE LLEGAR A RENDIRSE NO DANDO YA NINGUNA MUESTRA DE RESISTENCIA.***

- ***MALESTAR SIGNIFICATIVO.***
- ***EN TODA OBSESIÓN HAY DOS ELEMENTOS: UNA IDEA QUE SE IMPONE AL ENFERMO Y UN ESTADO EMOTIVO ASOCIADO. TRES, SI CONTAMOS RITUALES.***
- ***LAS COMPULSIONES/RITUALES SE REALIZAN COMO RESPUESTA A UNA OBSESIÓN.***
- ***LAS OBSESIONES SE EXPERIMENTAN COMO INTRUSIVAS E INAPROPIADAS***

TOC

■ Enfermedad infecciosa

En los últimos años se ha constatado la aparición de una forma repentina de la enfermedad en niños que acababan de sufrir una infección por estreptococo. La patología se denomina Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune por Estreptococo (PANDAS, de sus siglas en inglés) y los afectados sufren síntomas similares a los obsesivo-compulsivos.



Estreptococos

Son bacterias que se agrupan en cadenas. Pueden causar diversas enfermedades.

■ Sintomatología

Ocho de cada 10 enfermos sufren obsesiones y compulsiones, mientras que menos de un 20% padece uno de los dos síntomas. Los más comunes:

► Obsesiones



Pensamientos no deseados, que causan angustia, malestar.



Miedo al contagio por gérmenes.



Imágenes sobre hacer daño a otros o a sí mismos.



Preocupación excesiva por la moral y la religión.



Dudas constantes sobre todo.



Acumulación de objetos.

► Compulsiones



Higiene y limpieza (se lavan continuamente las manos).



Repetir una conducta, para protegerse contra daños imaginarios.



Verificación (por miedo a hacer daño, revisan si el gas está apagado).



Ordenar constantemente las cosas.



Rezar reiteradamente.

FUENTE: New Scientist/ EBT

R. ESTRADA / EL MUNDO



RITUALES COMPULSIVOS CON OBSESIONES:

- *RITUALES DE LIMPIEZA.*
- *RITUALES DE REPETICIÓN.*
- *RITUALES DE COMPROBACIÓN.*
- *RITUALES DE ACUMULACIÓN.*
 - *RITUALES DE ORDEN.*

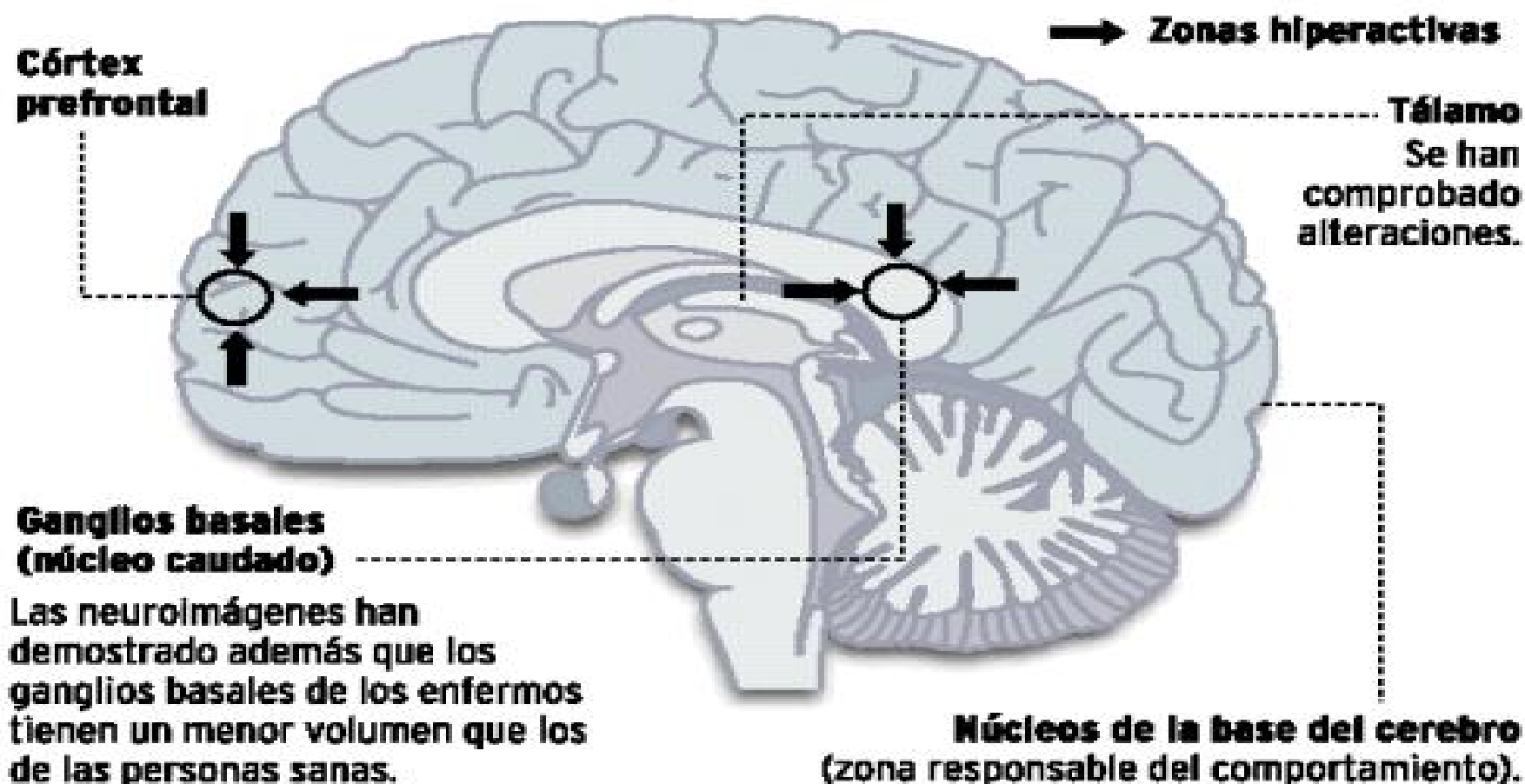
- OBSESIONES: IDEAS, PENSAMIENTOS, IMÁGENES O IMPULSIONES PERSISTENTES QUE SE EXPERIMENTAN COMO INVASORES Y SIN SENTIDO, QUE LA PERSONA INTENTA SUPRIMIR O NEUTRALIZAR.
- LA PERSONA NO RECONOCE LA OBSESIÓN COMO ALGO EXTERNO A ELLA.
- COMPULSIONES: CONDUCTAS REPETITIVAS O ACCIONES MENTALES, "SE EXPRESAN COMO RITUALES". PIENSAN QUE SI NO LO HACEN ALGO MALO PUEDE PASARLES A ELLOS MISMOS O A PERSONAS CERCANAS A SU ENTORNO AFECTIVO) ENTONCES SE PLANTEAN PARA PREVENIR ESE SUPUESTO DESASTRE O DAÑO.

LAS OBESIONES Y COMPULSIONES PUEDEN ESTAR RELACIONADAS FUNCIONALMENTE

- NO EXISTE UNA CONEXIÓN LÓGICA O REALISTA ENTRE LA CONDUCTA Y EL PELIGRO QUE SE QUIERE CONJURAR. EN ALGUNOS CASOS LA PERSONA COMIENZA A REALIZAR UNA CONDUCTA COMPULSIVA SIMPLEMENTE PARA RESGUARDARSE O PROTEGERSE DE LA ANSIEDAD.
- LA PERSONA SIENTE UNA URGENCIA COMPULSIVA HACIA LA REALIZACIÓN DE UNA DETERMINADA CONDUCTA. LAS OBSESIONES SON ACONTECIMIENTOS COGNITIVOS MIENTRAS QUE LAS COMPULSIONES SON CONDUCTAS MANIFIESTAS, AUNQUE PUEDEN SER MENTALES O ENCUBIERTAS.

■ Bases neuroanatómicas

Las imágenes obtenidas con PET (Tomografía por Emisión de Positrones) y RM (Resonancia Magnética) han permitido detectar la existencia de dos zonas del cerebro que están hiperactivas en los afectados por TOC. El córtex prefrontal (involucrado en el juicio, las emociones y la planificación) y los ganglios basales, cuya área más activa es el núcleo caudado.



Los trabajos constatan que estas alteraciones pueden deberse tanto a una predisposición genética como a factores ambientales, entre los que figuran alteraciones en la fase embrionaria o anomalías perinatales.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

- Descripción clínica: preocuparse indiscriminadamente por sucesos de la vida diaria, el foco de la ansiedad se generaliza indiscriminadamente.
- -esta preocupación es improductiva
- -no importa cuanto se preocupe, el sujeto no logra decidir qué hacer con una situación o problema existente o por venir.
- -no puede dejar de preocuparse, aún cuando sabe que no conduce a nada bueno y se perjudica.
- -Las ideas preocupantes se constituyen como crisis, se pasa rápidamente de una crisis a otra (Normalmente una persona se preocupa un tiempo pero luego puede dejar el problema de lado y pasar a otra tarea)

- LA ANSIEDAD NO SE LIMITA A NINGUNA SITUACIÓN EN PARTICULAR, SINO QUE OCURRE DE FORMA CRÓNICA, SIN QUE LA PERSONA SEA CAPAZ DE DISCRIMINAR LOS DESENCADENANTES.
- SINTOMATOLOGÍA PRIMARIA: EXPECTATIVA DE APRENSIÓN O PREOCUPACIÓN.
- PARECEN PREDOMINAR SÍNTOMAS SOMÁTICOS RELACIONADOS CON ESTADOS MANTENIDOS DE TENSIÓN Y VIGILANCIA.
- ANSIEDAD O PREOCUPACIÓN NO REALISTAS Y/O EXCESIVAS.
- IMPORTANCIA DE FENÓMENOS CONGNITIVOS Y EXCESIVA PREOCUPACIÓN NO CONTROLABLE.
- NO DEBE OCURRIR EXCLUSIVAMENTE DURANTE UN TEPT, DEPRESIÓN, TRASTORNO PSICÓTICO O TRASTORNO PROFUNDO DEL DESARROLLO. NO DEBE SER INDUCIDO POR SUSTANCIAS O POR CONDICIÓN MÉDICA GRAL. LA ANSIEDAD O PREOCUPACIÓN NO SE REFERIRÁN A TENER UN ATAQUE DE PÁNICO, FOBIA SOCIAL, TOC, TAS, ANOREXIA NERVIOSA, ETC.

Se concentran

- Adultos; en las posibles desgracias que pudieran sucederle a sus hijos, salud de la familia, responsabilidades laborales, minucias como quehaceres domésticos o llegar a tiempo a las citas.
- Niños; desempeño académico, atlético o social y posibles daños físicos.
- Ancianos, salud, dificultades para dormir.

Epidemiología:

- *El 4 % de la población entra en los criterios del TAG.*
- *Pocas personas solicitan tratamiento, la mayor parte busca ayuda en los médicos de atención primaria.*
- *Dos tercios de la población son mujeres.*
- *Algunas personas manifiestan la aparición del TAG en la adultez ante un estresor. El TAG se asocia con una aparición más temprana y gradual que la mayoría de los trastornos de ansiedad. Muchas personas se sienten ansiosas y tensas toda su vida.*
- *La probabilidad de desaparición de sintomatología durante dos años es de un 8 %.*
- *Es muy frecuente en personas en edad avanzada: susceptibles a la ansiedad de perder la salud, y otras situaciones vitales que hacen que empiece a disminuir cualquier control que pudieran tener sobre sucesos de su vida*

Causas

Hay contribución genética, pero lo que se hereda es la tendencia a volverse ansioso, y no el TAG mismo.

*Se denomina a las personas con TAG “Restrictores autónomos” pues muestran una capacidad de respuesta menor en las mediciones fisiológicas en cuanto a :
frecuencia cardíaca, presión sanguínea, conductividad de la piel, frecuencia respiratoria;
que los individuos con otros trastornos de ansiedad. Es decir, tienen una activación autónoma periférica restringida*

Diagnóstico Diferencial

- El Tag no debe ocurrir exclusivamente durante el TEP, un trastorno del estado de ánimo (depresión), un estado psicótico o un trastorno profundo del desarrollo. El trastorno no debe estar producido por el uso de sustancias/medicación o por una condición médica general. Finalmente, la ansiedad y la preocupación no se referiran a:
 - - Tener un ataque de pánico (trastorno de pánico).
 - - Sentir vergüenza en público (fobia social).
 - - Contaminarse (TOC).
 - - Estar fuera de casa o separado de los familiares (trastorno de ansiedad por separación).
 - - Ganar peso (anorexia nerviosa).
 - - Tener múltiples síntomas somáticos (trastorno de somatización).
 - - Tener una enfermedad seria (hipocondriasis).

Lic. Leonor Miniño

Equipo Psicoterapéutico Cognitivo Conductual

Coordinación y admisiones: Lic. Laura Galasso

Informes: 011 4 925 0936

info@psicoterapia-breve.com.ar

www.psicoterapia-breve.com.ar