

TEMA 03

SÍNDROMES CLÍNICOS DE LA ANSIEDAD

1.- INTRODUCCIÓN

- La ansiedad es una emoción que en muchas circunstancias es adaptativa para el individuo. Permite estar alerta, sensible al ambiente, aportando un nivel óptimo de motivación para afrontar las diferentes situaciones. En circunstancias de peligro objetivo, un incremento de la ansiedad puede facilitar un mejor afrontamiento de la situación y, en consecuencia, una mejor adaptación.
- El problema surge, sin embargo, cuando frecuentemente se generan niveles excesivos de ansiedad y durante periodos prolongados de tiempo y, generalmente sin que exista un peligro objetivo. En estos casos, la ansiedad es desadaptativa y se convierte en una fuente de malestar, sufrimiento y a veces incapacitación para la persona que la sufre, siendo común que demande ayuda.
- **Un trastorno de ansiedad** se define por la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo éstos irracionales y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona.

2.- TRASTORNO DE PÁNICO

- Trastorno en el que se presenta, de forma recurrente, el ataque de pánico.
- Considerado históricamente como una forma de "neurosis de ansiedad" y, posteriormente, como un "estado de ansiedad".
- A partir del **DSM-III-R** se entiende como una categoría con 2 subcategorías:
 1. Trastorno de pánico con agorafobia.
 2. Trastorno de pánico sin agorafobia.(Previamente AL DSM-III-R, la agorafobia tenía primacía sobre el pánico)
- Actualmente, cuando agorafobia y pánico coexisten, la APA considera que aquélla es secundaria a éste. La agorafobia, sin embargo, también puede darse independientemente del pánico.

2.A.- EL ATAQUE DE PÁNICO

- **Ataque de pánico:** *Experiencia, de aparición brusca (súbita), de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos.*
- **Freud:** **3 características del "estado de pánico":**
 1. Comienzo espontáneo y brusco de intensa ansiedad.
 2. Miedo a morir o a estar enfermo.
 3. Presencia de síntomas físicos destacados.
- **DSM-IV:** **Ataque de pánico:** *Episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan el pico en los 10 min al menos 4 de los siguientes síntomas.*

- *Palpitaciones, golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado.*
 - *Sudoración.*
 - *Temblor o sacudidas musculares.*
 - *Sensación de respiración dificultosa o ahogo.*
 - *Sensación de asfixia.*
 - *Dolor o molestia en el pecho.*
 - *Nauseas o malestar abdominal.*
 - *Sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o pérdida de conciencia.*
 - *Desrealización o despersonalización.*
 - *Miedo a perder el control o volverse loco.*
 - *Miedo a morir.*
 - *Parestesias (sensaciones de adormecimiento o cosquilleo).*
 - *Ráfagas de frío o calor.*
- El pánico es una forma de ansiedad cuyas manifestaciones sintomatológicas son básicamente de índole somático.
 - Los ataques de pánico no siempre son de naturaleza espontánea: El primer ataque, frecuentemente ocurre en contextos de alta tensión emocional.
 - Otra característica es su omnipresencia: La mayor parte de pacientes con trastornos de ansiedad, posee experiencias de ataques de pánico ⇒ **El pánico es un trastorno común en todos los trastornos de ansiedad.**
 - El pánico también es común entre la población no clínica, exhibiendo un síndrome característico de **pánico no clínico**.
Ambos tipos, clínicos (trastorno de pánico) y no clínicos (síndrome de pánico no clínico), experimentan sintomatología fisiológica, ocurren durante periodos de estrés y refieren una historia familiar similar de ataques de pánico.
Difieren en:
 - Los pacientes con trastornos de pánico experimentan *más ataques de pánico inesperado*, mientras que los no clínicos, asociados a *situaciones de tipo social/evaluativa*.
 - Los pacientes con trastornos de pánico experimentan *más cogniciones catastrofistas*.
 - **El ataque de pánico no siempre conduce a trastorno de pánico.**

2.B.- TIPOS DE ATAQUES DE PÁNICO

- Cada vez más autores asumen que sólo el primer ataque de pánico es auténticamente espontáneo y sorpresivo.
- Barlow: el pánico debería ser categorizado en base a los términos "señalado" y "esperado", con 4 combinaciones posibles:
 - a) Señalado/esperado.
 - b) Señalado/no esperado.
 - c) No señalado/esperado.
 - d) No señalado/no esperado.

- El **DSM-IV** distingue **3 tipos**:
 1. **Ataque de pánico inesperado** (no señalado)
No asociado a un disparador situacional (señal)
Ocurre espontáneamente.
 2. **Ataque de pánico limitado situacionalmente** (señalado)
Asociado a un disparador situacional ("Señal")
Suele ocurrir casi siempre y de forma inmediata tras la exposición a la señal, o por anticipación a esta.
Característico de la fobia específica y social.
 3. **Ataque de pánico predispuesto situacionalmente.**
Suele estar asociado a disparadores situacionales (señal), pero puede ocurrir sin asociarse a la señal.
Puede no ocurrir inmediatamente tras la exposición a la señal.
Se da en el trastorno de pánico con agorafobia (a veces, en fobia específica y social).

El diagnóstico de trastorno de pánico se establece únicamente, si el tipo de **ataque de pánico es inesperado y no señalado**; sin embargo, en este trastorno pueden coexistir formas de pánico limitado situacionalmente.

Aplicando los criterios del DSM-IV, es posible establecer un diagnóstico de pánico sin que exista miedo o ansiedad.

2.C.- EL TRASTORNO DE PÁNICO: DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA

- El **diagnóstico de trastorno de pánico**, según el **DSM-IV**, requiere que existan **ataques de pánico inesperados recurrentes y, que al menos, un ataque haya estado seguido, durante un periodo mínimo de un mes, de:**
 - *Quejas recurrentes de tener nuevos ataques.*
 - *Preocupación de las implicaciones del ataque y sus consecuencias.*
 - *Un cambio significativo en la conducta relacionada con los ataques.*
- Deben descartarse posibles causas biológicas (uso de sustancias) o una condición médica general (hipertiroidismo, prolapso de la válvula mitral o síndrome de intestino irritable). Se suprime con respecto al DSM III-R el criterio relativo al requerimiento de una frecuencia específica mínima de ataques de pánico. (Por los menos cuatro ataques de pánico durante un periodo de cuatro semanas)

2.D.- TRASTORNO DE PÁNICO: CONTINUIDAD VS DISCONTINUIDAD

- **Klein y Klein:** El ataque de pánico asociado a trastorno de pánico (inesperado) es cualitativamente diferente, del ataque de pánico que ocurre en las fobias.
Como asume el DSM-IV los ataques de pánico inesperados (espontáneo) que constituye la característica esencial del trastorno de pánico, durante el curso del trastorno puede asociarse a ciertas situaciones que incrementan la posibilidad de ocurrencia de nuevos ataques, esto es, "ataques de pánico **predispuestos** situacionalmente".

Para estos autores este tipo de ataque de pánico es cualitativamente similar al espontáneo y diferentes del ataque de pánico **limitado** situacionalmente.

Estos autores se basan en la evidencia farmacológica (buena eficacia de los psicofármacos sobre el pánico de tipo **inesperado y predisuesto situacionalmente**) y epidemiológica (la agorafobia surge como fenómeno secundario al pánico inesperado).

- Klein y Klein mantienen que el ataque de pánico asociado al trastorno de pánico es cualitativamente diferente del ataque de pánico que ocurre en las fobias. Sin embargo, según se desprende del reciente análisis de **Craske**: **Los ataques de pánico señalados** (en fobias) poseen **síntomas muy similares a los ataques inesperados** (trastornos de pánico).

Sí parece haber ciertas **diferencias entre el perfil de respuesta** del ataque de pánico y las respuestas de miedo/ansiedad a estímulos fóbicos (que no implique un ataque de pánico)

Rapee, Sanderson, McCauley y Di Nardo:

Compararon **las respuestas** que experimentaban sujetos con trastorno de pánico (con agorafobia) durante el ataque de pánico, con **las respuestas** de las personas con otros trastornos (fobia específica, social y TOC).

La manifestación de palpitaciones, vértigos-inestabilidad-mareos y temblores parecen ser los síntomas somáticos que ocurren con más frecuencia durante los ataques de pánico (ocurren en más del 80 por 100 de los pacientes).

Resultados:

- Los sujetos con trastorno de pánico informaban **más de síntomas fisiológicos y síntomas cognitivos asociados a las sensaciones corporales** (síntomas de miedo a morir, miedo a perder el control o volverse loco parecen síntomas específicos del trastorno de pánico).
- Las **diferencias cuantitativas** indican que los **ataques de pánico** reflejan **mayor grado de ansiedad** que la producida en reacciones a estímulos situacionales. Estas diferencias apoyan la **hipótesis de la continuidad** (el pánico ocuparía el extremo de un continuo de ansiedad representado por el máximo nivel de esta).
- Rapee y cols. parecen inclinarse provisionalmente por una **interpretación cualitativa** → el **ataque de pánico** se vincula particularmente a los **componentes cognitivos**. Favorecen la **hipótesis de la "discontinuidad"**.

2.E.- DOS CATEGORÍAS DE TRASTORNO DE PÁNICO: CON Y SIN AGORAFOBIA

- Un **fenómeno común en pacientes con pánico**: **la ansiedad anticipatoria de desarrollar un nuevo ataque de pánico**.

Equivalente al concepto de "miedo al miedo" o "fobofobia".

La mayoría, asocian la ansiedad anticipatoria a **estímulos externos, a situaciones o lugares** donde el escape es difícil o embarazoso, por lo que terminan desarrollando conductas de evitación.

El miedo a esos estímulos acompañados de evitación se denomina agorafobia.

- **Situaciones típicamente agorafóbicas:** El estar fuera de casa, estar en lugares concurridos, estar en espacios cerrados, viajar en transportes públicos, conducir en autopista, estar en un puente, hacer cola, estar sentado en la silla de un dentista o de la peluquería.
- Existe el **trastorno de pánico sin agorafobia** y el **trastorno de pánico con agorafobia**.

Cuando se cumplen los criterios para el trastorno de pánico pero sin que exista agorafobia, se trata del denominado **trastorno de pánico sin agorafobia**. Pero cuando cumpliéndose los criterios para el trastorno de pánico se complica con agorafobia, entonces se establece el diagnóstico de **trastorno de pánico con agorafobia**.

DSM-IV: **Trastorno de pánico con agorafobia:** Incluye, además de los criterios señalados para el trastorno de pánico sin agorafobia:

- **Presencia de agorafobia** (puede no darse evitación, en cuyo caso las situaciones se toleran con elevada ansiedad o requieren compañía).
- Es preciso **descartar** el miedo/evitación a situaciones específicas (*fobia específica*), a situaciones sociales limitadas (*fobia social*), a estresores intensos (*trastorno de estrés postraumático*).
- Tampoco debe confundirse la agorafobia con el *TOC*, ni con el *trastorno de ansiedad por separación*.

- El **DSM-III-R:** especificaba el **grado de evitación** según **3 niveles**:
 1. **Evitación leve:** Se da "algo" de evitación o se toleran las situaciones con cierto malestar.
 2. **Evitación moderada:** Puede provocar restricciones notorias al paciente (sale de casa con dificultades y no puede viajar solo muy lejos).
 3. **Evitación grave:** Impone restricciones serias al paciente (no puede salir de su domicilio sin compañía).
 (El DSM-IV mantiene éstos 3 niveles, pero como especificaciones generales aplicables a cualquier trastorno).
- El **trastorno de pánico con agorafobia es el cuadro que produce mayor malestar, desajuste e incapacitación, entre los trastornos de ansiedad.**

Noyes: Las personas con evitación fóbica grave exhiben mayor gravedad clínica general y el porcentaje de remisiones es menor.

Mayor deterioro marital, laboral y social (diferencias no significativas).

El abuso del alcohol y la depresión suelen ser factores que covarían con la mayor gravedad del trastorno de pánico y con un peor pronóstico.

- Muchos agorafóbicos (leves y moderados) desarrollan **estrategias personales de coping para afrontar las situaciones amenazantes:** utilizar animales de compañía, portar objetos (paraguas), situarse cerca de la salida.

3.- TRASTORNOS FÓBICOS

- **FOBIA:** *Reacciones de miedo intenso, acompañado de evitación, inducida por situaciones que objetivamente no justifican tales respuestas.*
- **Característica central de los trastornos fóbicos:**
 - **El miedo y la evitación están asociados a estímulos + o - específicos.**
 - Las reacciones de ansiedad y evitación **no** están justificadas por el peligro real de la circunstancia amenazante.
 - La persona es consciente de que su miedo y evitación son excesivos (puede estar ausente en los niños).
- **Togersen. 5 categorías:**
 1. Fobias de separación (estar solo, viajar).
 2. Fobias a los animales.
 3. Fobias de mutilación (intervenciones quirúrgicas, sangre, inyecciones).
 4. Fobias sociales.
 5. Fobias a la naturaleza (montañas, océanos, lugares cerrados).
- **Arrindel y cols: 4 dimensiones fóbicas:**
 1. Miedos a situaciones o sucesos interpersonales.
 2. Miedo relacionado con heridas, muerte, enfermedad, cirugías.
 3. Miedo a los animales.
 4. Miedos agorafóbicos.
- **DSM-IV 4 tipos de fobias específicas:**
 1. Tipo animal.
 2. Tipo ambiente natural.
 3. Tipo sangre, inyección, herida.
 4. Tipo situacional.
 5. Tipo inespecificado.

Actualmente se consideran **3 formas básicas de fobias:**

- a) **Agorafobia sin pánico.**
- b) **Fobia específica.**
- c) **Fobia social.**

3.A.- AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO

- **La agorafobia puede darse independientemente del pánico** ⇒ Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.

Las situaciones típicamente agorafóbicas son las mismas que las del trastorno de pánico con agorafobia (situaciones de las que resulta difícil o embarazoso escapar).

La diferencia: En la agorafobia sin pánico el paciente, en lugar de tener miedo a que le sobrevenga un ataque de pánico ante tales situaciones, suele **temer la aparición de algún síntoma que concurre durante un ataque de pánico** (temen desmayarse, tener diarrea, tener vértigo).

- El **DSM.IV** establece que:
 - El paciente debe **evitar las situaciones agorafóbicas**, que tenga que soportarlas con **excesiva ansiedad**, o que **necesite la compañía** de alguien.
 - Además **no debe reunir los criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico**.
 - **Criterios de exclusión: Efectos fisiológicos directos de una sustancia** o de una **condición médica general**.
Debe considerarse el posible diagnóstico de "**fobia específica**" si la evitación se limita a una o muy pocas situaciones específicas, o de "**fobia social**" si la evitación se limita a las situaciones sociales.
- El **trastorno de pánico con agorafobia** es la categoría de ansiedad más **frecuente** en los constructos clínicos.
Sin embargo, la **agorafobia sin historia de trastorno de pánico**, es **rara** en las poblaciones clínicas ⇒ Esto contradice el concepto de primacía del pánico, junto con:
 - La agorafobia sin pánico es muy común en la población general.
 - La agorafobia posee tasas de prevalencia más elevadas que el trastorno de pánico.
 Los estudios clínicos tienden a indicar todo lo contrario, es decir que la mayoría de los pacientes agorafóbicos ha tenido ataques de pánico.

3.B. - FOBIA ESPECÍFICA

- Fobia específica: **El miedo está claramente delimitado por un objeto o situación** (animal, dentista, viajes en avión).
La **respuesta de ansiedad** ante tales objetos suele ser **inmediata**.
Puede producirse también ataque de pánico (limitado o predispuesto situacionalmente).
- Las fobias específicas son **las que producen menor grado de incapacitación o perturbación de entre todas las fobias**.
- Bastantes fobias específicas que se inician en la niñez, desaparecen en la edad adulta.
- De los 4 tipos de fobias específicas que establece el DSM-IV, las **fobias a la "sangre, inyección y heridas"**, exhiben un patrón fisiológico característico. Es un **patrón difásico**: incremento inicial de la PA y FC y decremento posterior que, eventualmente, conduce al desmayo.

3.C. - FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)

- **Fobia social**: El miedo está generado por situaciones sociales en las que la persona es expuesta a desconocidos o a una evaluación y escrutinio de los demás.
El individuo teme sufrir una situación embarazosa, ponerse nervioso o ser humillado. En la infancia, el miedo se produce a contextos sociales con iguales, no en interacciones con adultos.
- ♦ La exposición a la situación fóbica casi invariablemente induce respuestas de **intensa ansiedad**; también puede provocar **ataques de pánico** en alguna de las dos formas indicadas para la fobia específica (limitado o predispuesto situacionalmente).
- 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, pero se hace necesario su tratamiento cuando interfiere mucho con la vida personal, académica o profesional.

- **Varias formas de fobias sociales:**

1. **Circunscritas a situaciones específicas** (hablar o comer en público, relacionarse con el sexo opuesto).
2. **Generalizadas a situaciones difusas:** pueden implicar casi todas las situaciones fuera del contexto familiar.
Debe tenerse en cuenta la posibilidad de que exista un *trastorno de personalidad de evitación*.

- **Heimberg** y cols: Destacan diferencias demográficas, clínicas y de respuesta al tratamiento en función del tipo de fobia social.

Aislan **3 dimensiones y un conjunto residual** de situaciones socio-fóbico-relevantes.

1. **Centro de atención** (*hablar/interaccionar formalmente*): Dos sub-grupos: Ser observado por otros y hablar en público.
2. **Interacción social** (*hablar/interaccionar informalmente*): Situaciones de interacción con desconocidos y fiestas.
3. **Interacción asertiva:** Expresión de desacuerdo o desagrado.
4. Comer o beber en público se agrupa separadamente, sugiriendo que podrían compartir similares características, e independientes de las restantes dimensiones.

4.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

- En el **TAG: La ansiedad** no se limita a ninguna situación particular, sino que ocurre **de forma crónica, sin que la persona sea capaz de discriminar que situaciones producen exactamente sus síntomas.**

En el TAG el paciente responde a señales internas cognitivas y/o somáticas y a señales externas de amenaza muy sutiles y de amplio rango de contenidos.

- Lo que parece caracterizar a los pacientes con TAG, es decir, lo que puede constituir la sintomatología primaria, es **la expectativa de aprensión o preocupación.**
- Este tipo de pacientes, así como las personas con preocupación crónica subclínica, presentan reacciones de activación autónoma **mucho más modestas** que el resto de los pacientes con ansiedad. En los pacientes con diagnóstico TAG parecen predominar los síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia.
- Borkovec y cols, han referido que, más que los temas de preocupación, lo que diferencia al TAG es el poseer excesiva preocupación no controlable.
- **DSM-III:** Mal definido. Lo considera como un *trastorno residual de ansiedad básica* (No tenía entidad de trastorno específico de ansiedad). Baja fiabilidad diagnóstica del TAG según los criterios del DSM-III.

- **Trabajos de la última década:**
 - Se vio que el TAG podía conceptuarse como un trastorno con entidad propia.
 - Lo que realmente parecía caracterizar a los pacientes con ansiedad generalizada era la expectativa de aprensión o preocupación.
 - Presentan reacciones de activación autónoma mucho más modestas que el resto de pacientes con ansiedad.
 - Predominan los síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia.
- **DSM-III-R:** Incluye como síntomas centrales: La ansiedad y preocupación no realista o excesivos.
 Importancia de los *fenómenos cognitivos*, en particular la preocupación crónica y *no controlable*.
 El cuestionario de preocupación PSWQ parece ser un buen instrumento psicométrico para diferenciar los pacientes de TAG de otros trastorno de ansiedad, así como también de la población no clínica.
- **DSM-IV:** Mejora los criterios diagnósticos del TAG.
criterios:
 1. Ansiedad y preocupación excesivos al menos durante 6 meses.
 2. Dificultades en la persona para controlar las preocupaciones.

Al menos 3 entre las siguientes manifestaciones somáticas:

 - *Inquietud o sensación de excitación o de estar al límite.*
 - *Fatigarse con facilidad.*
 - *Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco.*
 - *Irritabilidad.*
 - *Tensión muscular.*
 - *Alteraciones de sueño.*

Otra novedad: Asimilación al TAG del antiguo trastorno de hiperansiedad de la infancia y adolescencia.

Necesidad de establecer el diagnóstico diferencial con:
El TAG no debe ocurrir durante:

 - TEP.
 - Un trastorno de estado de ánimo (depresión).
 - Un estado psicótico.
 - Un trastorno profundo de desarrollo.

El trastorno no debe estar producido por:

 - El uso de sustancias/medicación.
 - Por una condición médica general.

La ansiedad y la preocupación no se referirán 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 (TAS).
- Ganar peso (anorexia o bulimia).
- Tener múltiples síntomas somáticos (trastorno de somatización).
- Tener una enfermedad seria (hipocondriasis).

5.- TRASTORNOS ASOCIADOS A FACTORES BIOLÓGICOS

- En el **DSM-IV** se definen 2 trastornos de ansiedad vinculados a factores orgánicos (no incluidos en el DSM-III):
 1. Trastorno de ansiedad debido a una condición médica general.
 2. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- En ambas categorías la sintomatología central corresponde a una **elevada ansiedad, ataques de pánico, obsesiones o compulsiones.**

6.- SÍNDROMES DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA: TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

- En Psicopatología ha predominado la asunción de que los trastornos de ansiedad de la infancia o adolescencia no difieren esencialmente de los que se describen para las edades adultas.
- Las formas más graves pueden producir notable deterioro del desarrollo personal y social. Son frecuentes los miedos y fobias específicas. En las formas más graves suelen producirse ataques de pánico ante la separación o anticipación de ésta. Son también muy comunes los problemas relacionados con el sueño, tales como las pesadillas o los derivados del rechazo de irse a dormir. Ciertas formas clínicas del TAS podrían constituir un factor particular de riesgo para el trastorno de pánico.
- La característica esencial del TAS es la presencia de ansiedad excesiva, e inapropiada para la edad, asociada a la separación del hogar o de las personas ligadas afectivamente al niño. Esta característica central es descrita por DSM IV.
- El **DSM-III** especifica 3 trastornos concretos de la infancia o adolescencia:
 1. **Trastorno de ansiedad por separación** (TAS).
 2. **Trastorno de evitación.**
 3. **Trastorno de hiperansiedad.**
- El **DSM-IV**, sólo mantiene el **TAS**.
El trastorno de hiperansiedad es equiparado al **TAG**, y el trastorno de evitación a la **fobia social**.

- **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TAS SEGÚN EL DSM-IV:**
 1. Ansiedad excesiva inapropiada para el desarrollo, relacionada con la separación del hogar y de las personas vinculadas al niño, manifestada al menos por 3 de los síntomas siguientes:
 - Malestar recurrente y excesivo cuando ocurre la separación.
 - Preocupación excesiva y persistente de perder las principales figuras vinculadas al niño o de que les pase algo.
 - Preocupación excesiva y persistente de que alguna desgracia le separe de una figura principal vinculada al niño.
 - Resistencia o rechazo persistente a ir al colegio o cualquier otro lugar debido al miedo de la separación.
 - Miedo o resistencia persistente a estar sólo en el hogar.
 - Miedo a irse a dormir si no está la figura principal o a dormir fuera de casa.
 - Pesadillas nocturnas repetidas sobre el tema de separación.
 - Quejas repetidas de síntomas físicos, cuando la separación ocurre o es anticipada.
 2. La duración de la alteración es de al menos 4 semanas.
 3. Comienzo antes de los 18 años (Antes de los 6 años se considera de comienzo temprano).
 4. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o en otras áreas importantes de funcionamiento.
 5. No ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno profundo del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y, en adolescentes y adultos, la perturbación no está justificada por el trastorno de pánico con agorafobia.
- Un aspecto controvertido: El supuesto de que **el TAS precede o es un primer factor de riesgo, del trastorno del pánico y de la agorafobia.**
 Los datos existentes no son concluyentes
 En algunos trabajos se asocia el TAS en la infancia con la aparición de pánico-agorafobia en adultos.
 Posiblemente, el problema esté es la excesiva heterogeneidad con que se ha descrito éste trastorno.

7.- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más frecuentes en la población, y los más frecuentes dentro de los contextos clínicos; aparte de su implicación en otros problemas psicológicos y en múltiples facetas de la salud.

Además de la elevada prevalencia de estos trastornos, se conocen algunas cosas con bastante exactitud:

- **Las mujeres son mucho más propensas** a sufrir problemas de ansiedad que los hombres: Diferencias particularmente importantes en las fobias y el pánico, seguidos del TAS y del TAG. No diferencias en el TOC y fobia social.
- También se conoce que mientras unos trastornos tienden a aparecer en edades más bien tempranas del desarrollo evolutivo de la persona, otros se desarrollan más frecuentemente en edades más avanzadas.
- **Una vez iniciado el trastorno de ansiedad puede adoptar:**
 1. Curso crónico (TAG).
 2. Curso agudo (fobia específica).
 3. Curso intermedio (trastorno de pánico con agorafobia).
- Se conoce que el sexo femenino posee en general mucho más riesgo para sufrir trastornos de ansiedad que el varón. Existen, no obstante, notables diferencias según el trastorno que se trate. Las diferencias son particularmente grandes en las fobias (específicas y agorafobia) y pánico. El TAS y el TAG también se asocian significativamente al sexo femenino.

EDAD DE COMIENZO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
Trastorno de pánico sin agorafobia	20-35
Agorafobia (+/- pánico)	20-30
Fobia específica	Infancia/adolescencia
Fobia social	Infancia/adolescencia
Trastorno de ansiedad generalizada	Cualquiera (15-20)
Trastorno obsesivo-compulsivo	Adolescencia/Juventud
Trastorno de estrés postraumático	Cualquiera
Trastorno de ansiedad de separación	6-11
Trastorno de hiperansiedad	12-18
Cualquier trastorno de ansiedad	15

- Las **fobias específicas y sociales** suelen tener comienzo *en edades tempranas*.
- El **TAS** tiene un periodo de *máximo riesgo entre los 6 y los 11 años*.
- Los **trastornos asociados al pánico y a la agorafobia** son los que *aparecen más tardíamente*.
- En términos generales los **trastornos de ansiedad** son problemas psicológicos de *aparición temprana*.
- El **TEP** tiene *edades de comienzo variables*.

- Los trastornos *+ frecuentes* son las **fobias específicas**. El *segundo trastorno + frecuente* es el **TAG**.
- Los **miedos** son *más frecuentes durante la infancia* que en la edad adulta.
- El trastorno *menos probable* es el **pánico sin agorafobia**.
- Las **fobias**, el **pánico** y el **TAG** tienden a ser *+ comunes entre personas separadas, viudas y divorciadas*. No existe relación entre el TOC y el estatus marital.
- El **trastorno de pánico** es mayor entre los individuos *solteros*.
- El estatus de empleo se ha considerado como factor de riesgo importante debido al hecho de constatarse tasas elevadas de prevalencia vital de **trastorno de pánico y agorafobia** en amas de casa y desempleados, superiores a las tasas evidenciadas en personas con empleo. También se ha referido que los trabajos de menor especialización se asocian a mayor riesgo de padecer **trastornos de ansiedad**.
- Se ha sugerido que los trastornos de ansiedad se asocian a *niveles educativos bajos* y *niveles socioeconómicos bajos*.
- El **estatus de empleo** es un factor de riesgo: Tasas importantes de trastornos de **pánico y agorafobia** en *amas de casa o en desempleados*. Los trabajos de menos especialización se asocian también a mayor riesgo.
- **Diferencias étnicas**: Parece que la *raza negra* es más vulnerable que la blanca a **trastornos fóbicos** (no a otros tipos de ansiedad). Hay que considerar éstas diferencias con precaución, pues podrían deberse a otros factores asociados.

LEER RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVES