

¿De qué hablamos cuando hablamos de TAG?

Trastorno de Ansiedad Generalizada: Diagnóstico Diferencial Conceptual

Dr. Pablo E. Resnik Dr. Enzo Cascardo
Médicos Especialistas en Psiquiatría, miembros de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad

Publicado en Revista Científica Anxia. 2001. N° 4:23-28.

Resumen

En el presente artículo se pasa revista a la evolución de las categorías diagnósticas para el TAG. Se pone especial énfasis en realizar el diagnóstico del trastorno de acuerdo a las características cognitivas del mismo y no a las manifestaciones físicas. Se propone la denominación de "Trastorno por Preocupación Excesiva Generalizada" para el actual TAG, dejando para los casos de ansiedad difusa, que no cumplan con todos los actuales criterios del DSM-IV, el nombre de Ansiedad Generalizada. Se aborda finalmente el diagnóstico diferencial proponiendo un enfoque conceptual del mismo.

Abstract

The present article revises the evolution of the diagnostic categories for the GAD. We put special emphasis in making the diagnosis of the disorder according to the cognitive characteristic and not to the physical manifestations. It is proposed the denomination of Generalized Excessive Worry Disorder for the current GAD, leaving for the cases of diffuse anxiety that don't fulfill all the current approaches of the DSM-IV, the name of Generalized Anxiety. Finally, a conceptual differential diagnosis model is described, showing the main disorders with which the differential diagnosis should be made.

Introducción

El TAG ha ingresado en el nuevo milenio con su capacidad intacta en cuanto a generar disenso entre los profesionales, que intentan ponerse de acuerdo tanto en su pertinencia como entidad clínica, como en sus síntomas y criterios diagnósticos cardinales.

Desde su descripción en el DSM III en 1980, hasta los criterios vigentes a partir del DSM IV, se han producido cambios significativos en los requerimientos diagnósticos. (1)

En el DSM III se demandaba la presencia de ansiedad persistente, de por lo menos un mes de duración, más un número no específico de síntomas de las siguientes categorías: autonómica, vigilancia, expectación aprehensiva, y tensión motora. En el DSM III-R surge el concepto de Preocupación Excesiva. El mismo presenta la jerarquía de criterio principal debiendo estar referido a dos o más áreas de preocupación, con una evolución mínima de seis meses. Debe acompañarse de por lo menos seis síntomas de una lista de dieciocho, pertenecientes a los siguientes grupos: autonómico, tensión motora y vigilancia. La categoría expectación aprehensiva queda subsumida al concepto de preocupación excesiva. Como vemos, hasta aquí se mantiene la importancia de aspectos físicos o fisiológicos en el requerimiento de un buen número de síntomas asociados, y comienza a perfilarse la adjudicación de un rol destacado o principal a los elementos cognitivos, con la aparición de la figura de Preocupación Excesiva o irracional.

En el DSM IV el fiel de la balanza se inclina decididamente hacia el polo cognitivo, quedando en segundo plano los síntomas asociados, no cognitivos. La Preocupación Excesiva (ya sin el adjetivo "irracional", que generaba más penumbras que claridad) sobre un número de acontecimientos, difícil de controlar, con una duración de por lo menos seis meses, toma el lugar de síntoma clave, alrededor del cual se organiza la dinámica del trastorno. El requerimiento de síntomas asociados se reduce a tres síntomas de una lista de seis: inquietud, cansancio, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular y disturbios del sueño.

Este giro en la apreciación diagnóstica no cuenta con el apoyo unánime de los especialistas en el tema. K. Rickels y col (2) consideran que la mayor parte de los consultantes por síntomas de ansiedad general pueden diagnosticarse mejor teniendo en cuenta el número y severidad de los síntomas asociados, en detrimento de la importancia de la Preocupación Excesiva, que no les parece relevante. Para ello se apoyan en su amplia experiencia clínica y en un trabajo de Benvenu y col. (3) en el que se comparan cinco muestras: A. con diagnóstico de TAG-DSM IV; B. con preocupación o ansiedad de más de seis meses de duración + seis síntomas asociados, sin preocupación excesiva; C. con un mes de ansiedad + seis síntomas asociados; D. con un mes de

ansiedad y menos de seis síntomas asociados; y E. sin ansiedad. Se encontró que los tres primeros grupos resultaron homogéneos en su perfil demográfico y de comorbilidad, difiriendo significativamente de los dos últimos, arrojando la conclusión de que ni la naturaleza de la preocupación, ni la duración de seis meses serían relevantes como factores de discriminación diagnóstica. Por el contrario, el elemento que diferenció en este estudio a los sujetos con ansiedad clínica fue la presencia de seis o más síntomas asociados.

Situado en la vereda opuesta, D. Barlow (4) sostiene que el criterio de un mes de duración genera problemas ya que incluso ajustes temporarios a eventuales situaciones de estrés pueden requerir más de treinta días en resolverse. Borkovec (5), por su parte, declara que el 100% de los pacientes con TAG experimenta su preocupación como incontrolable, comparado con el 0% de los sujetos controles no ansiosos. Por lo tanto, para este autor, dicho elemento cognitivo sí sería discriminativo.

Dugas y col. (6) encontraron cuatro indicadores que diferencian sujetos con TAG de grupos control: A. intolerancia a la incertidumbre; B. creencias distorsionadas acerca de la preocupación; C. pobre orientación frente a los problemas; y D. evitación cognitiva. Vemos aquí también la acentuación en aspectos cognitivos del cuadro.

Según Olfson y col. (7) más de la mitad de los sujetos que consultan en la Atención Primaria por síntomas de ansiedad general no alcanza a cumplir los criterios diagnósticos para TAG, aún cuando su sintomatología es clínicamente significativa.

Resulta claro a estas alturas, que todo este desarrollo y progresión diagnóstica ha dejado varios flancos descubiertos. Un enorme porcentaje de sujetos con síntomas ansiosos que, al no alcanzar los criterios más restrictivos del DSM IV, quedan relegados a un limbo diagnóstico, es decir, no encuentran su lugar en ninguna categoría diagnóstica, dificultándose así su mejor estudio y consiguiente diseño de tratamientos específicos. (2)

A partir de nuestra experiencia clínica, pensamos que los criterios actuales del TAG describen un cuadro que encontramos con claridad en la práctica cotidiana. Aún más, el perfil cognitivo del TAG DSM IV nos resulta muy útil y ajustado para el diseño y puesta en práctica de un abordaje no farmacológico exitoso. Una vez rescatado este elemento, no podemos desviar la mirada del grupo de cuadros ansiosos que por presentar una duración menor de seis meses, o por no presentar preocupación excesiva, o no provocar un deterioro significativo de los rendimientos, quedan en la orfandad diagnóstica. ¿Qué rumbo tomar entonces? Consideramos que si se volviera atrás, flexibilizando nuevamente los criterios, como demanda K. Rickels, perderíamos la especificidad que vemos en el TAG tal como se lo considera hoy. Pero si no creamos nuevas categorías diagnósticas, multitud de pacientes continuarán sin encontrar su lugar de pertenencia en los manuales diagnósticos, y, por lo tanto, seguirán padeciendo de la falta de claridad conceptual y de conductas pertinentes y claramente orientadas por parte de los profesionales tratantes.

Es decir, lo que estamos observando es que hay una entidad clínica, definida más que nada por su dinámica cognitiva, que es el TAG DSM IV. De este trastorno deben separarse los cuadros restantes, correspondientes a sintomatología ansiosa general hasta hoy sub-diagnóstica, creando nuevas categorías diagnósticas para ellos, que surjan de futuras investigaciones orientadas a ese fin.

Proponemos para la entidad clínica TAG, basándonos en la especificidad de su dinámica cognitiva, la denominación Trastorno por Preocupación Excesiva Generalizada, que nos parece más ajustado, descriptivo, específico y didáctico, liberando la denominación TAG para una posible adecuación al resto de trastornos ansiosos generales, con ajustes de acuerdo a las distintas presentaciones clínicas.

La “Preocupación Excesiva” con las distorsiones cognitivas y cambios conductuales que la acompañan, se constituye en un núcleo específico, con peso e identidad propia, identificable a los fines de sensibilidad y discriminación diagnóstica, así como susceptible de corrección mediante intervenciones específicas no farmacológicas que de este modo lo ratifican. Los criterios temporales, de síntomas asociados y de deterioro de la vida cotidiana apoyan y aseguran el reconocimiento de un trastorno y no de una reacción pasajera sin estructura subyacente.

Diagnóstico Diferencial Conceptual: La tétrada cognitiva del TAG

Nos referiremos entonces al diagnóstico diferencial del TAG DSM IV, tomando como elementos principales para el mismo su tétrada cognitiva fundamental:

- la preocupación excesiva (PE)
- el pensamiento catastrófico
- la sobre-estimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos (SEPOEN)
- las creencias distorsionadas acerca de la preocupación.

Ante la duda diagnóstica, y frente a todos y cada uno de los diferentes desórdenes clínicos nos resulta de inestimable ayuda revisar una por una la presencia de estos cuatro elementos, para discriminar con mayor certeza. De modo que dejamos aquí constancia de esta valiosa herramienta, para no tener que volver sobre ella al examinar cada cuadro por separado.

Queda claro también que de no contar con por lo menos tres de la lista de seis síntomas asociados, el diagnóstico de TAG seguramente deberá ser puesto en duda.

Diagnóstico diferencial con desórdenes que presentan preocupación severa y persistente

Trastorno Obsesivo Compulsivo:

Los pensamientos e imágenes obsesivos son vividos como intrusivos, se presentan sin ser llamados, y el sujeto intenta rechazarlos sin lograrlo. Sus contenidos no son reconocidos como razonables por quien lo padece. Muchas veces son francamente opuestos al sentir del paciente, como en los contenidos de daño a sí mismos o a otros, o de homosexualidad. Es decir, son egodistónicos.

En el TAG, por el contrario, el paciente considera que su preocupación es pertinente. En general acuerda con los contenidos de la misma y con la necesidad de preocuparse. (Tabla 1)

Tabla 1: Diagnóstico diferencial con el TOC

	TAG	TOC
Síntomas físicos	Habituales. Difusos	No siempre presentes
Dinámica de la preocupación	Fluída. Circula entre diversos temas. Responde al contexto.	Rígida. Persiste un mismo tema
Evitación	Más leve y dinámica	Más frecuente y severa
Contenidos	Preocupado por futuros eventos negativos (sobre-estimación) Temáticas comunes a grupo control	Preocupado por pensamientos/imágenes intrusivos e irracionales. Distintos a grupo control Temas clásicos: contaminación, duda, etc.
Motivo de consulta	Insomnio. Contracturas. Cansancio. Ansiedad	Obsesiones Compulsiones
Preocupación	Egosintónica. Quiere estar preocupado	Egodistónica. Rechaza los pensamientos o imágenes.

Debe tenerse en cuenta que el TAG, durante sus períodos de agudización, suele presentar exacerbaciones sintomáticas con la aparición temporaria de síntomas de otras series. En el caso que nos ocupa, es frecuente ver pacientes que al agravar su PE dan lugar a la aparición de síntomas obsesivos: chequeo por su preocupación por la seguridad, dudas obsesivas en el trabajo, etc. Estos deben tomarse como tales, es decir, meros síntomas, que se comprenden dentro de la dinámica del cuadro principal, en este caso TAG, sin conformar un cuadro comórbido.

Trastorno de Ansiedad Social Generalizada

Este es otro de los cuadros en los que predomina una preocupación constante, que domina la actividad mental del sujeto durante gran parte del día. Normalmente no resulta demasiado difícil dar con el origen de este síntoma, que es la preocupación por ser evaluado negativamente.

Sin embargo, ocasionalmente habrá que afinar el interrogatorio para un diagnóstico certero. Los casos de TAG con conductas marcadas evitativas pueden llevar a confusión. Por ejemplo: un paciente que evita concurrir a fiestas puede corresponder a una ansiedad generalizada, con evitación de elegir un vestuario, trasladarse hasta allí, o incluso ahorrarse la interacción social, diálogos formales, etc.

La ansiedad social comienza en general en forma más temprana que el TAG, incluso en la infancia. El motivo de consulta suele estar relacionado en forma directa con sus síntomas de evitación social, que son referidos claramente por el paciente. Suele presentar algunos signos típicos a la sola observación, como rubor, retracción física y psicológica en la interacción, mirada evasiva u opacada, transpiración profusa en manos, etc.

La presencia de síntomas depresivos o cuadros de franca Depresión Mayor se encuentra en ambas patologías, pero con mayor nitidez e intensidad en el TAS generalizada. El deterioro de la vida socio-laboral, para cuadros de similar severidad, nuevamente resulta mayor para el TAS generalizada. (Tabla 2)

Tabla 2: Diagnóstico diferencial con el Trastorno de Ansiedad Social

	Ansiedad Social Generalizada	TAG
Deterioro socio- laboral	+++	+ / ++
Evitación	++ / +++	+
Contenido de la preocupación	Referido a interacción social / rendimiento	Distintas áreas Mayor variación temática
Características de la preocupación	Constante Intensa Discapacitante	Constante Intensidad variable
Depresión secundaria	+ / ++ / +++	+ / ++
Trastorno de Pánico		

Este trastorno presenta por definición una preocupación por la posibilidad de presentar una nueva crisis de pánico. Aquí encontramos menos dificultades para el diagnóstico diferencial, ya que la preocupación no es tan constante ni invasiva en general. Típicamente se presenta ante la proximidad de alguna circunstancia potencialmente desencadenante. En los menos frecuentes casos en que el sujeto sufre con persistencia crisis de pánico muy frecuentes, intensas y espontáneas, podemos asistir a una preocupación de características más severas. De cualquier modo, suele resultar claro que esta se refiere a la posibilidad de una nueva crisis.

El TAG puede y suele presentar crisis de pánico, de modo aislado y de menor intensidad.

Los síntomas físicos del TP son más nítidos y menos numerosos que en el TAG, y suelen predominar por su importancia uno o dos. En el TAG son más difusos, menos urgentes, y de intensidad más pareja entre sí. (Tabla 3)

Tabla 3: Diagnóstico diferencial con el Trastorno de Pánico

	Trastorno de pánico	TAG
Síntomas físicos	más nítidos menor número	mas difusos e imprecisos mayor variedad
Temor	focalizado (miedo a las manifestaciones de la crisis) recuerdan fecha de 1ra. crisis de pánico	generalizado (diversas áreas) relacionado a las consecuencias de su enfermedad o muerte
Actitud del paciente en la consulta	moderada escuchan con atención	dispersos y quejosos buscan expresarse más que escuchar al profesional
Preocupación	posibilidad de tener una crisis de pánico	referida a posibles eventos negativos futuros

Hipocondría

En esta entidad clínica el criterio principal es el temor de tener, o la idea de que se tiene una enfermedad grave, basándose en una interpretación errónea de síntomas corporales (8). La sospecha o certeza de enfermedad se mantiene a pesar de los datos en contrario que arrojan los exámenes clínicos y la opinión de los médicos examinadores.

El TAG presenta preocupación por su salud de un modo más general, en un marco de preocupación excesiva en distintas áreas. Su temor a una enfermedad responde más a un estado de preocupación que de sospecha o certeza. En la hipocondría casi todas las preocupaciones están centradas en el tema de salud y enfermedad. Si un paciente con hipocondriasis presenta otras preocupaciones intensas y no relacionadas con la salud, debe sospecharse la comorbilidad con el TAG (9).

Debe tenerse en cuenta que los pacientes con TAG, durante sus períodos de reagudización, suelen disparar sintomatología de otras series, entre ellas preocupaciones de tono hipocondríaco.

Diagnóstico Diferencial con desórdenes que presentan ansiedad general

Describiremos en primer lugar la ansiedad normal y la ansiedad patológica. Necesariamente incluiremos luego cuadros ansiosos que no forman parte del DSM IV, en un intento de avanzar en el conocimiento y tipificación de los mismos. Seguimos aquí en líneas generales algunas descripciones de K. Rickels, con modificaciones propias.

Ansiedad Normal:

Consideremos en primer lugar a la ansiedad normal, que si bien no es un desorden, merece y requiere una correcta conceptualización. Esta se presenta en relación con eventos contextuales o del mundo interno. Exhibe una intensidad y duración coherentes con la dimensión del estímulo ansiógeno y cesa al resolverse éste.

En el caso que el evento desencadenante se prolongue en el tiempo (problemas laborales, enfermedad, etc.), de todos modos es de esperar que la ansiedad clínicamente significativa decrezca o culmine. Es difícil encontrar casos de respuesta ansiosa normal que alcancen la duración de seis meses que exigen los criterios diagnósticos del DSM IV para el TAG.

Ansiedad Patológica:

Si el cuadro ansioso, aún reconociendo un evento desencadenante, no decrece en su intensidad en forma proporcional a la resolución del estímulo podemos estar frente a un caso de ansiedad patológica, con punto de partida en un episodio de ansiedad normal.

Aún en el caso de una respuesta ansiosa acotada en el tiempo, si su sintomatología física o mental es muy intensa, se evaluará su posible carácter patológico.

De cualquier modo, una gran cantidad de casos no alcanzará dicho criterio temporal, aún cuando sus síntomas hayan motivado la demanda de atención, y a los ojos del clínico resulten claramente apartados de la norma.

Actualmente, dichos casos conforman un grupo sub-sindrómico respecto del TAG, y no cuentan con una categoría diagnóstica que los represente en el DSM-IV.

Ansiedad General Breve y Recurrente (AGBR)

Presenta las características del TAG sin cumplir el criterio de seis meses de duración.

Como su denominación lo indica, suele ser periódica y con una duración de unos días a tres o cuatro semanas de duración. Suele responder a estresores cotidianos externos, o internos, de la vida psíquica, pero cuya intensidad es leve a moderada, y actúan por lo tanto sólo como factores desencadenantes. Superado el episodio no se detecta el funcionamiento cognitivo ansioso patológico. Sí suelen estar presentes rasgos ansiosos de personalidad.

Resulta notorio que en este cuadro la dinámica cognitiva puede resultar idéntica a la del TAG.

Ansiedad General Crónica Subdiagnóstica

Población que presenta un patrón ansioso estable, con deterioro leve del funcionamiento, con significación clínica.

Si bien cumple con el criterio temporal para TAG (más de seis meses de evolución), no lo hace con el de preocupación excesiva. Los síntomas dominantes suelen ser una ansiedad inespecífica, leve a moderada, acompañada de irritabilidad, inquietud e impaciencia.

Ansiedad Doble

Accesos episódicos de ansiedad de mayor intensidad, sobre una base de ansiedad general crónica. (10)

Trastorno Adaptativo con ansiedad, o con ansiedad y estado de ánimo depresivo

Es esta una categoría residual que sólo debe usarse para describir trastornos que responden a un estresor identificable y que no corresponden a otra categoría del Eje 1.

Su tiempo de evolución no debe superar los seis meses una vez que el estresor ha cesado.

Existe aquí una relación más nítida y directa con el estresor que en los desórdenes que venimos mencionando. Es más revelador del carácter de la situación desencadenante que de la dinámica psicológica del sujeto.

Trastorno por Estrés Postraumático

Estos pacientes presentan en general un cuadro ansioso persistente, pero no suelen presentar mayores dificultades para su diagnóstico. Se caracterizan por haber sufrido una situación traumática característica, con posterior re-experimentación del episodio a través de imágenes reiterativas, sueños, etc. Téngase en cuenta que los estresores que realimentan o reagudizan a un sujeto con TAG son aquellos comunes de la vida cotidiana, y por lo tanto, de una importancia claramente menor, tanto en calidad como en intensidad.

Trastorno por Somatización y Trastorno Disociativo

En ambos casos se trata de sujetos quejosos, con más preocupación por captar la atención del interlocutor que por la naturaleza de sus dolencias, siendo este un importante elemento para la discriminación diagnóstica.

Los síntomas físicos suelen tomar un lugar más destacado que en el TAG.

Conclusión:

Resulta evidente que el campo de la ansiedad es muy vasto, muy rico y variado en síntomas y presentaciones clínicas, y también, debemos aceptarlo, muy difícil de tipificar y aprehender con precisión. Sin embargo, los esfuerzos por avanzar hacia un mejor diagnóstico y tratamiento van dando poco a poco sus frutos.

Si bien a los efectos de la investigación debemos atenernos en forma rígida a los criterios diagnósticos establecidos, ya sea para ratificarlos o por el contrario para refutarlos, a los efectos clínicos consideramos de mayor utilidad basarnos en la dinámica cognitiva, que nos orienta de la mejor manera para realizar un diagnóstico conceptual, y en el diseño de un esquema terapéutico apropiado.

Referencias

- 1- *Cascardo E. Resnik P: Trastorno de Ansiedad Generalizada: Categorización de antecedentes y síntomas. Anxía, 2000; 1:20-25.*
- 2- *Rickels K. & Rynn M: Overview and clinical presentation of GAD; The Psychiatric Clinics of North America; 2001*
- 3- *Benvenu & col. : Characterizing generalized anxiety: Temporal and symptomatic thresholds. J. Nerv. Ment. Dis. 186:51-56; 1998*
- 4- *Barlow D.: Anxiety and its Disorders; The Guildford Press, 1988.*
- 5- *Borkovec & col: Generalizability of DSM III-R; J. of Anxiety Disorders; 1995; 9: 303-315.*
- 6- *Dugas & col: GAD: a preliminary test of a conceptual model. Behav. Res. Ter. ; 1998, 36: 215-226*
- 7- *Olson M & Col: Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. Arch. Gen. Psych. , 1996; 53: 880-886*
- 8- *DSM IV: APA; 1994*
- 9- *Starcevic V: Hypochondriasis, Modern Perspectives on an Ancient Malady; Ed. Oxford, 2001*
- 10- *Rickels K., Rynn M: What is Generalized Anxiety Disorder? ; J. Clin: Psych.; 2001: 62 (suppl. 11)*