



Revista Médica de
Homeopatía

www.elsevier.es/homeopatía



CLÍNICA

***Aconitum* para el trastorno de pánico: razones para la esperanza**

Emilio Cervera Barba^{a,b,*} y José Luis Rovira Egido^a

^aEspecialistas Universitarios en Homeopatía por la Universidad de Valladolid, Valladolid, España

^bMedicina Familiar y Comunitaria, Área 7 de Atención Primaria, Madrid, España

Recibido el 25 de marzo del 2009; aceptado el 27 de septiembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Trastorno de pánico;
Trastornos de
ansiedad;
Homeopatía;
Terapias
complementarias

Resumen

El trastorno de pánico constituye un importante problema psiquiátrico por la frecuencia de presentación, la gravedad del cuadro, su cronicidad, las repercusiones psíquicas inmediatas y, a largo plazo, la ausencia de tratamientos eficaces. En este artículo se actualizan conocimientos y se presentan 2 casos clínicos tratados con *Aconitum*.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Panic disorder;
Anxiety disorders;
Homeopathy;
Complementary
therapies

***Aconitum* in panic disorder: reasons for hope**

Abstract

Panic disorder is a major psychiatric problem due to its frequency, chronicity and immediate and long-term psychological impact, as well as the severity of its symptoms and the absence of effective treatments. This article provides an update on this disorder and presents two cases treated with *Aconitum*.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecervera.gapm07@salud.madrid.org (E. Cervera Barba).

Introducción

El trastorno de pánico es una patología psiquiátrica definida en la clasificación DSM IV¹. Se incluye dentro de los trastornos de ansiedad. Previamente se denominó trastorno por angustia.

Afecta al 1-3% de la población², fundamentalmente mujeres jóvenes. Es causa frecuente de urgencia hospitalaria y obliga a descartar patologías orgánicas graves³. Algunos estudios demuestran que el impacto psicofísico del trastorno de pánico es similar al de la depresión⁴. Uno de cada 5 pacientes intenta suicidarse⁵. Hay riesgo aumentado de adicción a alcohol, ansiolíticos y sustancias adictivas⁶.

Su característica clínica principal es la presencia de crisis recurrentes de miedo, ansiedad o angustia extremas no limitadas a una situación o circunstancias concretas. Son imprevisibles. Aparecen palpitaciones, dolor precordial, disnea, mareo o vértigo, síntomas vegetativos y sensación de irrealidad: despersonalización (no se reconoce a sí mismo) o desrealización (no reconoce el entorno que le rodea). Presentan temor secundario a morir, perder el control o enloquecer. Cada crisis dura unos minutos¹.

El trastorno de pánico constituye la sucesión de ataques en el tiempo. Por la posibilidad de aparición de una nueva crisis viven en constante alerta y miedo (ansiedad anticipatoria), y modifican sus hábitos, desarrollando conductas de evitación de lugares o situaciones, como por ejemplo un autobús o una multitud (agorafobia). El 30-50% de los trastornos de angustia se acompaña de agorafobia.

Las causas son inciertas: existiría cierto componente genético⁷, alteraciones de los neurotransmisores y mecanismos psicopatológicos⁸.

El diagnóstico exige descartar algunas patologías orgánicas⁹.

Para el tratamiento se recomiendan antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, indistintamente (nivel de evidencia A). La pauta recomendada incluye iniciar benzodiacepinas de acción corta (alprazolam) —con síntomas muy invalidantes—, en espera del efecto de los antidepresivos. Las benzodiacepinas suelen originar dependencia. Es frecuente el abandono terapéutico por los efectos secundarios. Una vez libre de síntomas, se prolongarán los antidepresivos durante 6 meses más¹⁰. Otras pautas incluyen terapia cognitivo-conductual¹¹. El tratamiento es largo y caro. Las recaídas, frecuentes. Se han ensayado algunos tratamientos alternativos^{12,13}.

A continuación se presentan 2 casos clínicos que evolucionaron favorablemente con *Aconitum*.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 34 años, diabético tipo 1 en tratamiento con bomba de insulina. Antecedentes de astenospermia. Describe con exactitud el día y circunstancias de la primera crisis, 2 años antes: “La mayor de las angustias que he tenido nunca”. “Hundido, me quiero morir, ¿merece la pena vivir?” Desde entonces tiene angustia a sitios abiertos y evita el metro. Ansiedad anticipatoria. Miedo a perder el control, a acabar loco. “Es inaguantable toda la vida así”. “Extrañeza

y miedo ante mis propias emociones”. Refiere “cada vez más desilusión, desmotivación”. Se repiten crisis, de menor gravedad y duración.

Estreñido. Apetito voraz. Atracones. Cefalea opresiva frontal (que mejora por la tarde). Tos que precede a tensión emocional. Tic facial. Inquieto. Sensible. Dependiente afectivamente. Apresurado. Inseguro. Muy tímido.

Se prescribe *aconitum* 200 CH 1 dosis semanal, *Gelsemium* 30 CH 3 veces/semana y con ansiedad anticipatoria, *Argemone nitricum* 30 CH diario.

En la siguiente consulta, 2 meses después, refiere mejoría espectacular. Sin ansiedad anticipatoria, sin desilusión ni desmotivación. Persisten tics faciales. Se prescribe *Aconitum* 200 CH, dosis cada 15 días, y *Gelsemium* 30 CH sólo si hay ansiedad anticipatoria.

Un mes después continúa la mejoría. Persisten los tics faciales. Se prescribe *Aconitum* 10 MK, dosis mensual, *Lycopodium* 7 CH diario, 15 días, y *Cannabis indica* 30 CH, 1 dosis.

Dos meses y medio después continúa sin síntomas y han desaparecido los tics. Han conseguido un embarazo espontáneo. Se prescriben nuevas dosis de *Aconitum* 10 MK en frecuencia descendente. El paciente continúa sin síntomas año y medio después de la última consulta.

Caso 2

Mujer de 31 años, sin antecedentes de interés, que acude por miedo a volar en avión. En el interrogatorio cuenta con detalle un episodio, 2 años y medio antes, de “sensación de muerte”, “lo asocio a la locura, perder la cabeza, quedarme mal”, “miedo a que me dé la ansiedad en el avión y me quiera bajar”, “miedo cuando no domino una situación, no la controlo”, “miedo a ponerme mal y que no me puedan atender”. Refiere conductas adaptativas (lleva bolsa de medicación constantemente encima). Tratamientos previos: flores de Bach, infusiones, hipnosis, psicoterapia, benzodiacepinas. Curso para desensibilización de una compañía aérea.

Relata disfonía en lugares cerrados y con humo, y rágades frecuentes en comisuras labiales. Inquieta, nerviosa. Hipersensible, se emociona fácilmente. Maniática. Afectivamente muy apegada. Dependiente. Celosa. Dócil. Cariñosa. Observadora. Insegura. Retraída.

Se prescribe *Natrum muriaticum* 30 CH 1 dosis, *Gelsemium* 30 CH diario y *Aconitum* 200 CH 2 dosis (previas a vuelos).

Un mes después refiere mejoría franca, “bastante mejor, más tranquila en general y durante el vuelo”. Al tomar *Aconitum*, pesadillas nocturnas sobre accidentes, desgracias. Prescripción: *Aconitum* 30 CH 2 dosis (vuelos), *Gelsemium* 30 CH previo a vuelos y *Pulsatilla* 30 CH 1 dosis.

Dos meses y medio después continúa la mejoría. No tiene pesadillas. Se prescribe *Aconitum* 30 CH 2 dosis en 1 mes y *Gelsemium* 30 CH previo a vuelos.

El alta por mejoría, 6 meses después de la primera consulta, se da con *Aconitum* 30 CH mensual y pauta de retirada, y *Gelsemium* si precisa. Un año después la paciente continúa estable y viaja en avión casi con normalidad.

Discusión

La patogenesis de *Aconitum* ha permitido confirmar 3 acciones preferentes (sistema nervioso, cardiovascular y fiebre).

En todos los casos aparece “agitación ansiosa con miedo a la muerte”.

Diversos autores clásicos refieren la angustia en *Aconitum*.

Allen describe: “gran temor y ansiedad de la mente, con gran excitabilidad nerviosa; temor de salir, de ir donde hay multitudes, donde hay cualquier excitación de mucha gente; de cruzar la calle”; “el semblante es expresión de temor; la vida se vuelve miserable por el temor; está seguro de que su enfermedad se volverá fatal”¹⁴.

Clarke: “gran agitación e inquietud del cuerpo con angustia, irritabilidad, inconsolable, grito, llora”; “anticipación temerosa de que se acerca la muerte”; “trastornos por susto, terror, vejación”¹⁵.

Grandgeorge: “remedio necesario para un estrés brutal físico o psíquico”; “buen remedio crónico: corresponde a personas que un día estuvieron marcadas por un gran susto (la muerte). Estos individuos van a intentar organizarse para plantarle cara: hará falta preverlo todo, saberlo todo”¹⁶.

Es conocido el uso de *Aconitum* en patologías o acontecimientos sobrevenidos inesperada y bruscamente.

Otros posibles remedios para el trastorno de pánico son: *Phos*, *Stram*, *Op*, *Plat*, *Arg-N*, *Ars*. Corresponden a diferentes estados de ansiedad y agitación, no tan específicos del trastorno de pánico.

Lorius propone *Kali-Ar*¹⁷, si bien el caso que describe no corresponde al trastorno de pánico.

Nuestros casos presentaban la evolución crónica de trastornos de pánico iniciados más de 2 años antes. *Aconitum* fue elegido prioritariamente, con remedios complementarios. La evolución satisfactoria desde la primera dosis, el corto período de resolución, la ausencia de recaídas y efectos secundarios relevantes, y el coste del tratamiento, pueden convertir a *Aconitum* en una esperanzadora terapéutica para estos pacientes.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
2. Kumar S, Oakley Brown M. Panic disorder. Clin Evid. 2003;9:1084-90.
3. House A, Stark D. Anxiety in medical patients. BMJ. 2002;325:207-9.
4. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. Am J Psychiatry. 2000;157:669-82.
5. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder. N Engl J Med. 1989;321:1209-14.
6. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:984-92.
7. Weissman MM. Family genetic studies of panic disorder. J Psychiatr Res. 1993;27:69-78.
8. Clark DM. A cognitive approach to panic. Behav Res Ther. 1986;24:461-70.
9. Austin D, Blashki G, Barton D, Klein B. Managing panic disorder in general practice. Aust Fam Physician. 2005;34:563-71.
10. Ham P, Waters DB, Oliver MN. Treatment of panic disorder. Am Fam Physician. 2005;71:733-9.
11. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia. Br J Psychiatry. 2006;188:305-12.
12. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Parslow RA, Rodgers B, Blewitt KA. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. MJA. 2004;181:S29-46.
13. Saeed SA, Bloch RM, Antonacci DJ. Herbal and dietary supplements for treatment of anxiety disorders. Am Fam Physician. 2007;76:549-56.
14. Allen HC. Keynotes. 9th. Nueva Delhi: B Jain Publishers; 2004.
15. Clarke JH. Un diccionario de Materia Médica Práctica. Vol. I. Nueva Delhi: B Jain Publishers; 2005.
16. Grandgeorge D. El remedio homeopático. Lo que la dolencia nos dice. Barcelona: Kairós; 2004.
17. Lorius C. Homeopatía para el alma. Barcelona: Robin Cook; 2002.