



Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Ciencias Veterinarias

Tema: Diagnóstico diferencial de las patologías conductuales asociadas a lesiones dérmicas.

Autor: Barchuk, Oscar Matias.

Colaboradores: Dra. Patricia Koscinczuk.

M.V. Romina Paola Cainzos.

D.N.I.: 34.002.735

e-mail: matiasbarchuk@hotmail.com

Corrientes, Argentina.

2014

Resumen:

El comportamiento de un perro es el resultado de un programa genético heredado de sus padres y las influencias exteriores, que modelan la conducta y el temperamento del individuo desde el momento de su concepción. Se considera como patológico a todo comportamiento que al perder su plasticidad ha perdido sus capacidades adaptativas. Existen estados patológicos relacionados con el comportamiento, como ser: fóbico, ansioso, depresivo y distímico. Todas estas patologías tienen cierta relación con el estrés, que al perpetuarse pueden generar estrés patológico. Los objetivos de este trabajo fueron diagnosticar si la patología se trataba de una alteración del comportamiento o falta de adaptación al ambiente. Para ello se aplicó una escala de evaluación de las alteraciones emocionales y cognitivas que permitió incluir en el diagnóstico diferencial de patologías dérmicas las alteraciones conductuales. Por otra parte, se relacionaron las manifestaciones somáticas con alteraciones emocionales. Para ello, se seleccionaron seis pacientes caninos (n=6), cuatro machos y dos hembras, de diferentes razas, entre 3 y 12 años de edad, que concurrieron a una consulta clínica por problemas dermatológicos en los meses de junio y julio del 2014. El criterio de inclusión fue una lesión dérmica, con prurito excesivo, habiendo descartado como causa primaria las enfermedades parasitarias, micóticas y bacterianas. A partir de una encuesta realizada a los propietarios como parte de la anamnesis, se confeccionó una escala de evaluación de las alteraciones emocionales y cognitivas, que clasificó a los comportamientos como centrípetos, centrífugos y somáticos. A cada uno de los comportamientos se le otorgó un score. La suma del conjunto de notas se la comparó con una escala de interpretación de valores. Todos los pacientes presentaron un score entre 17 y 30, coincidentes con Ansiedad. La ansiedad se define como el estado emocional generado por la anticipación de un daño o peligro inminente, que está acompañado de sentimientos desagradables y/o síntomas somáticos de tensión. En uno solo de ellos se reconoció una evolución paroxística (caniche Toy, macho de 12 años, que se alteraba luego de la presencia de niños), mientras que en el resto fue ansiedad permanente. Reconocer las distintas patologías de comportamiento ya sean miedo, fobias o ansiedad y relacionarlas con las alteraciones somáticas que estas producen, nos permitirían mejorar el alcance del tratamiento y por lo tanto, mejorar el bienestar futuro de nuestras mascotas.

Introducción:

Es de suponer que el comportamiento de un perro no resulta solo de la lectura estricta de un programa genético, sino que además se construye gracias a las influencias exteriores individuales a lo largo de toda su existencia (Pageat, 2000). Los comportamientos se los puede clasificar como *centrípetos* (alimentación, tomar agua, auto-estimulación y dormir), *centrífgos* (exploración, comportamiento agresivo, aprendizaje de respuestas sociales y rendimiento de aprendizaje) y aquellos que repercuten a nivel *somático* (poliuria, polidipsia y obesidad) (Pageat, 2000).

El estudio de los comportamientos centrípetos le permite al médico clínico observar la existencia y la naturaleza de las perturbaciones emocionales que padece el paciente. Los comportamientos abordados en este contexto, están en relación con la vida social del paciente y permiten situar la posición jerárquica de éste tal como él la ve (Pageat, 2000)

Dentro de los comportamientos centrífugos se reagrupan aquellos que permiten al animal modificar su entorno, ya sea actuando directamente sobre este o recogiendo información para modificar su manera de actuar (Pageat, 2000).

Se considera como patológico a todo comportamiento que al perder su plasticidad, ha perdido sus funciones adaptativas. Piaget describe al organismo como un sistema en equilibrio, inestable en un entorno en perpetuo cambio (homeostasis). Podemos decir que una secuencia de comportamiento estará organizada en tres fases. Una primera fase llamada *fase apetitiva* es desencadenada por la percepción de un estímulo de fuerte intensidad. La segunda fase, llamada *fase consumatoria* que constituye el elemento central y específico de la secuencia, permite satisfacer las motivaciones y devolver el equilibrio al animal. La tercera fase, es la *fase de parada o apaciguamiento* en donde el animal ha saciado su deseo. (Pageat, 2000).

Existen estados patológicos relacionados con el comportamiento, como ser: el *Estado fóbico*, el cual se lo considera un estado reaccional caracterizado por la producción de respuestas de miedo o de temor al ser expuestos a un estímulo bien definido. El *Estado ansioso* es un estado patológico más avanzado, invalida considerablemente al paciente pues modifica profundamente las relaciones que el perro establece con el entorno, sus congéneres y el hombre. También se lo define como un estado reaccional caracterizado por el aumento de la probabilidad de desencadenar reacciones emocionales análogas a las del miedo en respuesta a toda variación del entorno (interno y externo). Generando una desorganización de los autocontroles y por tanto una pérdida de la adaptabilidad a toda variación del entorno. Este estado marca una degradación importante de las capacidades adaptativas del animal. El *Estado depresivo* se puede definir, como un estado caracterizado por una disminución de la receptividad a los estímulos y una inhibición espontáneamente irreversible. El resultado es una pérdida de iniciativa, un estado de angustia que se acompaña con una fuerte tendencia al hiperapego y alteraciones del sueño. Se trata de un estado de vulnerabilidad del organismo que ha perdido totalmente su capacidad para adaptarse a las variaciones de su entorno. En cuanto al *Estado distímico*, puede decirse que es una alteración del humor caracterizado por fluctuaciones imprevisibles de la timia, de la impulsividad, de obnubilaciones, de estereotipias, una pérdida de las inhibiciones sociales, alteraciones del sueño y del comportamiento alimentario. Los animales afectados aparecen como impredecibles en su entorno, alternan períodos de hiperactividad durante los cuales presentan una actividad motora desordenada e insomnios muy marcados, como así también,

periodos de hipoactividad durante los cuales encontramos una sintomatología de tipo depresiva (Pageat, 2000).

Todas estas patologías conductuales o estados patológicos tienen cierta relación con el estrés, que al perpetuarse en el tiempo pueden generar estrés patológico, perjudicando el bienestar de las mascotas. El bienestar y la supervivencia de los individuos se ven amenazados por los cambios ambientales. Para restablecer la homeostasis y lograr adaptarse, el organismo pone en marcha respuestas colectivas de estrés (Koscinczuk, 2014). A este se lo considera como una respuesta biológica generada cuando un animal percibe una amenaza a su homeostasis (Moberg, 2000). Estas respuestas están mediadas por circuitos interconectados, donde la liberación final de glucocorticoides asegura el aporte de energía mediante movilización de glucosa (Koscinczuk, 2013).

El estrés comienza a ser patológico (diestres) cuando no se puede neutralizar al estresor. El resultado final de la sobreexposición a los glucocorticoides liberados puede producir alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y modificaciones del eje Hipotálamo Pituitario Adrenal (HPA). Esto se ve reflejado en alteraciones como, hipertensión, hiperglucemia, infecciones recurrentes, alteración de la memoria y del control del comportamiento (Manteca, 2003). Muchas de estas manifestaciones clínicas (agresiones redirigidas, falta de inhibición de la mordida, granulomas por lamido excesivo, bulimia, miedos, fobias y ansiedad) resultan un motivo de la consulta clínica diaria.

Materiales y métodos:

Para el trabajo, se seleccionaron seis pacientes caninos (n=6), cuatro machos y dos hembras, de diferentes razas, entre 3 y 12 años que asistieron a la consulta clínica entre junio y julio del 2014. El criterio de inclusión fue una lesión dérmica, con prurito excesivo, seguida por alopecia más o menos circunscrita.

Se excluyeron del trabajo aquellos animales con ectoparásitos, atopias y endocrinopatías. Para ello, la exploración clínica de rutina se complementó con citologías, radiografías, hemogramas y perfiles bioquímicas.

Se realizó una encuesta a los propietarios con preguntas abiertas, que permitieron llenar una tabla (Tabla 1), extraída de Pageat 2000 modificada, que tuvo en cuenta los comportamientos centrípetos, centrífugos y somáticos. Cada comportamiento está compuesto por varias características a las que se le ha otorgado una puntuación entre 1 y 5. Esta nota es mayor cuanto más desfavorable para el pronóstico es la característica observada. La nota final sacada de la “Escala de evaluación de las alteraciones emocionales y cognitivas” (ETEC) (Tabla 1), resulta de la suma del conjunto de notas.

Tabla 1: Escala de evaluación de las alteraciones emocionales y cognitivas” (ETEC).

Variables comportamentales	Tipo de comportamiento	Comportamiento específico	Escala
Comportamientos centrípetos	Alimentación	Normal	1
		Polifagia	3
		Polifagia con regurgitación y reingestión	3
		Anorexia/ Hiporexia	4
		Disorexia (fluctuación entre hipo e hiper)	5
	Bebida	Normal	1
		Rituales de manipulación del agua	2
		Chapoteo con el agua	3
		Polidipsia	5
	Autoestimulación	Acicalamiento normal	1
		Lamedura excesiva/ mordisqueando	4
		Acicalamiento estereotípico, círculos otros comportamientos repetitivos	5
	Dormir	Normal	1
		Aumentado (más de 12-14 hs/día)	2
		Disminuido (menos de 6 hs/ día) con sueños entrecortados	3
		Ansiedad/ inquietud antes de dormir y problemas para ubicarse	5
Comportamientos centrífugos	Exploración	Normal	1
		Inhibido	2
		Respuesta de evitación frecuentes	3
		Aumentado e hipervigilante	4
		Tendencia oral (Pica)	5
	Comportamiento agresivo	No hay problemas	1
		Irritabilidad/ frustración	3
		Relacionadas con el miedo	4
		Relacionadas con el miedo e irritabilidad	5
	Aprendizaje de las respuestas sociales	Sin cambios	1
		No hay autocontrol al jugar	2

		o sumisión	
		Mordeduras sin gruñir	4
		Roba y no entrega los objetos robados	5
	Rendimiento de aprendizaje	Misma capacidad de respuestas(teniendo en cuenta la fatiga)	1
		Respuestas arbitrarias	3
		Perdida completa de ciertos comportamientos aprendidos	5
Examen somático	Estado de salud	Normal	1
		Golpes de taquicardia y taquipnea	2
		Cólicos y diarrea	2
		Dispepsia	2
		Frecuentes micciones urinarias	3
		Lesión acral o pérdida de pelo extensiva por autogrooming	4
		Obesidad	4
		Polidipsia y poliuria	4

Ciertos comportamientos referidos en la Tabla 1 merecen ser aclarados:

- *Bulimia con regurgitación y re ingestión:* El perro come rápidamente, presenta espasmos seguidos de vómitos. Re ingiere al momento lo que acaba de expulsar y continúa con su comida, sin interrupción notable.
- *Morder el agua sin tragarla:* el perro muerde el agua, la tira alrededor de su plato sin beberla.
- *Transporta su plato vacío:* El perro desplaza su plato y lo lleva ostensiblemente hacia uno o varios miembros de la familia. Este comportamiento cesa en el momento en que llenamos el plato.
- *Lamido y mordisqueo:* lo marcaremos en caso de herida por lamido, o bien cuando los dueños describen un perro que se lame o mordisquea, y después se detiene espontáneamente.
- *Mordisqueos estereotípicos, giros sobre sí mismo:* lo marcaremos cuando hay lamido o mordisqueo sin detenerse espontáneamente, o bien en el caso de giros o cualquier otra estereotipia (lamidos de la cara, saltos, deambulaciones).
- *Aumento del sueño, hipersomnia:* lo marcaremos cuando la duración del sueño es superior a lo normal en esta edad en + 25% (teniendo en cuenta que la duración global del sueño varía considerablemente a lo largo de la vida del perro, pasando de 16 a 18 horas por día a las 0 a 3 semanas, a las 10 a 12 horas por día de las 8 semanas hasta el final de la vida).

- *Insomnio a lo largo del sueño:* despertares que aparecen a los 90 minutos después de dormirse.
- *Se despierta poco tiempo después de haberse echado, inquietud antes de dormirse:* el perro se despierta a los 30 a 45 minutos que siguen al acostarse. Anteriormente ha presentado gemidos, agitación, a menudo búsqueda de contactos, como si tuviera miedo de acostarse.
- Para tener en cuenta el *estado somático*, hay que marcar y contar todas las manifestaciones observadas.

Una vez obtenido el valor de la escala para el paciente, se lo comparó con los valores de referencia de las pruebas de validación (Tabla 2), extraída de Pageat 2000. Según esta tabla los pacientes se clasifican en cuatro grupos:

- Estado normal
- Fobias
- Ansiedades
- Alteraciones tímicas

Tabla 2: Escala de interpretación de valores

Escala	Interpretación
9-12	Normal
13-16	Fobia
17-35	Ansiedad
36-44	Alteraciones tímicas

El valor obtenido de esta tabla, no sustituye al conjunto de la aproximación semiológica, sin embargo, facilita el diagnóstico diferencial y permite objetivar la evolución del animal a lo largo del tratamiento (Pageat, 2000).

La presencia de un comportamiento en esta escala no significa que es obligatoriamente patológico, solamente que está estadísticamente asociado a los cuadros clínicos de alteraciones emocionales (Pageat, 2000).

Presentación de casos:

Primer caso: Rita (Foto 1), Chiguagua, hembra entera, de 7 años.

Llega a la consulta porque los dueños manifiestan que la perra se rasca en exceso, presentaba en la zona lumbar, flancos y cuello una marcada alopecia.

Al realizar la anamnesis llamaba la atención la polifagia (puntuación 3 en la escala). Presentaba un comportamiento agresivo relacionado con el miedo (puntuación 4 de la escala), además no descansaba durante la noche (debido al rascado excesivo). Previamente, se le habían practicado estudios del eje tiroideo que habían arrojado valores normales (T4 libre 0,6-1,5 ng/dl; TSH hasta 0,35 ng/dl).

Por la presentación de las lesiones otro de los diagnósticos diferenciales fue: dermatitis alérgica por pulgas. Para ello, se les recetó spinosad vía oral y se les sugirió que regresaran a la consulta después de una semana. Transcurrido dicho tiempo, vuelve a la consulta y no

se observan mejorías, lo que nos permitió descartar una posible dermatitis alérgica por pulgas.

Otra patología que se tuvo en cuenta, en este caso fue “Atopia”. Se explicó a los propietarios que se debía realizar un diagnóstico de exclusión, que llevaría mucho tiempo y que debían estar dispuestos y ser estrictos al momento de realizar unos cuantos cambios en el ambiente de Rita, para lograr un correcto diagnóstico. Se les pidió a los dueños que eliminen todos los materiales que tengan tela sintética y los cambien por tela de algodón, además que cambien el comedero y bebedero que era de plástico por uno de aluminio.

También se tuvo que descartar “dermatitis alérgica alimentaria”, para lo cual se les pidió a los propietarios que cambien la alimentación de Rita por un alimento balanceado hipoalergénico comercial.

Con el consentimiento de los propietarios se les realizó una encuesta que esta detallada en la Tabla 1. El valor para Rita obtenido de dicha encuesta fue 22, este lo extrapolamos a la Tabla 2, que a modo orientativo, nos permitió ubicar a nuestro paciente dentro de un cuadro de “Ansiedad”.

Realizando una anamnesis más profunda pudimos detectar que hacía unos meses atrás, coincidente con la fecha de aparición del prurito, Rita pasó de tener una vida muy activa a una muy sedentaria. Este cambio brusco en la vida de la paciente indudablemente trajo aparejado un aumento en los niveles de estrés y favoreció el desencadenamiento del cuadro ansioso.

A la par del tratamiento de exclusión, se comenzó con un tratamiento para paliar la ansiedad de nuestro paciente. Se les pidió a los propietarios que realicen caminatas diarias y que presten particular importancia al ritual de caminata a horarios determinados, siempre el mismo recorrido con correa y collar. Dado el nivel de ansiedad que presentaba nuestra paciente en la consulta, que no es habitual ya que un perro en la consulta al estar fuera de su territorio tiende a controlar sus emociones, se decidió instaurar un tratamiento médico, para el cual se recetó Amitriptilina, dosis 2 mg/kg cada 24 horas, ¼ comprimido vía oral. Luego de unas semanas de tratamiento Rita vuelve a la consulta se la nota mucho más tranquila. Las dueñas nos cuentan que no se rasca más y que puede dormir tranquila por las noches.

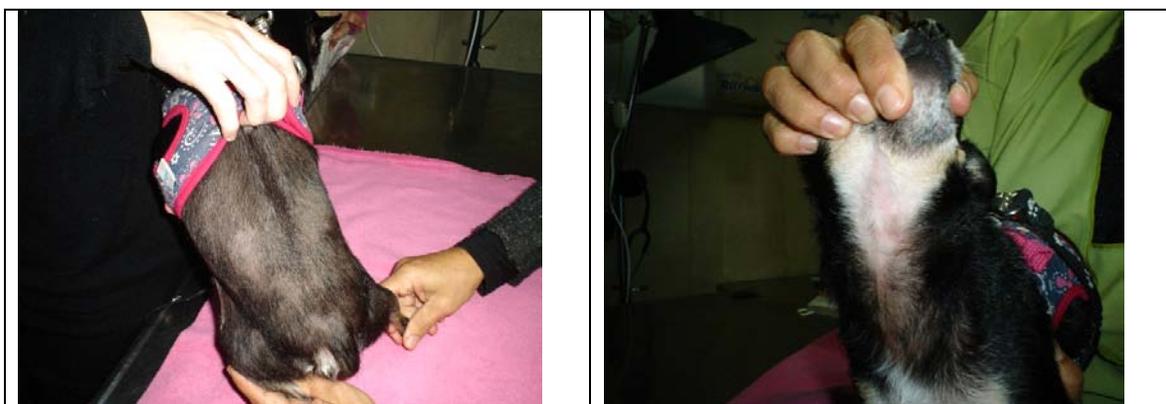


Foto 1: Rita. Alopecia en dorso, lomo, flancos y cuello. También se puede notar eritema producto del intenso rascado.

Segundo caso: Toby (Foto 2), Beagle, macho entero de 8 años.

Llega a la consulta agitado, mordiéndose los espacios interdigitales de forma constante. Los propietarios acusan que presenta este comportamiento durante la mayor parte del día. Toby

fue adoptado de adulto. Los dueños no acostumbran a realizar paseos diarios con el animal ya que poseen un patio amplio, por lo tanto no realiza actividad física.

Por medio de la exploración física se observa cierto grado de obesidad (valor 4 en la tabla), coincidiendo con el dato recogido durante la anamnesis de aumento del consumo de alimento, polifagia (valor 3 en la tabla). Durante la exploración clínica, se tomaron muestras citológicas de piel, en el lugar donde presentaba las lesiones. Posteriormente se procedió a la tinción de las mismas y visualización en el microscopio óptico, revelando la presencia de *Malassezia* sp. Fue tratado con un antimicótico, con el cual no manifestó mejoría alguna. También se utilizó corticoides, el prurito cedía pero no por mucho tiempo.

A los dueños de Toby se les realiza la encuesta de la Tabla 1 y el resultado que arroja es 25, al llevar dicho resultado a la Tabla 2, nuestro paciente entró dentro del rango de “Ansiedad”.

En Toby se instauró un tratamiento de paseos diarios, por los mismos lugares de preferencia a la misma hora. También se recetó un tratamiento médico a base de Fluoxetina, dosis 1 mg/kg cada 24 horas, un comprimido por vía oral.

Los propietarios regresan a la consulta a las tres semanas del tratamiento, viéndose resultados satisfactorios en el perro. A la consulta Toby no se rasca más y se lo nota mucho más tranquilo.



Foto 2: paciente Toby. Se observa la presencia de la lesión por lamido excesivo, en la parte dorsal de las falanges, en los miembros anteriores.

Tercer caso: Brisa (Foto 3), Fox Terrier, hembra castrada, de 3 años de edad.

Llega a la consulta porque se lame constantemente la región del carpo y falanges de los miembros anteriores. Los dueños manifiestan que empezó de repente, sin causa aparente.

Al realizar la anamnesis se descubre que, el hijo mayor se ha mudado.

Anteriormente se le había colocado un collar isabelino para evitar que se lamiera, esto empeoró aún más el cuadro. Además se le practicó un tratamiento con un antifúngico, pero el animal no mostró mejoría.

Se realizó la encuesta de la Tabla 1, llamó la atención el elevado grado de miedo e irritabilidad (score 5), el resultado en este caso es 19, al llevarlo a la Tabla 2, encuadró dentro de un posible trastorno de “Ansiedad”.

Se sugirió a los dueños instaurar una rutina de paseos diarios, al igual que los casos anteriores. Brisa vuelve a la consulta para control a la semana y los dueños manifiestan que está mucho mejor.



Foto 3: paciente Brisa. La imagen de la derecha muestra la lesión en los miembros anteriores, además se puede observar el cambio de coloración de los pelos.

Cuarto caso: Max (Foto 4), Labrador Retriever negro, macho, de 9 años.

Max es un perro hiperactivo, llega a la consulta con una lesión de tipo ulcerosa, depilada, granulomatosa en el espacio interdigital del miembro anterior derecho. La dueña manifiesta que se lame constantemente esa pata y que empezó a hacerlo de forma repentina. La dueña comenta durante la anamnesis que su perro quiere comer todo el tiempo, polifagia (valor 3 en la escala), pero ella controla su ración diaria.

Al realizar la encuesta de la Tabla 1 Max arroja un resultado de 17 y al extrapolar dicho valor a la Tabla 2, Max está dentro del rango de “Ansiedad”, como en los casos anteriores. Se instaura también un tratamiento médico con Fluoxetina, dosis 1 mg/kg cada 12 horas, un comprimido por vía oral. Al cabo de algunas semanas, Max respondió muy bien al tratamiento, siguió muy activo, pero la dermatitis acral comienza a cicatrizar.



Foto 4: Max. En la imagen de la derecha se observa la lesión entre los espacios interdigitales.

Quinto caso: Mooby (Foto 5), Labrador Retriever dorado, macho de 10 años.

Llega a la consulta porque presenta una lesión ulcerativa, depilada, granulomatosa en la región distal del antebrazo en el miembro anterior izquierdo. La dueña dice que se lame mucho esa pata. Se trató con amoxicilina 2 comprimidos cada 8 horas. Cuando vuelve a la consulta para control el granuloma por lamido ha empeorado se decide hacer dexametasona

y repetir amoxicilina a la misma dosis y frecuencia. Se le aplicó un tratamiento antifúngico en la lesión y no dio buenos resultados.

A la anamnesis llama la atención que Mooby come mucho, alborotado, regurgita y vuelve a ingerir lo eliminado (con un score de 3 en la tabla), también pasa la mayor parte del día durmiendo (score de 2 en la tabla).

Se realiza la encuesta de la Tabla 1 y el resultado que arroja es 18, comparándolo con la Tabla 2 nos encontramos nuevamente con un posible trastorno de “Ansiedad”.

Se recomiendo realizar paseos rutinarios, a la misma hora, por los mismos lugares y se instauro un tratamiento médico con Clomipramina, dosis 1 mg/kg cada 12 horas, un comprimido vía oral (Anexo 5).

Mooby volvió a la consulta a las semanas y es posible observar una notable mejoría en la lesión, la dueña nos comentó que no se rascaba más.

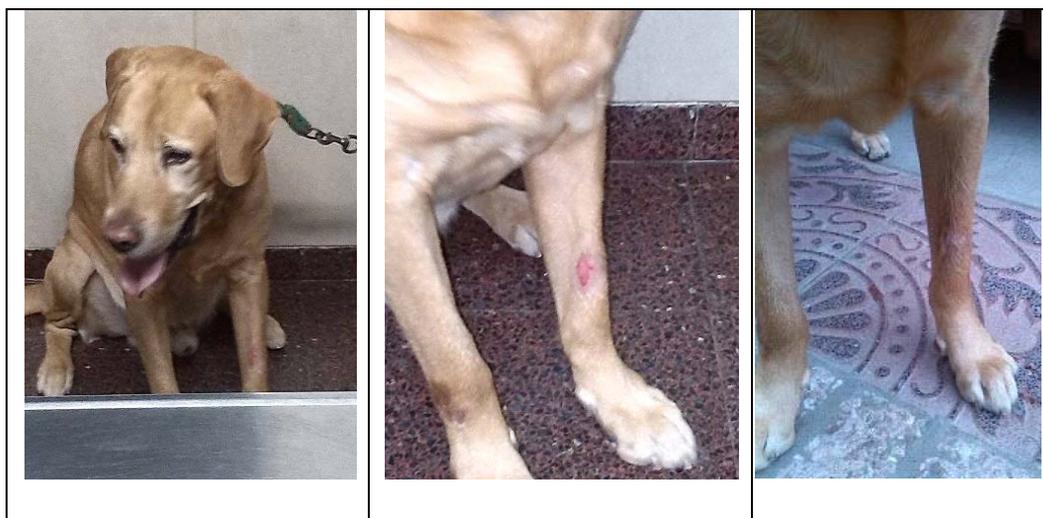


Foto 5: Mooby. En la imagen central se observa la lesión en el miembro anterior izquierdo, al momento de la consulta. En la última imagen se observa la mejoría de la lesión, posterior al tratamiento.

Sexto caso: Charlie (Foto 6), Caniche Toy, macho de 12 años.

Hasta los 9 años vivió con otro perro, su madre biológica, lo más llamativo era su dependencia a esa perra. Cuando muere la madre, comienza a manifestar prurito, que se controló con modificaciones conductuales (caminatas) y Fluoxetina, dosis 1 mg/kg cada 24 horas, ½ comprimido vía oral.

El segundo gran disparador fue la presencia de los nietos. El perro se crio en presencia de adultos jóvenes. Si bien durante las caminatas socializaba con niños lo hacía de manera indirecta (voces, contactos visuales) no mediante el tacto.

El perro no tolera a los bebés ni a los niños. La propietaria dice que Charlie no se separa de ella y que cuando ella va a visitar a sus nietos, el perro presenta los ataques. Estos ataques consisten en lamerse el flanco, arrancarse los pelos e inclusive morderse el flanco izquierdo.

Al momento de la consulta presenta la zona afectada (flanco izquierdo) depilado y eritematoso.

Al realizar la encuesta de la Tabla 1 nos arroja un valor de 30 este es el paciente con el valor más alto de los evaluados en el presente trabajo, presenta polifagia (score de 3), polidipsia

(score de 5) y mucho miedo (score de 4), y al confrontar dicho valor con la Tabla 2 nos dio un posible trastorno de Ansiedad.

Luego de un tiempo, la medicación con fluoxetina comienza a fracasar, se decide cambiar dicha medicación por Clomipramina, dosis 1 mg/kg cada 12 horas, 1/3 comprimido cada 12 horas durante 2 semanas, y luego aumentar a 1/2 comprimido cada 12 horas por vía oral.

Al cabo de unos meses la dueña regresa con Charlie y este presenta la misma lesión que el primer día de la primera consulta. La propietaria nos cuenta que todo andaba muy bien, que el perro había dejado de tocarse el flanco y que su lesión había desaparecido hasta que ella se fue un fin de semana a la casa de su hija y sus nietos con Charlie. Luego de esa visita el paciente comenzó nuevamente con sus ataques a pesar de estar medicado y de realizar las caminatas diarias. Por este motivo se le recetó Alprazolam, dosis 0,01-0,02 mg/kg, vía oral, 1 comprimido cada 24 horas cada vez que Charlie este con sus ataques y que se mantenga la misma dosis y frecuencia de la Clomipramina.



Foto 6: Charlie. Se observa la presencia de la lesión en el flanco izquierdo, además del cambio de coloración de los pelos en esa zona.

Resultados y Discusión:

Teniendo en cuenta los resultados que se obtuvieron en las encuestas realizadas a los propietarios, y comparando los resultados con la escala de interpretación de valores, podemos decir que todos los pacientes presentaron un cuadro compatible con trastorno de Ansiedad. Snitcofsky (2012) define a la ansiedad como el estado emocional generado por la anticipación de un daño o peligro inminente, no identificable, que está acompañado de sentimientos desagradables y/o síntomas somáticos de tensión. Es un estado de alerta mental, caracterizado por una mayor posibilidad de emitir respuestas conductuales y autónomas similares al miedo frente a variaciones del medio interno o externo, con alteración del autocontrol y, por lo tanto, pérdida de la capacidad de adaptación (Pageat, 2000). El desarrollo de la ansiedad depende de varios factores, incluyendo la herencia y la experiencia previa (Dobman&Mertens, 2000).

Los trastornos de ansiedad pueden dividirse en trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, obsesivo-compulsivo, por estrés postraumático y/o fobias (Oliver; Miczek, 2000). A su vez, Pageat (2000) clasifica a la ansiedad en paroxística, intermitente y permanente. La primera puede ser de duración corta y manifestarse por accesos bruscos bajo la forma de crisis, como es el caso de Charlie, que, al ver a los niños, se rasca y se

arranca los pelos del flanco, llegando a mutilarse. Este autor define a la ansiedad intermitente como aquella que puede provocar desórdenes más prolongados entrecortados, con periodos de remisión y la ansiedad permanente es aquella que se presenta de manera continua siendo el origen de una inadaptabilidad grave (Pageat, 2000). En este estudio, el resto de los pacientes podríamos incluirlos dentro de ansiedad permanente, ya que en ninguno de estos casos el trastorno de ansiedad remitió por sí solo.

En los pacientes que presentan ansiedad se pueden observar signos clínicos físicos como: taquicardia, taquipnea, midriasis, sudoración palmar/plantar, secreción perineal, fasciculaciones musculares, piloerección y micción (Snitcofsky, 2012). En nuestro caso Rita, Brisa y Charlie presentaron algunos de estos síntomas. Estas manifestaciones se producen por activación simpática, a través de neurotransmisión noradrenérgica (Snitcofsky, 2012). A su vez otro sistema afectado, en los trastornos de ansiedad es el gastrointestinal, dando síntomas de apetito aberrante, polifagia, salivación, vómito, diarrea, tenesmo y hematoquecia (Horwitz&Neilson, 2010). En los pacientes analizados cinco de ellos presentaron polifagia, según la descripción hecha por los dueños, a su vez Mooby presentó además bulimia y en el caso de Rita pudimos observar un apetito aberrante. Es sabido que en los pacientes con miedo o fobia, el tono parasimpático sobrepasa al simpático, manifestándose los signos clínicos de midriasis, aumento de la producción de saliva, así como también la presentación de diarrea (Bowen, 2005). Por otra parte, la ansiedad se considera un estado de miedo difuso con frecuencia de larga duración. Siendo que el miedo es una respuesta consciente, racional y emocional a los estímulos para hacer frente al peligro (Dobman&Mertens, 2000). Los animales domésticos tienen comportamientos propios, diferentes a los de los humanos, que no siempre son interpretados correctamente. Los perros son animales jerárquicos. Estas jerarquías se generan a través de la posesión de recursos. Uno de los recursos es el territorial (Pageat, 2000). Como en el caso de Charlie, que ve a los niños como una amenaza social, o Brisa, que desencadenó ansiedad luego de la partida de uno de los integrantes de la familia.

En cuanto a los signos clínicos comportamentales observados en pacientes con ansiedad, se destaca la hipertrofia de los comportamientos relacionados con el acicalamiento, sin señal de parada. Se basan en pautas conductuales relacionadas con alguna de las posibles respuestas de estrés agudo. Los animales pueden emplear tres estrategias para abordar una amenaza potencial: huir, paralizarse o luchar (Mills, 2010). Dentro de los comportamientos relacionados con la huida tenemos la excitación comportamental, agitación emocional, tensión permanente, hipermotricidad, hipervigilancia, hiperreactividad, irritabilidad y falta de descanso (Snitcofsky, 2012). En algunos de nuestros pacientes, Rita, Brisa y Charlie, pudimos observar con cierto grado de tensión permanente, hipervigilancia e irritabilidad durante la consulta y en el caso particular de Rita las dueñas manifestaron que presenta falta del descanso.

Otros síntomas que pueden ser observados en los pacientes, son las manifestaciones de actividades de sustitución como alopecia o dermatitis por lamido, o persecución de la cola (Snitcofsky, 2012). En el caso de Rita se identificó una notable alopecia, debido a un intenso rascado. En Mooby, Brisa y Max se pudo observar una característica dermatitis acral por lamido, en el caso de Toby un auto-acicalamiento intenso dirigido principalmente hacia los miembros anteriores y en el caso de Charlie un auto-acicalamiento dirigido hacia el flanco. Las actividades sustitutivas (estereotipias), producen un aumento de la liberación de endorfinas. Estas se comportan como ansiolíticas, estimulando al centro del placer. Además, su acción analgésica suprime la sensación de dolor que debería aparecer a nivel de

la lesión por lamido. Estos dos factores actuarían sinérgicamente para reforzar el lamido y crear así un círculo vicioso. Las endorfinas cuyos receptores centrales están situados próximos a receptores dopaminérgicos, estimularían a estos últimos, con lo que aumenta el lamido estereotipado. El círculo vicioso de la dermatitis por lamido sería pues el origen de un estado hiperdopaminérgico (Pageat, 2000).

Las experiencias tempranas negativas, en especial las que ocurren durante los periodos sensibles del desarrollo, pueden tener efectos profundos y duraderos sobre el comportamiento de un animal. Si la misma situación perjudicial se encuentra en forma repetida, la ansiedad y el miedo pueden desarrollarse como anticipación del estímulo nocivo, de modo tal que en el futuro la experiencia se torna progresivamente más penosa para el animal “sensibilización”(Dobman, 2000). Esto fue particularmente notorio en el caso de Charlie, que anticipaba sus respuestas escondiéndose y mordiéndose el flanco, cuando la dueña se alistaba para salir.

La ocurrencia de actos compulsivos tales como lamerse las patas o los flancos, pueden describir el trastorno obsesivo-compulsivo. Se piensa que las compulsiones reducen los niveles de ansiedad (Dobman, 2000). Un desorden compulsivo se diagnostica por exclusión, se deben descartar las demás causas fisiopatológicas para poder hacer un correcto diagnóstico (Horwitz&Neilson, 2010).

El brindarle atención a un animal (ya sea positiva o negativa) durante un episodio compulsivo, puede reforzar involuntariamente el comportamiento no deseado. Este comportamiento, usualmente empeora con el tiempo (Horwitz&Neilson, 2010). Esto sucedió en todos los pacientes, pues al momento de preguntarles a los propietarios que hacían cuando sus mascotas realizaban esos comportamientos, todos los dueños, mediante diferentes formas, trataban de evitar que sus mascotas realicen dichas actividades autodestructivas. Teniendo en cuenta esto y comparándolo con los pacientes analizados podemos observar como el estado de ansiedad en el cual se encuentran sumergidos los lleva a realizar comportamientos que no satisfacen las necesidades normales de la especie.

La alteración en el funcionamiento del sistema cerebral de defensa o inhibición comportamental (BIS, por su sigla en inglés) produce un desequilibrio entre los sistemas motivacionales y un trastorno del procesamiento cognitivo de la información. Este BIS es el encargado del procesamiento cognitivo de las situaciones de conflicto. Este sistema, cuyo sustrato anatómico estaría constituido por las cortezas frontal y prefrontal, inhibirían los centros cerebrales que promueven la ansiedad. Si el BIS esta inhibido o funciona en forma incorrecta, dejara liberados estos centros ansiogénicos, lo que permitirá la expresión de emociones y conductas relacionadas con la ansiedad, y desencadenara procesos patológicos elementales (Snitcofsky, 2012).

Conclusión:

Reconocer las distintas patologías de comportamiento ya sean miedo, fobias o ansiedad y relacionarlas con las alteraciones somáticas que estas producen por medio del estrés, nos dan una ventaja para mejorar el bienestar futuro de nuestras mascotas, ya sea interviniendo en la terapia conductual, o en el tratamiento somático.

Es importante la influencia que el estrés tiene en estas alteraciones e igualmente interesante como las modificaciones del comportamiento de los pacientes ya sea a través de las caminatas diarias, en el mejor de los casos, o a través de la medicación pueden mejorar

notablemente las manifestaciones de las alteraciones patológicas en los diferentes aparatos afectados.

Bibliografía:

1. Bowen, J.; Heath, S. 2005. Behaviours problems in small animals. Elsevier, Edinburgh. 73-95.
2. Dobman, N. H.; Mertens, P. A. 2000. Tratamiento farmacológico del miedo y la ansiedad en animales. En: Psicofarmacología de los trastornos del comportamiento animal. Intermedica. 5: 125-143.
3. Horwitz, D. F; Neilson, J. C. 2010. Ansiedad: generalidades, perros y gatos. En: Comportamiento de perros y gatos. Intermedica. 24: 159-166.
4. Horwitz, D. F; Neilson, J. C. 2010. Compulsión: perros y gatos generalidades. En: Comportamiento de perros y gatos. Intermedica. 29: 191-197.
5. Koscinczuk, P. 2013. Ambiente, adaptación y estrés. Revista veterinaria FCV-UNNE. 25.1: 67-76.
6. Manteca Vilanova X. 2003. Comportamiento normal del perro. En: *Etología Clínica Veterinaria del perro y gato* (3ª Ed.). Multimédica, Barcelona. 9-87.
7. Mills, D.; Sulch, H. 2010. Papel del miedo y de la ansiedad en el comportamiento agresivo de los perros. Vet Focus. 20: 44-49.
8. Moberg G.P. 2000. Biological Responses to Stress: Implications for Animal Welfare. En: Moberg GP and Mench JA. The Biology of Animal Stress. CABI Publishing.1: 1-21.
9. Oliver B., Miczek K. A. 2000. Miedo y ansiedad: mecanismos, modelos y moléculas. En: psicofarmacología de los trastornos del comportamiento animal. Intermedia. 4:109-124.
10. Pageat, P. 2000. Psicopatología general. En: Patología del comportamiento del perro. Pulso. 2: 45-110.
11. Pageat, P. 2000. Semiología de las alteraciones del comportamiento y protocolo de actuación. En: Patología del comportamiento del perro. Pulso. 3: 111-164.
12. Snitcofsky, M. 2012. Trastorno de ansiedad generalizada. Selecciones veterinarias. Intermedica. 20. 3: 24-34.