

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad puede definirse como un estado de activación psicofísica que predispone a la acción, acompañado de un sentimiento de disforia (desagradable) o de síntomas somáticos de tensión.

Puede tratarse de un estado emocional:

- **Normal:** constituye una respuesta adaptativa ante determinadas situaciones estresantes cotidianas. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.
- **Patológica:** cuando la respuesta adaptativa se da de una manera inadecuada, bien porque la duración o intensidad son desproporcionadas, o porque la amenaza no puede objetivarse. Esto provoca en la persona malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, activación que provoca un malestar clínicamente significativo y/o un notable deterioro de la actividad del individuo.

La ansiedad patológica es el problema psiquiátrico que con mayor frecuencia ven los médicos de familia, apareciendo en un 12% de los pacientes que acuden a la consulta. Se trata de un problema de salud común, generalmente crónico, que causa considerable morbilidad y mala calidad de vida y que, con frecuencia, no es reconocido ni tratado, a pesar de que existen intervenciones efectivas para tratarlo.

Tabla 1. Síntomas que pueden referir los pacientes con ansiedad

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	SÍNTOMAS SOMÁTICOS
Preocupación, aturdimiento, desasosiego, irritabilidad, miedo incoercible, aprensión, agobio, miedo a perder el control, desrealización, despersonalización, dificultad para concentrarse, quejas de pérdida de memoria, movimientos/actos repetitivos, inhibición o bloqueo psicomotor...	Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, disnea, sensación de ahogo, náuseas, vómitos, aerofagia, dispepsia, diarrea, estreñimiento, micción frecuente, interferencia con esfera sexual, tensión muscular, hormigueos, parestesias, cefaleas, sequedad de boca, sudoración, escalofríos, mareos, inestabilidad...

La CIE-10 incluye los Trastornos de ansiedad dentro de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Distingue entre trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, con o sin trastorno de pánico, fobias sociales, otras fobias...) y otros trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo).

ENFOQUE INICIAL ANTE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS QUE SUGIEREN UN PROBLEMA DE ANSIEDAD

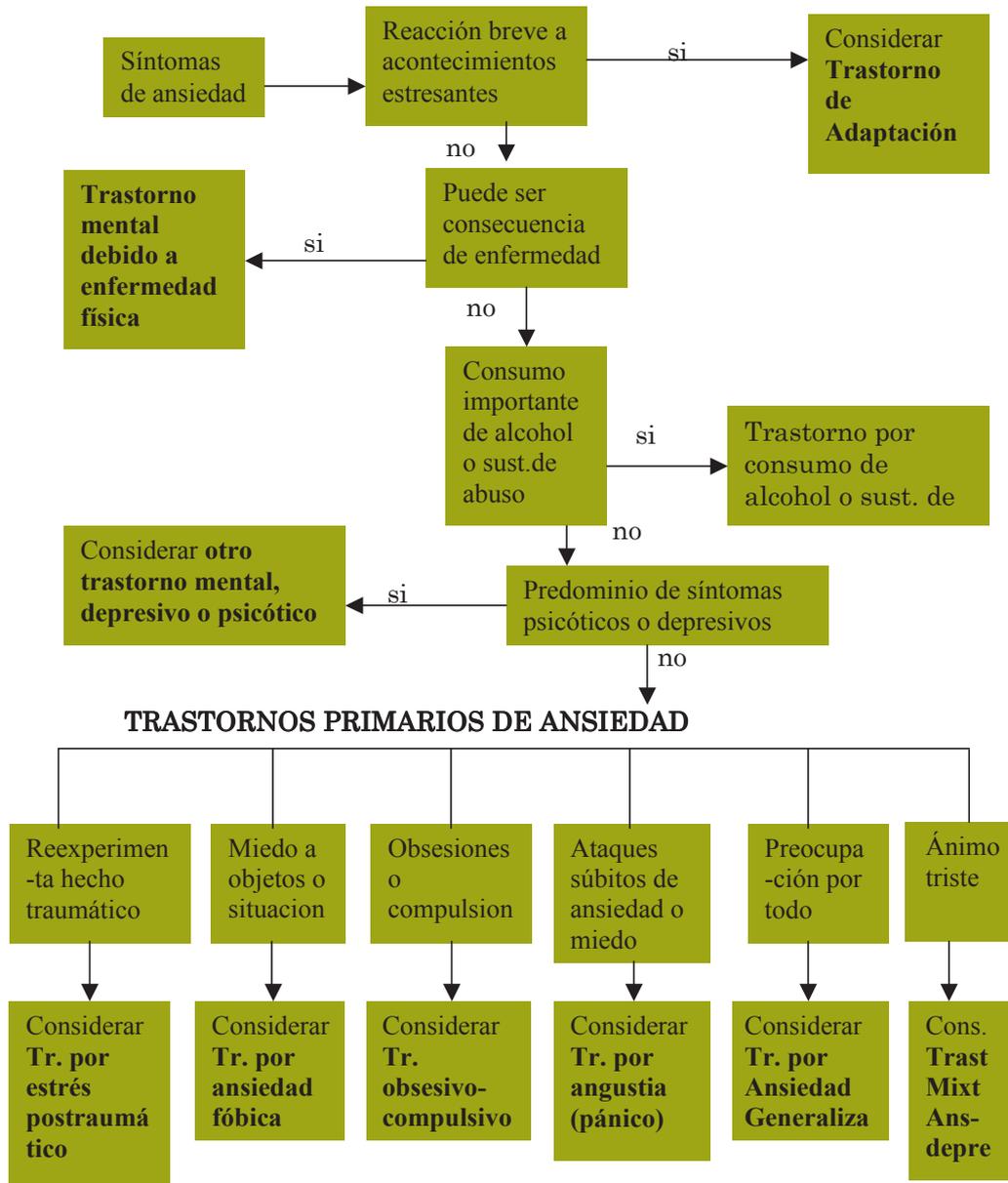


Tabla 2. Enfermedades médicas que pueden producir cuadros de ansiedad

Tumores	Páncreas, del SNC, Feocromocitoma, carcinomatosis
Trastornos neurológicos	Enfermedad de Wilson, Parkinson, Huntington, epilepsia temporal, esclerosis múltiple, encefalopatías, ACV, hemorragia subaracnoidea, encefalitis, migraña
Trastornos endocrinos	Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, trastornos suprarrenales, insulinomas (hipoglucemias), trastornos del postparto, sdr. carcinoide
Causas infecciosas	Hepatitis, tuberculosis, SIDA, infecciones crónicas
Déficits vitamínicos	De vitamina C, B12, folatos, niacina y tiamina
Trastornos cardiorespiratorios	IAM, IC, HTA, arritmias, angor, prolapso válvula mitral, hiperventilación, hipoxia, asma bronquial, edema agudo de pulmón
Enfermedades sistémicas	LES, AR, arteritis temporal, PAN
Otras	Anemia...

Tabla 3. Sustancias que pueden producir ansiedad

TÓXICOS	FÁRMACOS	SUPRESIÓN	OTROS
Cafeína	Analgésicos	Alcohol	Metales pesados
Alcohol	Antiinflamatorios	Opiáceos	Organofosforados
Anfetaminas	Anticonceptivos	Cocaína	CO2
Cocaína	Adrenalina	Hipnóticos	Pintura
Inhalantes	Antidepresivos	Ansiolíticos	Gasolina
Alucinógenos	Antihipertensivos		
Cannabis	Antipsicóticos		

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El enfoque inicial ante el paciente con síntomas de ansiedad se basa en realizar un abordaje integral mediante:

- **Anamnesis** detallada.
- **Exploración física** individualizada .
- **Pruebas complementarias** que permitan descartar patologías subyacentes y que han de incluir, al menos, **analítica general** con hemograma, velocidad de sedimentación globular, glucemia, pruebas hepáticas, función renal, calcio, iones y hormonas tiroideas, catecolaminas en orina de 24 horas (si se sospecha feocromocitoma), etc...pues nunca se debe obviar la alta prevalencia de patologías orgánicas que producen ansiedad (tabla 2).

También debe considerarse la existencia de **fármacos y sustancias de abuso** cuyo consumo puede desencadenar cuadros de ansiedad. (tabla 3)

La ansiedad, como síntoma, puede **formar parte de distintos trastornos mentales**: del estado de ánimo, psicóticos.. Además, no es infrecuente que coexistan varios trastornos mentales que puedan dificultar el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.

Es importante tener en cuenta, además, que puede aparecer ansiedad como **respuesta adaptativa normal a situaciones de la vida cotidiana**. En este contexto, es fundamental hacer prevención, bien modificando las situaciones o haciendo uso de los recursos disponibles para que lo que es una ansiedad normal no se convierta en ansiedad patológica y, por tanto, en un trastorno de ansiedad.

Dentro de los Trastornos de Ansiedad Primarios, abordaremos el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Pánico y el Trastorno mixto ansioso-depresivo, que pueden ser tratados en AP. **El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular.** También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se trata de una ansiedad y preocupación excesivas, sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades, y persistente (que se prolonga **más de 6 meses**), que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (“angustia libre flotante”).

El paciente se queja de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Aparecen preocupaciones excesivas, y presentimientos muy diversos. Se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor y anticipan lo peor.

Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc...)
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)

- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc...)

Síntomas que provocan malestar clínicamente significativo y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

TRATAMIENTO

Tanto los tratamientos psicológicos como los psicofarmacológicos y la autoayuda guiada, han demostrado similar eficacia en la fase aguda.

Hay que tener en cuenta las características del paciente, sus necesidades y preferencias, así como la disponibilidad de los diferentes recursos.

1.- Tratamiento psicológico:

1.1.- Psicoterapia cognitivo-conductual: es la psicoterapia reglada que tiene evidencia científica de efecto en este trastorno. Ha demostrado reducir mejor las tasas de recaídas que el tratamiento farmacológico pues los beneficios tienen mayor duración de efecto.

1.2.- La Psicoterapia de apoyo (*Anexo 1*): es la que habitualmente se realiza en Atención Primaria. Se basa en soporte e información, haciendo uso de habilidades en entrevista clínica y técnicas de solución de problemas.

Ayudar al paciente a identificar y superar preocupaciones exageradas, así como a la reestructuración de pensamientos distorsionados y automáticos. Animarle a realizar actividades relajantes y de ocio, y a retomar las conductas que han sido beneficiosas para él en el pasado.

Informarle de que existen otros recursos sanitarios y no sanitarios que también pueden ayudarle.

Animar al paciente a realizar diariamente **técnicas de relajación** con el fin de reducir los síntomas físicos.

2.-Tratamiento farmacológico:

2.1.- ANTIDEPRESIVOS: (*Anexo 2*)

Los antidepresivos deberían ser la única intervención farmacológica que se use en el tratamiento a largo plazo del trastorno de ansiedad generalizada.

Los ISRS son los que tienen evidencia de efectividad, y se consideran de primera elección.

Actualmente, los antidepresivos que tienen autorizada su utilización en los trastornos de ansiedad generalizada en la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) son *la paroxetina, la venlafaxina* (IRSN) en su formulación retardada y *el escitalopram*.

- **Elección de antidepresivo:**

Hay que tener en cuenta:

- la edad del paciente
- la respuesta a tratamientos previos
- los riesgos de daños autoinfringidos o de sobredosis accidental
- los efectos secundarios
- la posibilidad de interacciones con otros fármacos
- las preferencias del paciente
- el coste a igual efectividad.

- **Informar al paciente de las características del medicamento:**

- En los trastornos de ansiedad, conviene iniciar el tratamiento con antidepresivos a dosis inferiores a las

indicadas como terapéuticas e ir incrementándola lentamente, hasta alcanzar la dosis óptima, para evitar intolerancias por nerviosismo o inquietud.

- Es importante que tomen la medicación tal como se les prescribe, particularmente con los medicamentos de vida media corta, como la paroxetina, para evitar el síndrome de discontinuación, (de abstinencia o de retirada).
 - Informarle de la posibilidad de síntomas de abstinencia al suspender el tratamiento de manera brusca.
 - Para evitar los síntomas de abstinencia al suspender los antidepresivos, se debe reducir la dosis gradualmente durante un largo periodo de tiempo (por ejemplo, durante 3 meses).
 - Los síntomas más comunes en un síndrome de abstinencia son: malestar general, mareos, temblores, alteraciones intestinales como náuseas y vómitos, cefaleas, parestesias, alteraciones del sueño, confusión...
 - Se debe informar al paciente de que debe consultar con su médico en caso de que estos síntomas aparecieran.
- ***Abordaje de los síntomas de retirada:***
 - Si los síntomas son **leves**, basta con tranquilizar al paciente, pues desaparecerán en poco tiempo.
 - Si los síntomas son **severos**, se debe considerar reintroducir el mismo antidepresivo o prescribir otro de la misma clase que tenga vida media más larga, para gradualmente ir reduciendo la dosis mientras se hace un seguimiento clínico de los síntomas.
 - ***Seguimiento del tratamiento antidepresivo:***
 - Hemos de advertir al paciente que son necesarios periodos de tratamiento mayores de **12 semanas**, con las dosis óptima, para valorar la eficacia del tratamiento.

- Si se observa mejoría clínica a las 12 semanas, se debe mantener el tratamiento antidepresivo, **al menos 6 meses más**, y luego ir reduciéndolo hasta suspenderlo.
- Si no se observa mejoría a 12 semanas, o es escasa, está indicado ir aumentando la dosis hasta la máxima tolerada.
- Si no se observa respuesta en una plazo de 12 semanas más a dosis máxima, se debe cambiar a otro ISRS y/o plantearse la derivación a Salud Mental.

2.2.-ANSIOLÍTICOS: *(Anexo 3)*

Las Benzodiacepinas, sólo estarían indicadas en la fase inicial del trastorno de ansiedad generalizada, hasta que hiciera efecto el antidepresivo. **No se deberían usar más de 2 a 4 semanas.**

Los antihistamínicos sedantes, aunque no tienen indicación para este trastorno por la AEMPS, se podrían usar cuando las Benzodiacepinas están contraindicadas dado que tienen una recomendación grado A para este trastorno en la Guía NICE 2007, porque alivian los síntomas físicos que acompañan a la ansiedad.

3.-Autoayuda:

La autoayuda guiada se basa en la recomendación a los pacientes de la lectura de libros con una función terapéutica (**biblioterapia**), la información sobre **grupos de apoyo**, así como sobre los beneficios del **ejercicio** como parte de la buena salud en general.

DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

Está indicada en caso de duda diagnóstica o evolución desfavorable tras tratamiento adecuado.

TRASTORNO DE PÁNICO O DE ANGUSTIA

Su característica esencial es la presencia de **crisis recurrentes de ansiedad grave (ataque de pánico)**, generalmente no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto **imprevisibles**.

En general, no hay relación entre el comienzo de los síntomas y la presencia de algún estresor pasado o presente.

Los síntomas más frecuentes son la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer.

Cada crisis suele durar unos minutos, y suele tener su máxima expresión a los 10 minutos. Puede persistir más tiempo. Pueden aparecer de día o interrumpir el sueño y pueden tener un desencadenante reconocible.

En el futuro, **el paciente tiende a evitar la situación en la que se ha producido la crisis**. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Esto puede desencadenar una **agorafobia**, que es el miedo a los lugares abiertos, a las multitudes y, en general, a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general, el hogar).

La edad de inicio del trastorno de angustia suele ser entre los 20 y 40 años, con predominio de 2-3:1 en la mujer y prevalencia de 1-5%, aunque hasta un 10% pueden sufrir una crisis a lo largo de la vida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Es importante distinguir entre lo que es **una crisis** (o crisis aisladas), de lo que es **un trastorno**.
- Las crisis de angustia o de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada, se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. **El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquier fobia.**
- Las crisis también pueden ser secundarias a un **trastorno depresivo**, en especial en varones. Trastorno de pánico no debe ser el diagnóstico principal si simultáneamente se satisfacen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.
- Es importante no confundir las **crisis de descontrol emocional o crisis histéricas** con una crisis de pánico. En una crisis de descontrol emocional, que por lo general suele ser reactiva a una situación de estrés emocional intenso (mala noticia, etc....), el paciente se suele mostrar muy agitado, con movimientos teatrales y expresiones exageradas.

Para un diagnóstico definitivo de un Trastorno de pánico, deben de presentarse **varios ataques graves de ansiedad vegetativa, al menos durante el periodo de un mes:**

- En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo
- No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles
- En el periodo entre las crisis el individuo debe, además, estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente el temor ante una nueva crisis y por tanto estar en estado de alerta.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Aunque suele remitir por largos periodos de años, se comporta como una **enfermedad crónica con recaídas**. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno son bastante variables.

Cuando reciben el tratamiento adecuado, **más del 50% de los pacientes mejora**.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO:

Un ataque de pánico no necesariamente constituye un trastorno de pánico, y el tratamiento adecuado del ataque de pánico puede limitar el desarrollo de un trastorno de pánico.

1.-TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LA CRISIS O ATAQUE DE PÁNICO:

La actitud ante un paciente que se presenta, de **urgencia**, con una **crisis o ataque de pánico** debería ser:

1.1.- Tratamiento no farmacológico:

- Transmitir al paciente seguridad y serenidad.

“La mejor manera de tranquilizar a un paciente agitado es mostrarnos nosotros serenos y tranquilos.”

- Preguntarle si ya está recibiendo tratamiento para el trastorno de pánico

- Anamnesis detallada sobre su historia personal, automedicación, etc...
- Investigar comorbilidades (ansiedad, depresión, abuso de sustancias...)
- Realizarle las exploraciones necesarias para excluir problemas físicos agudos
- Para **evitar la alcalosis respiratoria** secundaria a la hiperventilación, frecuente en plena crisis de ansiedad, es aconsejable enseñarle a que coloque una bolsa delante de la nariz y la boca para que pueda inspirar el aire que acaba de expulsar.
- Con frecuencia el paciente acude quejándose de opresión precordial, y con miedo a padecer un infarto de miocardio. Dada la similitud en la presentación clínica, **es aconsejable la realización de un ECG** para descartar una patología isquémica y tranquilizar al paciente.
- **Abordaje psicoterapéutico de apoyo:** darle información sobre lo que le está sucediendo, acompañarle en un lugar adecuado y tranquilizarle
- **Enseñarle técnicas de relajación sencillas**, sobre todo que realice inspiraciones más profundas por la nariz, elevando el abdomen (respiración abdominal) y expulse el aire por la boca, para conseguir enlentecer la frecuencia respiratoria.

1.2.- Tratamiento farmacológico:

Si el abordaje no farmacológico fuera insuficiente para **mejorar los síntomas**, se utilizará una Benzodiacepina de inicio de acción rápido: Alprazolam, 0,5-1 mg vía oral o sublingual; o Diazepam, 5-10 mg, por vía oral. Si es preciso, se repite la dosis a los 15-20 minutos.

La vía intramuscular no está indicada para tratar cuadros agudos, por su absorción errática y retraso en el inicio de acción.

1.3.-Derivación a su médico para tratamiento y seguimiento.

Una crisis de pánico o de angustia es una verdadera urgencia médica. El paciente se encuentra realmente mal, con sensación de que se va a morir o a volverse loco, y con variada sintomatología física como taquicardia, sudoración, temblor, mareos, alteraciones visuales, además de sensaciones extrañas de despersonalización y desrealización (no entiende muy bien quién es y qué hace aquí)...Por ello, es fundamental que los sanitarios aborden este cuadro con respeto y empaticen con las emociones del paciente. El paciente no es culpable de lo que le ocurre. Necesita atención, información y palabras que le calmen su angustia.

2.-TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO:

Las intervenciones que, por orden descendente, tienen evidencia de mayor duración de efecto son:

- la terapia psicológica
- el tratamiento farmacológico y
- la autoayuda.

2.1.- Terapia Psicológica:

La psicoterapia que ha demostrado su utilidad en este trastorno es la **Terapia cognitivo- conductual reglada**, suministrada por personal entrenado.

Modelos de abordaje de TCC más breve, adaptados a Atención Primaria, podrían ser apropiados, junto con Terapia de apoyo, información y materiales de autoayuda.

Hay evidencia de que la terapia cognitiva con exposición progresiva puede reducir la tasa de recaídas mejor que el tratamiento farmacológico.

Cómo afrontar el pánico: consejos para el paciente.

-Lo que siente no es más que la exageración de las reacciones normales al estrés. No añada pensamientos alarmantes sobre lo que está pasando.

-Permanezca donde está hasta que pase el ataque. Pasará en unos minutos. Mire el reloj y vea como pasa el tiempo. Espere y deje que pase el temor. No luche contra él ni intente distraerse. Aprenda a afrontar el temor, no a evitarlo.

-Intente convencerse a sí mismo que lo que le ocurre es un ataque de pánico, que no se trata de un infarto, que no va a morir ni a enloquecer

-Practique la respiración lenta y relajada. Una hiperventilación dará lugar a algunos de los síntomas físicos del pánico. Una respiración controlada reducirá los síntomas físicos.

-Gradúe el grado de miedo de 0-10 y mire si sube o baja. Verá que no permanece en cotas altas durante más de unos segundos.

-Puede despistarse de las sensaciones desagradables concentrándose en alguna tarea mental, como contar hacia atrás desde 100 de 3 en 3.

-Cuando empiece a sentirse mejor, mire alrededor y piense qué puede hacer después.

-Cuando esté listo para continuar, comience despacio y relajado. No necesita correr ni esforzarse.

-No hay que retirarse o evitar situaciones donde hayan tenido lugar estos ataques; esto reforzará la ansiedad.

“AUNQUE TENGA MIEDO, HÁGALO IGUAL” El miedo se alimenta del miedo, si actúa como si no tuviera miedo, irá desapareciendo.

2.2. Tratamiento Farmacológico:

Antes de prescribir hay que considerar:

- la edad
- la respuesta a tratamientos previos
- el riesgo de autolisis
- los efectos adversos a tratamientos previos
- las preferencias del paciente
- el coste ante igual efectividad.

Las benzodiacepinas y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado utilidad en la reducción de la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, en la disminución de la ansiedad anticipatorio y en cierta mejoría, de un modo más lento, de las conductas evitativas agorafóbicas.

El uso exclusivo de benzodiacepinas se asocia con un peor resultado a largo plazo y no se deberían prescribir como tratamiento único en individuos con trastorno de pánico. Debido al riesgo de tolerancia, dependencia y abstinencia, su uso en la fase de mantenimiento se debe restringir a las primeras semanas.

Los ISRS son de primera elección en esta fase, por presentar menos efectos secundarios que otros fármacos y por su baja toxicidad.

Los ISRS que tienen autorizada su indicación para el trastorno de pánico en la AEMPS son la paroxetina, el citalopram y el escitalopram.

Es conveniente **comenzar con dosis bajas**, con el fin de minimizar los efectos secundarios al inicio, con un incremento progresivo de la dosis.

Estos fármacos, en este trastorno, **tardan en actuar entre 4-6 semanas**, por lo que durante este periodo es recomendable mantener al paciente con ansiolíticos como las benzodiazepinas.

- **Informar a los pacientes** sobre :
 - los efectos secundarios potenciales (incluyendo aumento transitorio de ansiedad al comienzo del tratamiento)
 - posible síndrome de abstinencia si se suspende la medicación de forma brusca
 - retraso en el inicio del efecto
 - tiempo de tratamiento
 - necesidad de tomar la medicación tal como se prescribe.

El uso de **antidepresivos tricíclicos**, imipramina y clorimipramina, en el trastorno de pánico **no está autorizado por la AEMPS** y se desaconseja su uso en Atención Primaria por la elevada incidencia de efectos secundarios anticolinérgicos. En caso de fallo de los ISRS, y si no existen contraindicaciones, se puede valorar su uso, dado que han demostrado efectividad en el manejo de esta patología.(NICE-A).

- **Seguimiento del tratamiento farmacológico:**

Es necesario un periodo mínimo de **12 semanas** para valorar la eficacia del tratamiento.

Cuando ha habido respuesta a las 12 semanas, hay que continuar con el tratamiento farmacológico un **mínimo de 6 meses más**.

Hay que monitorizar la eficacia y tolerabilidad de los tratamientos a largo plazo.

Es aconsejable, para la **retirada del tratamiento**, hacer una reducción gradual para evitar el síndrome de discontinuación y los síntomas de rebote. Al faltar evidencia, **se aconseja hacerlo durante un periodo de unos 3 meses**.

2.3.- Autoayuda:

Podemos recomendar **biblioterapia, grupos de autoayuda y ejercicio físico** como parte de la buena salud general.

DERIVACIÓN A SALUD MENTAL:

En caso de que no se objetive mejoría con el tratamiento pautado.

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

Esta categoría debe usarse cuando **están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado**.

Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría.

Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión.

Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse el diagnóstico de Trastornos de Adaptación.

Este tipo de enfermos, afectados de un síndrome de malestar emocional general, con una mezcla de síntomas comparativamente leves, se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Paciente con criterios diagnósticos de ansiedad que además presenta síntomas depresivos: **Tr. de ansiedad**
- Paciente con criterios diagnósticos de depresión que además presenta síntomas de ansiedad: **Tr. depresivo**
- Paciente con criterios diagnósticos de Tr. de ansiedad y también de Tr. depresivo: **verdadera comorbilidad ansioso-depresiva**, la cual tiene importantes implicaciones clínicas, con peor pronóstico que en la presentación aislada, con síntomas más severos, mayor cronicidad y más refractarios al tratamiento.

Para el diagnóstico nos puede ser de ayuda, sin sustituir a la entrevista clínica, la **Escala de depresión y ansiedad de Golberg**, (S:83%; E:82%) (*Anexo 4*).

TRATAMIENTO

El tratamiento es inicialmente con **Psicoterapia de apoyo** (*Anexo 1*). Si fuera necesario tratamiento farmacológico, sería de elección un antidepresivo ISRS. Si existiera

ansiedad importante, un ansiolítico en las primeras semanas.

Qué no hacer en los trastornos de ansiedad

- Iniciar la entrevista con preguntas de contenido social: “¿Tiene problemas en el trabajo?”
- Lanzarse a derivaciones y petición de multitud de pruebas complementarias sin antes explorar bien la esfera psíquica.
- Achacar la sintomatología exclusivamente a “los nervios”
- Obviar causas secundarias como son enfermedades orgánicas, tóxicos y polifarmacia
- Dedicarnos sólo a prescribir medicación como consecuencia del poco tiempo del que disponemos y de la falta de otras habilidades de apoyo
- Adoptar un actitud de inercia terapéutica y tratar sólo con psicoterapia de apoyo o síntomas aislados como el insomnio con hipnóticos
- Usar sistemáticamente benzodiacepinas en los trastornos de ansiedad y olvidarnos de que deben ser retiradas
- No tener en cuenta los efectos secundarios farmacológicos que pueden complicar el tratamiento (sedación en ancianos con riesgo de caídas, problemas de memoria, síndromes perinatales de abstinencia).
- Prescribir la medicación y “olvidarnos” de que el paciente ya puede estar tomando otros psicofármacos
- Pensar que todos las dificultades emocionales son trastornos mentales, y no tener en cuenta que hay muchas circunstancias de la vida que producen conflictos emocionales y dolor, pero que tienden a la resolución espontánea
- Hacer de los problemas de la salud mental una patología exclusivamente médica

BIBLIOGRAFÍA

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- NICE: Guía de Ansiedad 2007. Disponible en www.nice.org.uk
- FISTERRA: Guía clínica sobre la Ansiedad 2006; 6 (11) : Ansiedad Generalizada 2004; 4 (10). Crisis de Pánico 2004; 4 (3). Disponible en www.fisterra.com
- SEMFyC. PAPPS :Guía de Salud Mental en Atención Primaria..
- SEMFyC :Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª Edición, 2006
- SEMFyC : Guía terapéutica en Atención Primaria. 3ª edición. Ansiedad generalizada. Trastorno de pánico. Crisis de angustia Disponible en www.guiaterapeutica.net
- Osakidetza. Servicio vasco de salud.:Trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria.2005
- Pérez Argilés T., Costero Tello A., Martín García L.: Capítulo 3: Trastornos depresivos. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria.. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.2004.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Ansiedad. Depresión. Somatizaciones. 2002.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Guía de prescripción terapéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Fichas técnicas. Disponible en www.agemed.es
- Cerecedo Pérez M.J., Dapena Barros J.M.: Manejo de los trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. AMF 2006; 2(1):33-39
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Ansiedad. Depresión. Somatizaciones. 2002.
- Revisiones Cochrane Plus, número 1, 2007:
 - o Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.
- Castel Bernal L., Chamorro García L., Barbas Calvo P.: Capítulo 2: Trastornos de ansiedad. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.2004.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Guía de prescripción terapéutica del Ministerio de

Sanidad y Consumo. Fichas técnicas. Disponible en www.agemed.es

- Pascual Pascual P., Cerecedo Pérez MJ, Ruíz Gómez M., Muñoz González F.: "Reconocer y tratar los trastornos de Ansiedad". Abordaje de los trastornos de ansiedad. Revista El Médico. 8-12-06
- Capafons A., Universidad de Valencia. Tratamiento psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. Psicothema 2001. Vol. 13, nº3, pp442-446
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R.: Psicoterapia combinada más antidepressivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Revisión Cochrane traducida) De la Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007.
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria, 1992
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.