

## Trastornos de ansiedad en atención primaria

Sara Martínez Barrondo, Pilar Alejandra Sáiz Martínez y María Paz García-Portilla González  
 Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. Asturias. España.

Los trastornos de ansiedad son muy prevalentes. Su etiopatogenia es biopsicosocial. La sintomatología se agrupa en síntomas periféricos y centrales. El tratamiento de primera elección son los Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Se trata de trastornos que tienden a la cronicidad.



### Una actriz con ansiedad

En la película de Reiner Werner Fassbinder *La ansiedad de Veronika Voss* (1982), Rosel Zech encarna a una antigua estrella de cine de la que pocos se acuerdan, una mujer dependiente de su enfermera y de las dosis de morfina que ésta le suministra.

La ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso central (SNC), por el que el organismo se prepara ante situaciones extraordinarias. En condiciones normales, la ansiedad permite al individuo adaptarse a estímulos externos que pueden ser un peligro generando una respuesta adecuada. La ansiedad es patológica cuando la respuesta del organismo es desproporcionada a la situación a la que se enfrenta (tabla I).

### Epidemiología y etiopatogenia

Los estudios epidemiológicos de los trastornos de ansiedad muestran tasas de prevalencia elevadas (tabla II). Se calcula que a lo largo de la vida cerca del 20% de la población presenta algún trastorno de ansiedad. En Europa, el estudio European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project (ESEMED) muestra que el más prevalente es la fobia simple (7,7%), y el menos prevalente la agorafobia sin trastorno de pánico (0,9%). En general, la proporción en cuanto al sexo señala que son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, a excepción del trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social.

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad es distinta en el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo.

### Factores genéticos

El componente genético parece ser más relevante en el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo que en el trastorno de ansiedad generalizada. En los dos primeros se ha observado una mayor concordancia en gemelos monocigóticos que dicigóticos, con tasas del 40-80% y hasta el 35% para cada entidad diagnóstica; estas diferencias no se han podido constatar en el trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla I. Ansiedad fisiológica y patológica

Ansiedad fisiológica	Ansiedad patológica
Respuesta a amenaza real	Respuesta a amenaza no real ni peligrosa
Activación proporcionada al estímulo	Activación desproporcionada al estímulo
Activación proporcionada en el tiempo	Activación desproporcionada en el tiempo
Menor componente somático	Mayor componente somático
Respuesta adaptativa	Respuesta desadaptativa

**Tabla II. Prevalencia de los trastornos de ansiedad**

Trastorno	Prevalencia NCS (%)		Prevalencia ESEMeD (%)	
	Vida	12 meses	Vida	12 meses
Trastorno de pánico	3,5	2,3	2,1	0,8
Agorafobia (sin pánico)	5,3	2,6	0,9	0,4
Fobia social	13,3	7,9	2,4	1,2
Fobia simple	11,3	8,8	7,7	3,5
Trastorno de ansiedad generalizada	5,1	3,1	2,8	1,0
Trastorno por estrés postraumático	7,6	3,9	1,9	0,9
Cualquier trastorno de ansiedad	28,7	19,3	13,6	6,4

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project;  
NCS: National Comorbidity Survey.

### Teorías biológicas

Las teorías que lo relacionan con distintas alteraciones neuroquímicas son diversas, así como con alteraciones en pruebas de neuroimagen. En general, la estimulación de los receptores  $\alpha_2$ -adrenérgicos produce una inhibición del metabolismo de la noradrenalina, especialmente en el *locus caeruleus*. Mientras que, la estimulación de los receptores  $\beta$ -adrenérgicos produce un incremento de la ansiedad, por mecanismos poco claros y en ocasiones controvertidos. Los antagonistas  $\alpha_2$ -adrenérgicos (p. ej., yohimbina) y los agonistas  $\beta$ -adrenérgicos (p. ej., isoproterenol) producen un incremento de ansiedad. Por el contrario, los agonistas  $\alpha_2$ -adrenérgicos (p. ej., clonidina) y los bloqueantes  $\beta$  (p. ej., propranolol) tienen efectos ansiolíticos. También se cree que el déficit de síntesis de serotonina y la hiposensibilidad de los receptores postsinápticos están implicados en la génesis de la ansiedad. Los agonistas parciales 5-HT<sub>1</sub> (buspirona, ipsapirona) están dotados de efecto ansiolítico. Los fármacos serotoninérgicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), han resultado eficaces en los trastornos de ansiedad. La acción ansiolítica de la serotonina se debería a su efecto modulador sobre el *locus caeruleus* y la amígdala.

### Factores psicosociales

En todos los trastornos de ansiedad se han descrito factores ambientales y rasgos de personalidad concretos que pueden influir en la etiopatogenia de cada trastorno. Así, en el trastorno obsesivo-compulsivo antes de que se inicie el trastorno en algunos pacientes se aprecian ya rasgos obsesivos de personalidad, o sensación de miedo o ansiedad ante estímulos neutros. En el trastorno de ansiedad generalizada se describe la presencia de rasgos ansiosos, obsesivos o dependientes en la personalidad, con una tendencia excesiva a la preocupación. En el trastorno de pánico y en la agorafobia se observan en las personas necesidades de protección elevadas, con sobrevaloración de las amenazas externas, valoración cognitiva negativa e infravaloración de su propio potencial.

### Clasificación diagnóstica

Existen dos clasificaciones internacionales de mayor relevancia: el texto revisado de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) y

la décima revisión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10). Ambas disponen de versiones específicas para atención primaria en las que se describen los trastornos más frecuentes, con pautas de actuación y de derivación al especialista.

Los trastornos incluidos en la CIE-10 se incluyen bajo el epígrafe de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. En concreto son: trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobia social, fobias específicas); trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo; reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación; trastornos disociativos (de conversión); trastornos somatomorfos. El diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad se realiza mediante el algoritmo diagnóstico que se muestra en la figura 1.

### Instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad

El instrumento de ayuda diagnóstica más relevante para atención primaria es la *Escala de Ansiedad y Depresión* de Goldberg. Es un instrumento heteroaplicado. Consta de 2 subescalas, una de depresión y otra de ansiedad, con 9 ítems cada una, con respuestas dicotómicas (sí/no). El marco de regencia temporal del cuestionario es de 2 semanas. La subescala de ansiedad tiene 4 preguntas de cribado. El punto de corte, indicativo de probable caso de ansiedad, es de 4 o más ítems afirmativos. En la población geriátrica la validez predictiva de la subescala de ansiedad es pobre.

Para la evaluación de la intensidad sintomática de la ansiedad se puede utilizar la *Escala para la Ansiedad de Hamilton*. Es heteroadministrada. Consta de 14 ítems con respuestas tipo Likert de 5 valores. El marco de referencia son los últimos días. Los puntos de corte recomendados son: 0-5, no ansiedad; 6-14, ansiedad leve; 15 o más, ansiedad moderada/grave.

Finalmente, en aquellos casos en los que es conveniente diferenciar la sintomatología ansiosa con diferentes síntomas somáticos, se puede utilizar como ayuda diagnóstica la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*. Consta de 14 ítems, de los cuales 7 pertenecen a la subescala de ansiedad, con un marco temporal de una semana. Los puntos de corte son: 0-7, normal; 8-10, caso probable; 11 o más, caso de ansiedad o depresión.

### Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad

La ansiedad conlleva la activación del sistema nervioso como consecuencia de estímulos externos o de trastornos endógenos. Las manifestaciones clínicas pueden ser de dos tipos. Las manifestaciones periféricas por estimulación del sistema nervioso simpático, como taquicardia, mareos, náuseas, parestesias y disnea. Las manifestaciones centrales se derivan de la estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral, y consisten en aprensión, desrealización, despersonalización y dificultades para la concentración.

#### Trastorno de pánico

El trastorno de pánico cursa con crisis recurrentes de ansiedad grave (ataque de pánico) no limitadas a circunstancias concretas. Durante el ataque de pánico puede aparecer cualquiera de

los síntomas de ansiedad. Además, es frecuente la aparición de ansiedad anticipatoria (miedo persistente a tener otro ataque de pánico). Puede dar lugar a comportamiento evitativo. El inicio del trastorno suele tener lugar entre los 25 y 30 años de edad. En general, se considera un trastorno crónico. Es frecuente que exista comorbilidad con la agorafobia.

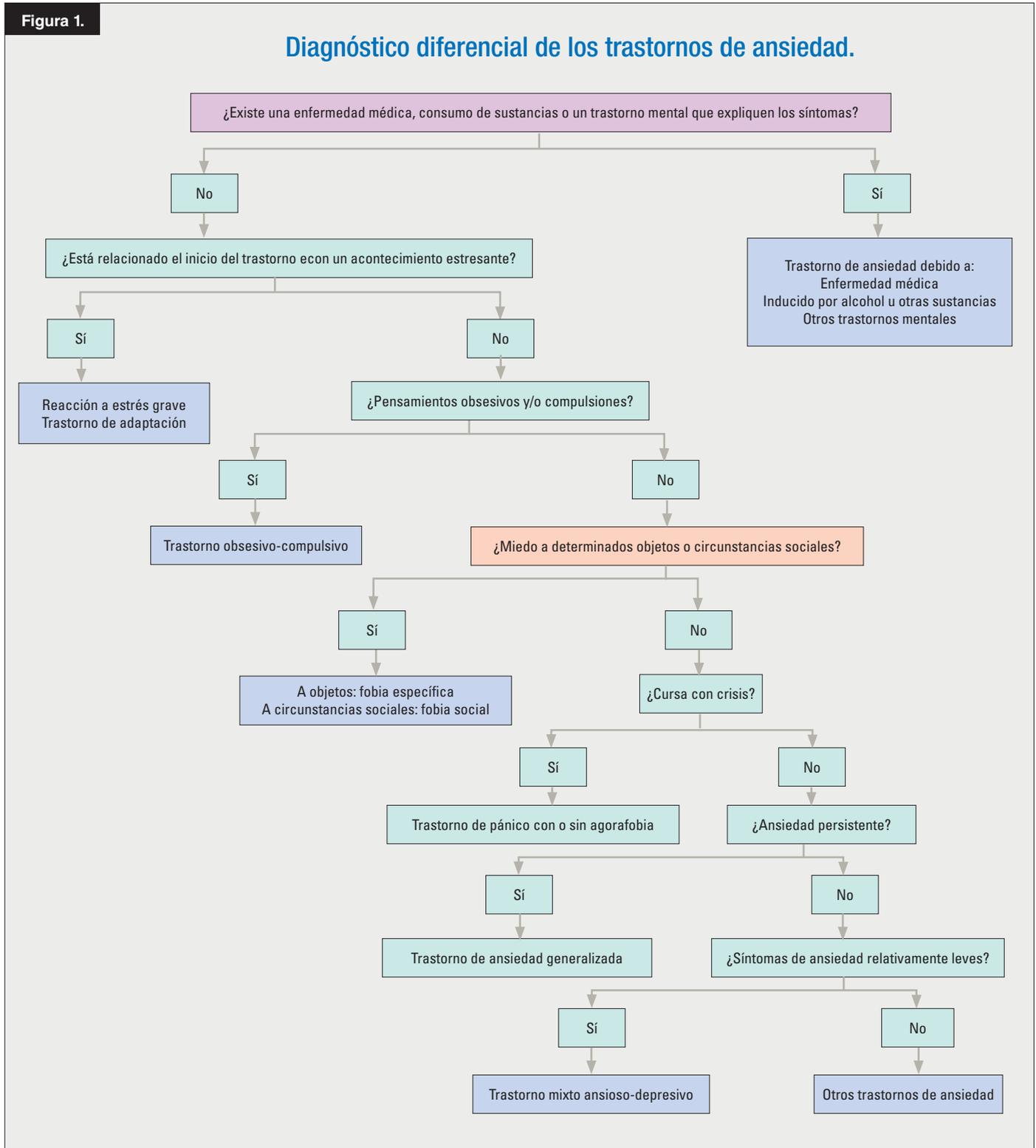
#### Agorafobia

Es un tipo de trastorno fóbico, que incluye el miedo a los espacios abiertos, a las multitudes, dificultades para salir del domi-

cilio, etc. En general, la ansiedad surge al encontrarse en lugares de donde es difícil escapar u obtener ayuda si aparece un ataque de pánico, y produce con frecuencia comportamientos evitativos. Es el trastorno de ansiedad más discapacitante. Su curso suele ser crónico, y con el tiempo, si no se trata precozmente, desencadena un aumento del grado de discapacidad.

#### Fobia social

Se trata de un trastorno en el que la sintomatología ansiosa surge ante la exposición a situaciones sociales, desde hablar en



**Tabla III. Trastornos de ansiedad secundarios**

Enfermedades médicas	Sustancias
Endocrinopatías y enfermedades metabólicas	Fármacos
Feocromocitoma	Analgésicos/AINE
Hipo/hipertiroidismo	Anestésicos
Síndrome de Cushing	Anticolinérgicos
Hipoglucemia	Anticonceptivos orales
Hipoparatiroidismo	Antidepresivos
Menopausia	Antiepilépticos
Síndrome premenstrual	Antihipertensivos
Déficit de vitamina B12	Antihistamínicos
Pelagra	Antiparkinsonianos
Enfermedades cardiovasculares	Broncodilatadores
Insuficiencia coronaria	Corticoides
Infarto de miocardio	Hormonas tiroideas
Prolapso de válvula mitral	Insulina
Arritmias	Litio
Hipertensión arterial	Preparados tiroideos
Embolia pulmonar	Simpaticomiméticos
Enfermedades respiratorias	Abstinencia de
Asma	Alcohol
EPOC	Opiáceos
Síndrome de hiperventilación	Cocaína
Enfermedades inflamatorias	Sedantes
Lupus eritematoso	Hipnóticos
Artritis reumatoide	Ansiolíticos
Poliarteritis nudosa	Intoxicación por
Neurológicas	Cafeína
Corea de Sydeham	Alcohol
Epilepsia	Anfetaminas
Encefalopatías	Cocaína
Enfermedad de Parkinson	Fenciclidina (PCP)
Esclerosis múltiple	Inhalantes
Demencias	Alucinógenos
Neoplasia cerebral	Cannabis
Traumatismo craneal	Otros
Vértigo	Metales pesados
	Insecticidas organofosforados
	CO <sub>2</sub>
	Sustancias volátiles (pinturas, gasolina)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

público hasta extremos que incluyen cualquier situación fuera del entorno familiar. Suele haber comportamientos evitativos hacia las situaciones sociales. Es un trastorno difícil de diagnosticar y con una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales (abuso de alcohol y otras drogas, depresión, otros trastornos de ansiedad). El curso clínico suele ser crónico.

#### Fobia simple o específica

Se trata de un trastorno en el que la sintomatología ansiosa surge ante un estímulo concreto (p. ej., la fobia a los animales, a las alturas, etc.). Como consecuencia es frecuente la evitación de estos estímulos. Suele iniciarse en torno a los 13 años de edad. Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y con los trastornos del estado de ánimo.

#### Trastorno de ansiedad generalizada

Este trastorno se caracteriza por la presencia de ansiedad excesiva y persistente, no asociada a ninguna circunstancia específica. Los síntomas son muy variables: inquietud, nerviosismo constante, irritabilidad, dificultades de concentración, tensión muscular, mareos, insomnio, aprensión (temores o preocupa-

ciones venideras). Su curso es crónico y fluctuante, con períodos de empeoramiento clínico en relación con épocas de mayor estrés. Es un trastorno con una gran comorbilidad con otros trastornos mentales.

#### Trastorno obsesivo-compulsivo

Se trata de un trastorno en el que aparecen de forma recurrente pensamientos obsesivos y actos compulsivos. Las ideas obsesivas son reconocidas por el propio paciente como producto de su mente, aunque es consciente de lo irracional de las mismas. Las más frecuentes son las ideas de contaminación y la duda patológica, mientras que las compulsiones más frecuentes son las de limpieza y las de comprobación. El inicio suele ser en la infancia o al principio de la edad adulta. Es un trastorno de evolución crónica y variable. Es frecuente la asociación con trastornos depresivos y con otros trastornos de ansiedad.

#### Reacción a estrés agudo

Es un trastorno transitorio que se inicia ante la exposición a un acontecimiento traumático grave y que remite en un período máximo de un mes. Los síntomas son la reexperimentación, los síntomas disociativos (embotamiento, desrealización, despersonalización, amnesia disociativa), el comportamiento evitativo y las manifestaciones periféricas de ansiedad.

#### Trastorno de estrés postraumático

Es un trastorno que surge como una respuesta tardía a un acontecimiento estresante de naturaleza amenazante. El período de latencia entre el acontecimiento y los síntomas suele ser de semanas o meses, rara vez más de 6 meses. La sintomatología consiste en reexperimentación, embotamiento emocional, falta de capacidad de respuesta al medio, anhedonia, comportamiento evitativo, amnesia e hiperactividad vegetativa. Su curso es fluctuante, con una tendencia en general a la recuperación en la mayoría de los casos.

#### Trastornos de adaptación

El trastorno adaptativo aparece ante acontecimientos vitales que suponen un cambio biográfico (separación, duelo, emigración, etc.). La sintomatología es muy variada, con presencia de manifestaciones ansiosas, depresivas o incluso conductuales. El pronóstico suele ser favorable con el tratamiento adecuado, habitualmente con mejoría al cabo de 3 meses.

#### Trastornos de ansiedad secundarios

Es importante conocer la posible presencia de trastornos de ansiedad originados por distintas enfermedades médicas o inducidos por distintas sustancias, con la finalidad de tratar la causa y poder paliar así las manifestaciones ansiosas. En la tabla III se enumeran gran parte de los trastornos de ansiedad secundarios.

## Tratamiento de los trastornos de ansiedad

#### Trastorno de pánico y agorafobia

En el trastorno de pánico los fármacos de primera elección son los ISRS; en concreto están indicados citalopram, escitalopram, paroxetina y sertralina. Los rangos de dosis son similares a los recomendados para los trastornos depresivos. Se mantendrá el tratamiento con ISRS durante al menos 1 año en dosis plena y otros 3 años a media dosis.

Como tratamiento coadyuvante, se indica la utilización de una benzodiacepina. La de primera elección es el alprazolam en dosis mínimas de 2 a 4 mg/día, repartido en 3 tomas diarias. La dosificación *retard* permite 1 o 2 tomas diarias. El tratamiento con alprazolam debe mantenerse desde el inicio del tratamiento del trastorno, hasta como máximo 8 a 12 semanas en la medida de lo posible, según se determina por la Agencia Española del Medicamento en la regulación n.º 3/2000. Otros tratamientos que se pueden utilizar son los bloqueantes  $\beta$ , los antidepresivos tricíclicos (imipramina 100-300 mg/día) o los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) como la fenelcina.

Las terapias indicadas en el trastorno de pánico con o sin agorafobia son varias. Las terapias de apoyo y la terapia cognitivo-conductual están indicadas en todos los trastornos de ansiedad que se están mencionando. En el trastorno que nos atañe se incluirían técnicas de terapia cognitiva, relajación muscular, entrenamiento respiratorio y desensibilización sistemática.

### Fobia social

En la actualidad hay un claro consenso en la utilización de ISRS como tratamiento de primera elección para la fobia social no complicada. En concreto, son 2 los ISRS que han obtenido la indicación terapéutica: escitalopram y paroxetina. La dosificación es similar a la determinada para los trastornos depresivos, y puede aumentarse de manera progresiva en caso de falta de mejoría. Otro fármaco indicado es la venlafaxina. En los trastornos más resistentes pueden prescribirse IMAO.

El enfoque cognitivo-conductual en el caso de la fobia social puede incluir técnicas de terapia cognitiva, desensibilización sistemática, terapia de exposición y entrenamiento en habilidades sociales.

### Fobia simple o específica

En el tratamiento farmacológico se consideran de utilidad los ISRS y las benzodiacepinas, como se exponen en otros tipos de fobias. Desde el punto de vista cognitivo-conductual también son de utilidad la terapia cognitiva, la relajación muscular, el entrenamiento respiratorio, la desensibilización sistemática y la terapia de exposición. No obstante, se considera como tratamiento de primera elección la terapia de exposición y como tratamiento a largo plazo y coadyuvante, el farmacológico.

### Trastorno de ansiedad generalizada

Los fármacos de primera elección son los antidepresivos. De ellos, en España tienen indicación para el trastorno de ansiedad generalizada escitalopram, paroxetina y venlafaxina, así como los antidepresivos tricíclicos no sedativos (imipramina y clomipramina). De nuevo la dosificación es similar a la de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. No obstante, en este trastorno también está indicado otro fármaco perteneciente a un grupo distinto, la pregabalina, en dosis entre 150 y 600 mg/día. El tratamiento se mantiene durante un período de tiempo prolongado, originado por la tendencia a la cronicidad del trastorno. Otras posibilidades terapéuticas que se contemplan son la buspirona y la hidroxicina. En el trastorno de ansiedad generalizada son útiles técnicas como la terapia cognitiva, la relajación muscular o el entrenamiento respiratorio.

### Trastorno obsesivo-compulsivo

Los psicofármacos más indicados en el trastorno obsesivo-compulsivo son los antidepresivos de acción preferentemente serotoninérgica en dosis muy elevadas. Los ISRS son de prime-

ra elección y tienen indicación para este trastorno en España: escitalopram, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. En caso de ineficacia, se recomienda el cambio de un ISRS a otro; en segundo lugar, el cambio por clomipramina, y, finalmente, la combinación de 2 ISRS. En caso de falta de eficacia se combina el tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico.

La mayoría de los tratamientos cognitivos-conductuales (terapia cognitiva, relajación muscular, entrenamiento respiratorio, desensibilización sistemática, terapias de exposición y en ocasiones el entrenamiento en habilidades sociales) pueden ser eficaces en el trastorno obsesivo-compulsivo.

### Trastorno por estrés postraumático

Se recomienda el inicio del tratamiento en aquellos casos en que la sintomatología persiste durante al menos 3 o 4 semanas. Los fármacos de primera elección son los ISRS, en concreto la paroxetina y la sertralina, o bien la venlafaxina. Los fármacos de segunda línea son los antidepresivos tricíclicos y los IMAO.

Se recomienda la combinación de la psicoterapia con el tratamiento psicofarmacológico en el trastorno por estrés postraumático. Se emplean sobre todo técnicas cognitivo-conductuales: terapia cognitiva, relajación muscular, entrenamiento respiratorio, terapias de exposición y desensibilización sistemática.

### Trastornos de adaptación

El tratamiento del trastorno de adaptación es sintomático en función de las manifestaciones clínicas presentes e incluso la aplicación de terapia cognitiva, relajación muscular y/o entrenamiento respiratorio.

### Criterios de derivación a atención especializada

Los distintos trastornos tienen criterios propios de derivación a atención especializada, que se describen en la versión para atención primaria de la CIE-10. En general, los criterios se pueden resumir en: enfermedades que provocan una discapacidad importante, cuando hay un riesgo suicida elevado, cuando se precisa en el tratamiento una psicoterapia específica o cuando en el período de 3 meses aproximadamente no existe una mejoría. ]

### Bibliografía recomendada

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Atención primaria. DSM-IV-AP. Barcelona: Masson; 1997.

Bobes J, Bascarán MT, García-Portilla MP, Sáiz PA, Bousoño M, editores. En: Trastorno de estrés postraumático en atención primaria. Barcelona: Mayo; 2004.

Bobes García J, González García-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, Bousoño García M, editores. En: Abordaje actual del trastorno por ansiedad social. Barcelona: Masson; 1999.

Bobes García J, Bousoño García M, Calcedo Barba A, González García-Portilla MP, editores. En: Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson; 2000.

Bobes J, Bousoño M, García-Portilla MP, Sáiz PA, editores. En: Trastornos de ansiedad generalizada. Barcelona: Ars Médica; 2002.

Bobes García J, Bousoño García M, González García-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, editores. En: Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona: Masson; 2001.

Cuesta L, editor. En: Guía para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos en asistencia primaria. Barcelona: Glosa; 2003.

Chamorro García L. En: Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona: Ars Médica; 2004.

Charney DS. Mecanismos psicobiológicos de la capacidad de adaptación y la vulnerabilidad: repercusiones para la adaptación satisfactoria al estrés extremo. American Psychiatric Association; 2007.

Davidson JRT, Connor KM. Tratamiento de los trastornos de ansiedad. American Psychiatric Association; 2007.

Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE-10. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Izquierdo; 1996.

Palao Vidal D, Márquez Rowe M, Jódar Ortega I, editores. Guía psiquiátrica en atención primaria. Madrid: Litofinter; 1996.

Sáiz Ruiz J, Ibáñez Cuadrado A, Montes Rodríguez JM, editores. Trastorno de angustia. En: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Barcelona: Masson; 2001.

---