



TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE ADAPTACION EN ATENCION PRIMARIA

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Hernández Sánchez, M^a Magdalena

Médico. Centro de Salud de Novelda.

Horga de la Parte, José Francisco

Catedrático de Farmacología Clínica UMH

Navarro Cremades, Felipe

Psiquiatra. Centro de Salud de San Juan

Mira Vicedo, Asunción

Médico. Centro de Salud de Novelda.





1. INTRODUCCIÓN.

1.1. IMPORTANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Según el estudio realizado por la OMS el más importante de los realizados hasta la fecha, que informa de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mundial, los más frecuentes fueron ansiedad, depresión, trastornos relacionados con el alcohol y trastornos somatomorfos. Otros estudios estiman la prevalencia de trastornos como ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio y fatiga en la población general en un amplio rango que oscila entre 1,8-7.9 % para varones y 2.7-16.5 % para mujeres.

Por otra parte se encuentra ampliamente aceptado que los trastornos psiquiátricos encontrados en la comunidad son menos graves que los identificados en los servicios de hospitalización psiquiátricos. En la comunidad predominan los trastornos de ansiedad y depresión leves. Esto no implica que la morbilidad en la comunidad o en atención primaria deba ser considerada “menor”. Cuando se realizan cálculos económicos se comprueba que la morbilidad de los pacientes psiquiátricos identificados por el médico de familia, produjeron un coste el doble que el de los enfermos psiquiátricos hospitalizados y doce veces más que el que se produjo en la atención a los pacientes psiquiátricos en las consultas de salud mental. Siendo tan importante la prevalencia y el alto coste económico que generan los trastornos de ansiedad en la población general y presentando muchos de éstos pacientes síntomas físicos en vez de psicológicos es por lo que se confirma que la principal tarea del médico de familia en relación a los pacientes psiquiátricos que presentan trastornos de ansiedad es el de ser capaz de diagnosticar, iniciar el tratamiento y saber cuando derivar al paciente a la atención especializada.

1.2. CLASIFICACIONES PSIQUIÁTRICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos años se ha evidenciado que los sistemas de clasificación psiquiátricos elaborados sobre todo en el medio hospitalario no son satisfactorios para la atención primaria.

La mayoría de los pacientes en atención primaria presentan malestar psicológico y resulta difícil diferenciar lo que es un rasgo normal (ansioso o depresivo) de lo que es un trastorno psiquiátrico leve. Por el contrario los pacientes derivados a las consultas de salud mental, sobre los que se han diseñado las clasificaciones psiquiátricas actuales presentan una sintomatología florida, claramente superior al rango de normalidad, y por lo tanto fácil de diagnosticar.

En base a ésta necesidad de desarrollar sistemas clasificatorios específicos para atención primaria y de identificar a la psiquiatría en atención primaria como un área independiente de conocimiento es por lo que las dos clasificaciones psiquiátricas, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la American Psychiatric Association, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su cuarta y décima edición, respectivamente, hayan elaborado criterios diagnósticos específicos para los trastornos mentales en atención primaria. Las principales características de éstas clasificaciones psiquiátricas para atención primaria son:

1. DSM-IV-AP. Se basa, fundamentalmente, en un sistema de algoritmos que permiten establecer un diagnóstico. Se le ha criticado ser excesivamente complicada y poco clara, ya que está pensada principalmente para investigación, lo cual dificulta su aplicación clínica.

2. CIE-10-AP. Esta clasificación selecciona 25 categorías que se supone son las más importantes en atención primaria. En cada categoría se desarrolla una ficha con secciones como: quejas presentes, pautas para el diagnóstico, diagnóstico diferencial, información esencial y recomendaciones específicas para el paciente y su familia, pautas de medicación y consulta a un especialista. La orientación es absolutamente clínica y constituye un mínimo que el médico de atención primaria debe conocer para orientar el diagnóstico y el tratamiento.

De las 25 categorías de trastornos mentales y del comportamiento que recoge la CIE-10 para la atención primaria, ocho corresponden a trastornos de ansiedad o lo que la CIE-10 denomina "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos". La versión de atención primaria del DSM-IV comparada con la de la CIE-10 muestra importantes diferencias en dos aspectos fundamentales, los criterios de clasificación de los trastornos mentales utilizados y el número de trastornos mentales incluidos. En general, puede decirse que la CIE-10-AP es más sencilla y básica que el DSM-IV-AP.

En el DSM-IV-AP se ha reemplazado el esquema de clasificación utilizado en la versión de psiquiatría por otro más práctico, teniendo en cuenta el contexto de actuación del médico de atención primaria. Así, esta clasificación establece los siguientes bloques:

1. Trastornos que se presentan normalmente en el contexto de la atención primaria

1.1. Ansiedad

1.2 Síntomas físicos inespecíficos (no son objeto de ésta guía)

2. Problemas psicosociales.

3. Otros trastornos mentales.

4. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

En cuanto a la extensión de la clasificación, el número de trastornos mentales que el DSM-IV-AP considera que el médico de atención primaria debe conocer y tratar es considerablemente mayor que el contemplado por la versión de atención primaria de la CIE-10, estando recogidos y detallados no sólo todos los trastornos mentales, sino también los problemas psicosociales.

1.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1.3.1 Clasificaciones actuales de los trastornos de ansiedad

Con fines didácticos y de sistematización del uso de esta guía, enfocamos el tema de los trastornos de ansiedad, englobando los dos sistemas de clasificación DSM y CIE ya descritos, para atención primaria (Tabla 1). Entre paréntesis y en **color rojo** se identifica el número de ficha del listado de categorías y trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10-AP.

1.4. ¿QUE ES LA ANSIEDAD?

1.4.1 Definición. Ansiedad fisiológica y patológica

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazadoras. El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida, como el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. La atención se centra en la situación amenazadora, excluyendo otros asuntos. Pueden sumarse cambios como consecuencia del aumento de la actividad simpática, como el temblor, la poliuria y la diarrea. Estos cambios son las respuestas normales ante las situaciones peligrosas.

Tabla 1: Clasificaciones de los trastornos de ansiedad

DSM-IV-AP (1994)	CIE-10 (1992)
Trastornos de ansiedad	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
	F40 Trastorno de ansiedad fóbica (10)
	F40.0 Agorafobia
F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	F40.00 Sin trastorno de pánico
F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia	F40.01 Con trastorno de pánico
F40.1 Fobia social	F40.1 Fobia social
F40.2 Fobia específica	F40.2 Fobias específicas (aisladas)
	F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica
	F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
	F41 Otros trastornos de ansiedad
F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia	F41.0 Trastorno de pánico (11)
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (12)
	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo (13)
	F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad
	F41.8 Otros trastornos de ansiedad no especificada
F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado	F41.9 Otros trnos de ansiedad no especificado
F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo	F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
F43.0 Trastorno por estrés agudo	F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (14)
F43.1 Trastorno por estrés posttraumático	F44 Trastornos disociativos (de conversión) (15)
	F45 Trastornos somatomorfos (16)
F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	F48 Otros trastornos neuróticos (17)

La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. Las características clínicas de los trastornos de ansiedad son las de la ansiedad normal diferenciándose en la duración y la gravedad, pero no en cuanto a su forma. Otra diferencia importante es que en la ansiedad patológica, la atención se focaliza en la respuesta de la persona ante la amenaza, como el aumento de la frecuencia cardíaca, asociando preocupaciones sobre lo anormal de esa respuesta, por ejemplo, pensando que esa aceleración cardíaca indica una enfermedad cardíaca, o preocupaciones sobre lo que terceras personas piensan que es anormal, por ejemplo, las preocupaciones de los fóbicos sociales sobre la posibilidad de que otras personas piensen que son torpes porque les tiemblan las manos (tabla 2).

Tabla 2. Diferencia entre ansiedad normal y patológica.

<i>Ansiedad fisiológica</i>	<i>Ansiedad patológica</i>
Mecanismo de defensa frente amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

1.4.2. El triple sistema de respuesta

La ansiedad no es un fenómeno sintomatológicamente unitario, implicando al menos tres componentes o sistemas de respuesta:

Subjetivo-cognitivo (verbal-cognitivo). Experiencia interna de la ansiedad, percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados relacionados con la ansiedad, caracterizados por experiencias de miedo, alarma, inquietud, preocupaciones pensamientos intrusivos

Fisiológico-somático. Mediado por la activación del sistema nervioso autónomo y que se caracteriza por temblor, sudoración, incremento de la tensión muscular, taquicardia, taquipnea, síntomas que son percibidos de forma molesta y desagradable.

Motor-conductual. La conducta manifiesta escape y evitación

La disociación de los sistemas de respuesta ocasionará diferentes perfiles de respuesta, lo que orientará la elección terapéutica individualizada.

1.5. ANSIEDAD PATOLÓGICA: Trastornos de Ansiedad

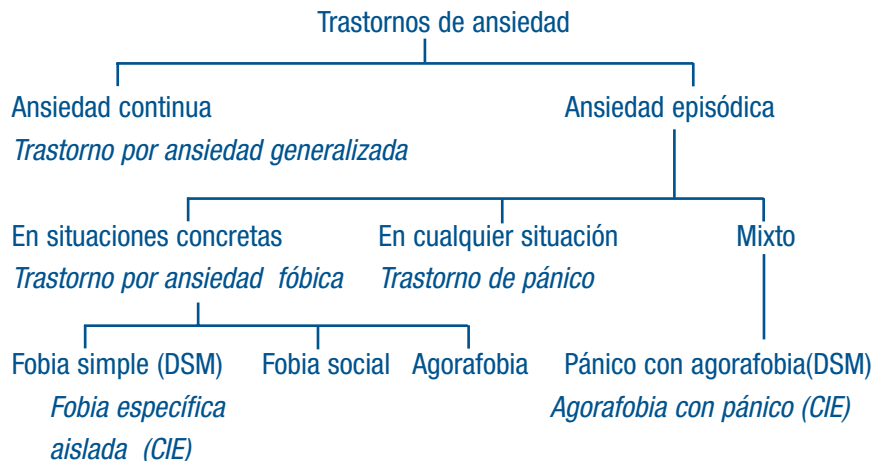


Figura 1. Trastornos de ansiedad

1.5.1 Clasificación

Los trastornos de ansiedad son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad, físicos y mentales, son importantes y persistentes, y no son secundarios a ningún otro trastorno. Los trastornos de ansiedad en función de cómo se presentan los síntomas se clasifican en aquellos que presentan síntomas continuamente (trastorno por ansiedad generalizada) y aquellos con síntomas episódicos (figura 1). Estos últimos se dividen en aquellos en los cuales la ansiedad aparece en unas situaciones concretas (trastornos por ansiedad fóbica) y aquellos en los que la ansiedad aparece en cualquier situación (trastornos de pánico). Los trastornos de ansiedad fóbica se clasifican en fobia simple, fobia social y agorafobia. Algunos pacientes tienen tanto episodios de ansiedad en las situaciones típicas descritas para la agorafobia, como episodios esporádicos característicos del trastorno de pánico. En los dos sistemas de clasificación estos casos mixtos se denominan de forma diferente: pánico con agorafobia en la DSM y agorafobia con pánico en la CIE. (VER ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN ANEXO 1)

1.5.2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. Sin embargo, muchos pacientes consultan por los síntomas físicos de la ansiedad. La frecuencia aproximada de los distintos trastornos de ansiedad se recoge en la tabla 3. Las cifras son aproximadas e imprecisas, ya que en los distintos

estudios se han utilizado diferentes criterios diagnósticos, sobre todo en aquellos paciente en los que se combinan síntomas ansiosos y depresivos.

Tabla 3. Prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad*

	Prevalencia anual aproximada por mil
Trastornos por ansiedad generalizada	50
Trastornos fóbicos	
Agorafobia	30
Fobia social	25
Fobia específica	100
Trastorno de pánico	10
Trastorno obsesivo-compulsivo	15
Trastorno mixto ansioso-depresivo	50

*Fuente: OPCS (1995), estudio comunitario en el R. U. y datos del Epidemiological Catchment Area Study de los EE.UU.

2. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

2.1. Etiología

A. Factores predisponentes.

Factores genéticos: Son importantes en la predisposición a los trastornos por ansiedad. La concordancia es mayor entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos. Sin embargo, la contribución exacta de los factores genéticos al trastorno por ansiedad generalizada se desconoce.

Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al trastorno por ansiedad generalizada en la edad adulta. Sin embargo, no se han identificado causas específicas. La ansiedad es un trastorno emocional frecuente en la infancia pero la mayoría de los niños ansiosos se convierten en adultos sanos, y no todos los adultos ansiosos han sido niños ansiosos.

La personalidad ansiosa se relaciona con los trastornos de ansiedad, pero otros tipos de personalidad también pueden favorecerlos al provocar que las personas sean menos capaces de afrontar los acontecimientos estresantes.

B. Factores precipitantes.

Los trastornos por ansiedad suelen relacionarse con acontecimientos estresantes, sobre todo cuando son amenazadores, como las dificultades en las relaciones interpersonales, las enfermedades físicas y los problemas laborales.

C. Factores de mantenimiento.

Los trastornos por ansiedad pueden cronificarse por la persistencia de los acontecimientos estresantes que los han provocado, influyendo también los estilos de pensamiento que hacen que los síntomas tengan un carácter estresante. Estos miedos pueden crear un círculo vicioso que aumenta y prolonga la ansiedad.

2.2. Clínica.

La persona que sufre un trastorno de ansiedad generalizada presenta un aspecto típico, su cara está contraída, con el ceño fruncido, postura de tensión, se muestra inquieto y tembloroso, tiene la piel pálida y con frecuencia sudorosa, sobre todo las manos, los pies y las axilas. Lloro con facilidad, lo que nos puede hacer pensar en una depresión, pero en realidad expresa un estado de terror.

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1. Psicológicos:

- Miedos anticipatorios.
- Irritabilidad.
- Sensibilidad al ruido.
- Inquietud.
- Falta de concentración.
- Preocupaciones excesivas.

2. Físicos:

- Gastrointestinales: Sequedad de boca.
 - Dificultad para tragar.
 - Molestias epigástricas.
 - Meteorismo.
 - Aumento de deposiciones o de deposiciones blandas.
- Respiratorias: Constricción en el pecho.
 - Dificultad para la respiración.
 - Hiperventilación.

Cardiovasculares:	Palpitaciones. Molestias precordiales. Percepción del latido cardiaco
Genitourinarios:	Micción frecuente o urgente. Disfunción eréctil. Molestias menstruales. Amenorrea.
Neuromuscular:	Temblor. Parestesias. Tinnitus. Mareo. Cefalea Dolores musculares.

3. Trastornos del sueño:

Insomnio
Terroros nocturnos.

4. Otros síntomas:

Depresión
Obsesiones.
Despersonalización.

Es importante recordar que los síntomas físicos pueden ser el motivo de consulta de los pacientes, pero también es importante tener en cuenta que todos los síntomas físicos pueden deberse a una enfermedad física.

El sueño se altera de una forma típica. Cuando se acuestan siguen con sus preocupaciones, cuando al final se duermen, se despiertan con frecuencia. Pueden referir sueños desagradables, algunas veces presentarán terroros nocturnos, despertándose de forma súbita, con un miedo intenso, a veces de forma parecida a las pesadillas, y otras veces sin conocer la causa de su miedo. La presencia de despertar precoz con incapacidad para volver a dormirse es mucho menos frecuente entre los pacientes con trastorno con ansiedad que entre los pacientes con un trastorno depresivo. Por lo tanto el despertar precoz debería sugerir que los síntomas ansiosos forman parte de un trastorno depresivo.

La hiperventilación es una forma de respiración rápida y profunda que ocasiona un descenso de la concentración de dióxido de carbono en la sangre. Provoca una sensación de falta de aire que hace que el paciente respire con mayor intensidad. Cuando un paciente tiene síntomas inexplicables, debe considerarse la posibilidad de que hiperventile. El diagnóstico debería realizarse ante la aparición clara de los

síntomas durante los episodios de ansiedad o mediante la observación de la respiración durante un ataque espontáneo.

El vértigo no es rotatorio sino una sensación de inestabilidad. La cefalea toma la forma de constricción o presión, en general bilateral y frontal u occipital.

2.3. Diagnóstico.

El trastorno por ansiedad generalizada se diagnostica sólo cuando los síntomas han estado presentes durante varios meses (en la DSM-IV se especifica que seis meses). Cuando los síntomas han estado presentes durante un período inferior, el diagnóstico correcto es el de trastorno adaptativo. Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV) (tabla 4).

2.4. Diagnóstico diferencial.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con otros trastornos en los que la ansiedad es un síntoma importante y con otras enfermedades físicas o consumo de fármacos que producen síntomas parecidos (tabla 5).

-El trastorno depresivo podemos diferenciarlo del trastorno de ansiedad porque el primero presenta mayor gravedad en los síntomas depresivos y por la cronología de los síntomas: la ansiedad antes que la depresión en los trastornos por ansiedad generalizada. Siempre que se pueda debe recogerse información sobre estos aspectos de un familiar o de otra persona además del paciente. A veces la agitación de los trastornos depresivos graves puede ser confundida con la ansiedad, lo cual puede evitarse en la exploración con la búsqueda de síntomas depresivos en los pacientes que refieren ansiedad.

-Esquizofrenia. Los pacientes que sufren este trastorno pueden referir en primer lugar los síntomas ansiosos, incluso cuando se les pregunta directamente. Sería importante preguntar al paciente ansioso por la causa a la que ellos atribuyen sus síntomas, los pacientes que sean esquizofrénicos reconocerán ideas extrañas.

-En la demencia presenil o senil las quejas de ansiedad pueden ser el primer síntoma de alarma. Debe explorarse siempre la memoria de una forma apropiada cuando los pacientes ancianos consulten por ansiedad.

-La abstinencia de drogas o alcohol o el abuso de cafeína pueden provocar ansiedad.

-Enfermedades físicas:

a) Tirotoxicosis. Esta produce irritabilidad, inquietud, temblor y taquicardia. Deberá explorarse en los pacientes el aumento del tamaño del tiroides, la presencia de fibrilación auricular y de exoftalmos, y solicitarse las pruebas de función tiroidea en los casos indicados.

b) El feocromocitoma o la hipoglucemia también deben tenerse en cuenta como causas de ansiedad.

c) Otras enfermedades físicas pueden causar ansiedad por mecanismos psicológicos o fisiológicos. Es frecuente cuando existe alguna razón especial para temer esa evolución. Es importante preguntar a los pacientes con ansiedad si conocen a alguien que tenga síntomas similares.

2.5. Tratamiento.

Es importante tanto el abordaje farmacológico como el no farmacológico, psicológico.

A- Abordaje inicial: Los médicos de atención primaria ven a pacientes ansiosos antes de que el trastorno haya persistido los seis meses necesarios para realizar un diagnóstico formal de trastorno por ansiedad generalizada. En esta fase, cuando el diagnóstico adecuado es de un trastorno adaptativo, muchos pacientes mejoraran con el diálogo y el apoyo. Debe ofrecérseles una explicación clara sobre los síntomas físicos de la ansiedad, por ejemplo, que las palpitaciones son la exageración de una respuesta normal al estrés y no un signo de enfermedad cardíaca. El paciente debe recibir ayuda para afrontar cualquier problema social que pueda contribuir a la persistencia del trastorno.

Tabla 4. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

DSM IV CIE 10	CIE 10
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolonga mas de seis meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido mas de seis meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inquietud o impaciencia. -Fatigabilidad fácil. 	<p>A. Un período de al menos 6 meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no) en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana</p> <p>B. Por lo menos 4 de una lista de 22 síntomas, y al menos un síntoma del 1 al 4:</p> <p>Síntomas autónomos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones o golpeteo del corazón o taquicardia 2. Sudoración 3. Temblores o sacudidas 4. Sequedad de boca no debida a fármacos o deshidratación

- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D.El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje 1: por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E.La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F.Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

- Síntomas toracoabdominales
- 5.Dificultad para respirar
 - 6.Sensación de ahogo
 - 7.Dolor o malestar en el pecho
 - 8.Náuseas o malestar abdominal

Síntomas relacionados con el estado mental

- 9.Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
- 10.Sensación de irrealidad (desrealización) o de sentirse fuera de la situación (despersonalización)
- 11.Sensación de ir a perder el conocimiento o el control, o de volverse loco
- 12.Miedo a morir

Síntomas generales

- 13.Oleadas de calor o escalofríos
- 14.Adormecimiento o sensación de hormigueo

Síntomas de tensión

- 15.Tensión muscular o dolores y parestesias
- 16.Inquietud y dificultad para relajarse
- 17.Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental
- 18.Sensación de nudo en la garganta o de dificultad para tragar

Otros síntomas no específicos

- 19.Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos
- 20.Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad
- 21.Irritabilidad persistente
- 22.Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones

C.El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.

D.Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, como un consumo excesivo de sustancias de efectos amfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

Tabla 5 CUADROS MÉDICOS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS ASOCIADOS A ANSIEDAD

Cuadros médicos	Ansiedad inducida por sustancias
<p><i>Enfermedades endocrinas y metabólicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Trastornos hipofisarios Trastornos tiroideos Trastornos paratiroideos Trastorno suprarrenales Feocromocitoma Insulinoma Hiponatremia Deficiencias vitamínica 	<p><i>Intoxicación por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cafeína Alcohol Anfetaminas Cocaína Fenciclidina (PCP) Inhalantes Alucinógenos Cannabis
<p><i>Enfermedades Cardiovasculares</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia cardíaca congestiva Prolapso de Válvula mitral Arritmias Miocardopatías 	<p><i>Supresión de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Alcohol Opiáceos Cocaína Sedantes Hipnóticos Ansiolíticos
<p><i>Enfermedades respiratorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Asma Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Neumonía HIpoxia Apnea del sueño Síndrome de hiperventilación Embolismo pulmonar <p><i>Enfermedades Inflamatorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lupus eritematoso sistémico Artritis reumatoide Poliarteritis nodosa Arteritis de la temporal 	<p><i>Fármacos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Analgésicos / antiinflamatorios Anestésicos Anticonceptivos orales Antidepresivos Antiepilépticos Antihipertensivos Antihistaminicos Antiparkinsonianos Brocodilatadores Corticoides Hormonas tiroideas Insulina Litio Simpaticomiméticos
<p><i>Trastornos neurológicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tumores cerebrales Traumatismo craneal Enfermedades vasculares cerebrales Cefaleas Encefalitis Esclerosis múltiple Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington Epilepsia Demencia Encefalopatías Acatísia 	<p><i>Otros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Metales pesados Insecticidas organofosforados Monóxido de carbono Dióxido de carbono Sustancias volátiles (pintura, gasolina)
<p><i>Otras enfermedades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Neoplasias Síndrome carcinoide Infecciones crónicas Porfiria Uremia Anemia Enfermedades vestibulares Enfermedades digestivas Síndrome premenstrual. 	

B-Abordaje no farmacológico de los trastornos de ansiedad generalizada: Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales de pensamiento.

a. Entrenamiento en relajación. Puede reducir la ansiedad si el paciente lo practica con regularidad, pero con frecuencia es difícil convencer a los pacientes para que lo hagan. El entrenamiento en relajación en grupo puede mejorar la motivación.

b. Animar al paciente a realizar actividades de ocio y a retomar las actividades que han sido beneficiosas para él en el pasado.

c. Identificar y superar preocupaciones exageradas

d. Buscar soluciones para tratar de afrontar estos pensamientos negativos cuando se presenten

e. Tratamiento de la hiperventilación: Para cortar un episodio agudo el paciente debe respirar en una bolsa para aumentar la concentración alveolar de dióxido de carbono. Con este método también demostramos al paciente que algunos de los síntomas se deben a la hiperventilación.

f. Para evitar otros episodios de hiperventilación deben entrenarse para respirar de forma lenta y controlada, primero supervisándolo y después en su casa.

3. TRASTORNOS POR ANSIEDAD FÓBICA.

En estos trastornos los pacientes presentan síntomas similares a los que padecen los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, pero aparecen en circunstancias determinadas. En algunos trastornos fóbicos estas circunstancias son escasas y el paciente está libre de ansiedad la mayor parte del tiempo, en otros casos muchas situaciones producen ansiedad. Otras dos características definen a los trastornos fóbicos: el rechazo de las circunstancias que provocan la ansiedad, y la ansiedad anticipatoria cuando se prevé el encuentro con esas circunstancias. Las circunstancias que pueden producir ansiedad incluyen lugares, seres vivos, y fenómenos de la naturaleza.

La clasificación de las fobias es bastante similar en la CIE-10 y el DSM-IV, se diferencian en que los pacientes en la DSM-IV que presentan tanto agorafobia como ataques de pánico no situacionales se consideran trastornos de pánico con agorafobia (asociada), en la CIE-10 estos mismos pacientes se clasifican como agorafobia con ataques de pánico (asociados)

3.1 FOBIA SIMPLE:

3.1.1 Etiología:

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos, crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor y transmisión de informaciones. Los objetos o situaciones temidos tienden a implicar historia de la humanidad. Las fobias generadas por acontecimientos traumáticos o por crisis de angustia inesperadas acostumbran a aparecer de forma particularmente aguda. Las fobias de origen traumático no presentan una edad de inicio característica. Las fobias que persisten durante toda la etapa adulta rara vez suelen remitir.

3.1.2 Clínica:

El paciente que padece fobia simple presenta nerviosismo, o un temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o en una situación concreta, o cuando anticipa que se va a encontrar con él, e intenta evitar ese objeto o situación. Los síntomas que sufre el paciente son los de cualquier trastorno de ansiedad. Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido.

En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria cuando el individuo se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas para él, éstas suelen acabar siendo evitadas. Con menos frecuencia, el individuo se obliga a sí mismo a soportar la situación fóbica, aunque esto propicia la aparición de una intensa ansiedad.

Las personas que sufren este trastorno reconocen que la fobia es excesiva o irracional. Tampoco debe diagnosticar una fobia específica si el temor se considera coherente teniendo en cuenta el contexto en que se produce. Si la fobia no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica. Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica:

- a. Tipo animal. El miedo se refiere a animales o insectos, suele iniciarse en la infancia.
- b. Tipo ambiental. El miedo se refiere a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Suele iniciarse en la infancia.
- c. Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones y otras interven-

ciones médicas de carácter invasivo. Este tipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

d. Tipo situacional: El miedo se refiere a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. Este trastorno presenta una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida.

e. Otros tipos: El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, fobia a los espacios, y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

La distribución de frecuencia de más a menos frecuente es la siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones-daño, y, por último animal. En muchos casos hay más de un subtipo de fobia específica. El hecho de tener una fobia de un subtipo determinado aumenta las probabilidades de padecer otra fobia del mismo subtipo.

3.1.3. Diagnóstico:

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad (de la misma lista de 14 síntomas citada para la angustia). Además la CIE-10 especifica que los síntomas de ansiedad se limiten a las situaciones temidas o a la contemplación de tales situaciones (tabla 6).

3.1.4. Diagnóstico diferencial:

-En algunos pacientes con una fobia simple de larga duración la aparición de un trastorno depresivo puede hacerlos menos tolerantes ante los síntomas que presentan.

-Las fobias específicas se diferencian de gran parte del resto de los trastornos de ansiedad en los niveles de ansiedad intercurrente.

-En la fobia específica, a diferencia del trastorno de angustia con agorafobia, el individuo no presenta una ansiedad permanente, toda vez que el miedo se limita a objetos y situaciones específicos y circunscritos.

-La fobia específica y la fobia social pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos.

-En el trastorno obsesivo-compulsivo el comportamiento de evitación se relaciona con el contenido de las ideas obsesivas.

-El diagnóstico diferencial entre la hipocondría y la fobia específica de otros tipos depende de la presencia o ausencia de la convicción de estar enfermo. En la hipocondría existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar

sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica sólo se teme la posibilidad de adquirirla (pero sin creer que ya se tiene). Los individuos con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no deben ser diagnosticados de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a la comida y a los estímulos relacionados con él.

Tabla 6. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE FOBIA ESPECIFICA

DSM-IV	CIE-10 (fobias aisladas)
<p>A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo, volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).</p> <p>B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o mas o menos relacionada con una situación relacionada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.</p> <p>C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.</p> <p>D. Las Situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.</p> <p>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.</p> <p>F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.</p> <p>G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como un trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (por ejemplo evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo evitación de ir a la escuela), fobia social (por ejemplo evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.</p>	<p>A. Debe darse alguno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miedo marcado ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia o fobia social 2. Evitación marcada ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia o fobia social <p>Entre los objetos o situaciones más frecuentes están los animales, los pájaros, los insectos, las alturas, los espacios pequeños y cerrados, la visión de sangre y heridas, las inyecciones, los dentistas y los hospitales</p> <p>B. Síntomas de ansiedad en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno, tal y como se define en el criterio B de agorafobia</p> <p>C. Malestar emocional significativo secundario a la evitación de los síntomas, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido</p> <p>D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.</p> <p>Si se desea, las fobias específicas pueden subdividirse como sigue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo animal (p.ej., insectos, perros) 2. Tipo ambiental (p.ej. tormentas, aguas) 3. Tipo sangre, inyecciones y heridas 4. Tipo situacional (p.ej. ascensores, túneles) 5. Otros tipos

3.1.5. Pronóstico

No hay estudios sistemáticos sobre el pronóstico. La experiencia clínica indica que las fobias simples que comienzan en la infancia duran muchos años, mientras que aquellas que son fruto de un acontecimiento vital estresante en la edad adulta tienen un pronóstico mejor. El malestar asociado a las fobias, en especial cuando éstas no se diagnostican, puede llevar a complicaciones psiquiátricas posteriores como otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor y trastorno inducido por sustancias (sobre todo por el alcohol).

3.1.6. Tratamiento

No se conoce bien el curso y el pronóstico de estos trastornos, aunque parece que podrían responder bien, por lo menos a corto plazo, a la psicoterapia cognitivo-conductual y al tratamiento psicofarmacológico. Hay que considerar la necesidad de acudir a un especialista si persisten temores discapacitantes (p.ej. si es incapaz de salir de casa).

3.2. FOBIA SOCIAL

3.2.1. Etiología

La fobia social suele aparecer a mediados de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social. Algunos individuos sitúan el inicio del cuadro al principio de la segunda infancia. La aparición de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o ser de forma lenta e insidiosa.

El curso de la fobia social acostumbra a ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión.

3.2.2 Clínica:

La fobia social consiste en la ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Existe ansiedad anticipatoria ante la perspectiva de estas situaciones, que se intentan evitar en mayor o menor medida. La evitación parcial implica, por ejemplo, unirse a un grupo pero no participar en la conversación, o sentarse en un lugar apartado.

Los síntomas de la fobia social son los mismos que los de la ansiedad generalizada, aunque son especialmente frecuentes la aparición de enrojecimiento y del temblor. La gente que padece de fobia social tiene preocupaciones sobre la posibilidad de ser criticado por otras personas (y se dan cuenta de que estas preocupaciones son irracionales y excesivos).

De forma característica, el individuo evitará las situaciones temidas. A veces, también se obliga a sí mismo a soportar estas situaciones, aunque a costa de ansiedad. También puede aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de

que el individuo deba afrontar la situación social temida o la actuación en público. A veces llega a formarse un círculo vicioso, formado por ansiedad anticipatoria que produce ideas de miedo y síntomas de ansiedad una vez en la situación temida, lo que produce un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo en este tipo de situaciones, lo cual produce malos ratos y más ansiedad anticipatoria, y así sucesivamente.

Para establecer el diagnóstico de fobia social, los temores o los comportamientos de evitación deben interferir marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo o en sus relaciones sociales, o generar un malestar clínicamente significativo. En los individuos menores de 18 años sólo los síntomas que persisten por lo menos 6 meses permiten realizar el diagnóstico de fobia social. Hay características que se suelen asociar a la fobia social como la hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad para autoafirmarse, y la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad. A veces muestran pobres habilidades sociales o signos objetivables de ansiedad.

La fobia social puede asociarse al trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización. Se ha visto que las personas que sufren fobia social generalizada suelen presentar a la vez un trastorno de la personalidad por evitación.

3.2.3. Diagnóstico (tabla 7)

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad en al menos una ocasión, a la vez que debe aparecer como mínimo uno de los siguientes síntomas: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar. Además, estos síntomas de ansiedad deben limitarse a, o predominar en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones.

3.2.4. Diagnóstico diferencial

-Trastorno por ansiedad generalizada. Lo diferenciamos por el tipo de situaciones en las que parece la ansiedad.

-Trastorno depresivo. En la fobia social no aparecen los típicos síntomas depresivos.

-Esquizofrenia. El diagnóstico puede ser difícil si el paciente esquizofrénico oculta sus delirios o los otros síntomas de la esquizofrenia. Los pacientes con fobia social pueden referir ideas de sentirse vigilado que podrían inicialmente parecer delirios, pero que tras una exploración detallada se demuestra que el paciente cree que son erróneas.

-Trastorno de la personalidad de tipo ansioso/eludible. Lo diferenciamos por el momento de inicio, que es anterior en el trastorno de la personalidad, además, en

la fobia social el inicio suele ser brusco, mientras que en el trastorno de la personalidad es insidioso.

-Torpeza social. Se trata de una falta primaria de habilidades sociales que produce ansiedad de forma secundaria. El habla es dubitativa, escasa e inaudible, la expresión facial y los gestos son extraños y la persona no mira de la forma adecuada a los demás cuando mantiene una conversación. Los pacientes con fobia social poseen estas habilidades básicas, pero la ansiedad les impide usarlas en las situaciones sociales

-La ansiedad que produce actuar en público, el terror a los escenarios y la timidez en reuniones sociales donde participan personas que no son del ámbito familiar no deben calificarse como fobia social a no ser que determinen un acusado deterioro de las actividades del individuo o a un malestar clínico significativo.

3.2.5. Tratamiento

Hay que considerar la necesidad de acudir a consulta de un especialista si persisten temores discapacitantes (p.e., si es incapaz de salir de casa). En pacientes que no mejoran puede ser muy eficaz remitir al paciente para que reciba:

-Terapia cognitivo-conductual que combina la exposición a las situaciones temidas con medidas para reducir las preocupaciones del paciente acerca de la evaluación crítica por los demás.

-La psicoterapia dinámica es eficaz en aquellos pacientes en los que la fobia social se asocia con una baja autoestima y con problemas crónicos en las relaciones personales.

3.3. AGORAFOBIA

3.3.1 Etiología

La agorafobia suele aparecer tras un ataque de pánico espontáneo que produce el desarrollo de ansiedad anticipatoria y conductas de evitación de forma que nos recuerda al condicionamiento. Algunos investigadores sugieren que esta agorafobia es una forma de trastorno de pánico; otros consideran que es un trastorno independiente que surge tras un único ataque de pánico inesperado. La agorafobia se mantiene por las conductas de evitación, que previenen el descondicionamiento y los pensamientos aprehensivos, como el miedo al desvanecimiento o al ridículo social, creándose círculos viciosos de ansiedad.

Tabla 7. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE FOBIA SOCIAL.

DSM-IV A.	CIE-10
<p>A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad que sean humillantes o embarazosos. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.</p> <p>B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.</p> <p>C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.</p> <p>D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.</p> <p>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.</p> <p>F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.</p> <p>G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).</p> <p>H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (por ejemplo el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).</p>	<p>A. Debe darse alguno de los siguientes síntomas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante 2. Evitación marcada de ser el foco de atención o a las situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante <p>Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (p.ej. fiestas, reuniones de trabajo o clases)</p> <p>B. Al menos dos de los 22 síntomas de ansiedad (tabla 4) ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tiene que estar entre los cuatro primeros de la lista, y además uno de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rubor facial 2. Miedo a vomitar 3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar <p>C. Malestar emocional significativo, secundario a la conducta de evitación o a los síntomas de ansiedad, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido</p> <p>D. Los síntomas se limitan a, o predominan en, las situaciones temidas o al pensar en ellas</p> <p>E. Criterios de exclusión más frecuentemente usados: los criterios A y B no son debidos a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas o trastornos tales como la esquizofrenia o trastornos relacionados, trastornos del humor o trastorno obsesivo-compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.</p>

3.3.2 Clínica

Los pacientes que sufren agorafobia presentan ansiedad al alejarse de su hogar, en medio de multitudes o en cualquier situación de la que no les resulte fácil salir, muchos pacientes tienen también miedo de los espacios abiertos y de las reuniones sociales. Presentan síntomas del trastorno de ansiedad generalizada acompañándose de una combinación variable de depresión y despersonalización. También existe ansiedad anticipatoria y rechazo de las situaciones que desencadenan ansiedad.

Los ataques de pánico son habituales, tanto como respuesta a estímulos ambientales como de forma espontánea. También son frecuentes las preocupaciones sobre el desvanecimiento o la pérdida de control. Muchas situaciones desencadenan ansiedad y rechazo.

SITUACIONES TEMIDAS Y EVITADAS POR LOS AGORAFÓBICOS.

a. Temas frecuentes:

Separación del hogar.

Multitudes.

Confinamiento.

Espacios abiertos.

Situaciones sociales.

b. Ejemplos:

Transportes públicos.

Tiendas abarrotadas.

Calles vacías.

Excursiones escolares.

Cines, teatros.

Con la evolución del trastorno los pacientes evitan lugares hasta quedar reclusos en sus casas en los casos más graves. Casi todos los pacientes se ponen menos nerviosos cuando están junto a una persona de confianza, y algunos se ayudan de la presencia de un niño, una mascota o incluso un objeto tranquilizador, como una botella o un frasco de pastillas (que no se toman). La ansiedad anticipatoria puede ser grave y aparecer varias horas antes de que la persona se encuentre en la situación temida.

El primer episodio de agorafobia con frecuencia ocurre mientras la persona está esperando por un transporte público o comprando en una tienda abarrotada. De pronto la persona desarrolla un ataque de pánico inexplicable y se va a casa o acude a un servicio de urgencias. La persona se recupera del primer episodio, pero

cuando se vuelve a encontrar en la misma situación o en otra parecida reaparece la ansiedad y de nuevo huye del lugar. Esta secuencia se repite durante semanas o meses con nuevos ataques de pánico en otros lugares, y aparece un aumento de las conductas de rechazo. Es raro encontrar una causa determinada del primer ataque de pánico, aunque algunos refieren un trasfondo de problemas en el momento del mismo.

3.3.3 Diagnostico (Tabla 8)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE AGORAFOBIA

DSM-IV CIE-10	CIE-10
<p>A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.</p> <p>B. Estas situaciones se evitan (por ejemplo se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.</p> <p>C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (por ejemplo evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (por ejemplo evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo evitación de abandonar el hogar o la familia).</p>	<p>A. Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Multitudes 2. Lugares públicos 3. Viajar solo 4. Viajar lejos de casa <p>B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tiene que estar entre los listados entre los cuatro primeros de los 22 enumerados en la tabla 4.</p> <p>C. Malestar emocional significativo secundario a la conducta de evitación o a los síntomas de ansiedad, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido</p> <p>D. Los síntomas se limitan a o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas</p> <p>E. Criterios de exclusión más frecuentemente utilizados: el criterio A no es debido a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos como la esquizofrenia o trastornos relacionados, trastornos del humor o trastorno obsesivo-compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura</p> <p>La presencia o ausencia del trastorno de pánico (F41.0) en la mayoría de ocasiones en que se presenta la situación agorafóbica puede especificarse mediante un quinto dígito:</p> <p>F40.00 Sin trastorno de pánico F40.01 Con trastorno de pánico</p>

3.3.4. Diagnóstico diferencial

-Trastorno por ansiedad generalizada. Suelen presentar ansiedad en muchas situaciones sin las conductas de evitación. Ante la duda es conveniente preguntar si la ansiedad en las primeras fases del trastorno era situacional o generalizada.

-Fobia social. Para diferenciarlos hemos de explorar si existe conducta de evitación y los síntomas en las primeras fases de la enfermedad.

-Trastorno depresivo. La agorafobia se puede acompañar de depresión. Es importante para diferenciarlos explorar la existencia de síntomas depresivos.

-Esquizofrenia. Existen pacientes que presentan delirios de persecución evitando salir y encontrarse con gente de forma que nos puede confundir con agorafobia. Si ocultan ideas delirantes el diagnóstico puede ser complicado, pero es importante realizar una exploración detallada.

3.3.5. Pronóstico

Cuando se ha mantenido durante todo un año es probable que persista durante otros cinco más. Con frecuencia aparecen episodios breves de depresión en el curso de la agorafobia crónica.

3.3.6. Tratamiento

El factor de mantenimiento más importante es la evitación, por lo tanto los pacientes deben de ser alentados a volver a aquellas situaciones que tratan de evitar, procedimiento que se llama exposición. Se debe empezar por situaciones que provoquen poca ansiedad, para ir subiendo de forma gradual por toda una serie de situaciones que producen ansiedad, pero en las que los pacientes deben comprobar cómo conforme se enfrentan a la ansiedad ésta desaparece. Es importante que los pacientes no abandonen la situación hasta que la ansiedad no haya cedido, de otra forma, la experiencia aumentará más que disminuirá la respuesta fóbica cuando se vuelva a producir esa situación.

Para ayudar a los pacientes a permanecer en las situaciones fóbicas el tiempo necesario se les debe entrenar en el control de la ansiedad. Algunos administran benzodiacepinas poco antes de la exposición, pero los pacientes que las toman pueden recaer cuando las abandonen, además el objetivo del tratamiento debería ser favorecer la autoayuda más que el alivio con ansiolíticos.

4. TRASTORNO DE PÁNICO

4.1. Etiología

Hay muchas hipótesis sobre las causas del trastorno de pánico: una la explica por alteraciones bioquímicas, la segunda implica a la hiperventilación y la tercera sugiere una alteración cognitiva. El trastorno de angustia se desarrolla cuando una persona con un control deficiente de sus respuestas autonómicas ante los

acontecimientos estresantes tiene miedo de que esos síntomas de hiperactividad autonómica sean el inicio de una catástrofe médica inminente.

Los parientes de primer grado de los individuos con trastorno de angustia tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Los estudios con gemelos indican una influencia genética en la aparición del trastorno de angustia.

4.2. Clínica

Las principales características de los ataques de pánico son el ascenso rápido de una ansiedad extrema y el miedo a un resultado catastrófico. El diagnóstico del trastorno de angustia se realiza cuando los ataques aparecen de forma inesperada, esto es, no en respuesta a un estímulo fóbico conocido, y cuando se repiten. Al evolucionar, pueden presentarse ataques situacionales además de los espontáneos del inicio.

La frecuencia y gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente. Los individuos se preocupan de una manera característica en relación con las implicaciones o consecuencia que aquellas pueden tener en su vida. Algunos temen que las crisis de angustia anuncien la aparición de una enfermedad no diagnosticada, otros creen que las crisis de angustia indican que se están volviendo locos, están perdiendo el control o ponen en evidencia su debilidad emocional. Algunas personas con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio comportamental significativo, pero niegan tener miedo a nuevas crisis de angustia o estar preocupados por sus posibles consecuencias. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de la agorafobia, en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia.

Durante los periodos intercríticos el paciente se encuentra inicialmente asintomático, pero tras unas pocas crisis, o a veces incluso desde la primera, y, debido al intenso malestar que padeció durante la crisis, se desarrolla una ansiedad anticipatoria ante la posible aparición de nuevos episodios. Con el tiempo, el límite entre los períodos agudos y las situaciones intercríticas con presencia de ansiedad anticipatoria puede difuminarse, lo cual dificulta el diagnóstico. Los pacientes con trastorno de angustia con frecuencia buscan ayuda en los médicos generales, los cardiólogos y otros especialistas para sus síntomas físicos episódicos, como las palpitaciones por miedo a que una enfermedad cardíaca o de otro tipo sea la causa de sus síntomas físicos.

El trastorno de pánico constituye una entidad específica dentro de los trastornos psiquiátricos, es decir, se presenta con frecuencia de forma aislada, brusca, sin desencadenantes aparentes, o incluso en períodos de descanso, vacaciones, fines de semana o durante el sueño del paciente. Esto conduce al paciente a consultar precozmente por su trastorno, tan pronto como aparece, lo cual lo diferencia de otros trastornos como el de ansiedad generalizada, la fobia social o el trastorno obsesi-

vo-compulsivo, en los que por lo general tardan años en consultar por sus problemas.

La repetición de las crisis en el tiempo o el desarrollo de ansiedad anticipatoria y agorafobia o conductas de evitación es frecuente, lo cual explica la elevada comorbilidad de este trastorno con el paso del tiempo. A menudo también desarrolla el paciente cuadros depresivos o recurre al alcohol o al abuso de drogas de carácter sedante para intentar controlar la aparición de las crisis.

4.3.Diagnóstico (tablas 9 y 10)

Según el DSM-IV- AP la característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- 1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- 2.- Sudoración
- 3.- Temblores o sacudidas
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento
- 5.- Sensación de atragantarse
- 6.- Opresión o malestar torácico
- 7.- Náuseas o molestias abdominales
- 8.- Inestabilidad, mareo o desmayo
- 9.- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- 10.-Miedo a perder el control o volverse loco
- 11.-Miedo a morir
- 12.-Parestesias (sensación de entumecimiento u hormiguelo)
- 13.-Escalofríos o sofocaciones.

A menudo llegan a sentir temor a un nuevo ataque y evitan los lugares donde estos ataques han ocurrido. Los pacientes pueden llegar a evitar hacer ejercicio u otras actividades que pueden producir sensaciones físicas parecidas al pánico.

4.4.Diagnóstico Diferencial

-Los ataques de pánico aparecen también en el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por ansiedad fóbica (principalmente la agorafobia), los síndromes depresivos y durante la abstinencia del alcohol. El diagnóstico se realiza mediante la búsqueda de los síntomas específicos de esos trastornos y la descripción de su cronología, por ejemplo, si la depresión precede o sigue al inicio del pánico.

-Muchos procesos patológicos orgánicos pueden llegar a causar síntomas parecidos a los ataques de pánico (arritmia, isquemia cerebral, enfermedad coronaria, tirotoxicosis). La historia clínica y el examen físico pueden ser suficientes para excluir la mayoría de ellos.

4.5. Pronóstico

Aunque no hay datos que se hayan recogido de forma sistemática en cuanto a la evolución de éstos pacientes, algunos se recuperan en unas semanas. En los casos de duración mayor a seis meses suele cronificarse aunque con periodos de mejoría.

4.6. Tratamiento

Tratamiento inicial: El médico de familia que recibe al paciente que ha sufrido un primer ataque de pánico debe intentar evitar la progresión a un trastorno de pánico, explicándole los síntomas físicos de la ansiedad que aunque puedan ser aterradores son a la vez inofensivos. El médico debe explicar que la ansiedad provoca miedo a morir o sensación de perder el control lo cual es un círculo vicioso que genera mas ansiedad. La ansiedad mental y la física se complementan y se refuerzan mutuamente. Concentrarse en los problemas físicos aumentará el miedo. No hay que retirarse o evitar situaciones donde hayan tenido lugar estos ataques: esto reforzará la ansiedad. Al paciente hay que aconsejarle que cuando presente la crisis permanezca donde está hasta que pase la crisis. Debe concentrarse en controlar la ansiedad, no en otros problemas médicos. Practicar la respiración lenta y relajada. Convencerse a sí mismo de que es un ataque de pánico y que los pensamientos y las sensaciones de miedo pasarán pronto. Muchos pacientes mejoran con estos consejos y no necesitan medicación.

Tabla 9.- CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA (DSM IV) O TRASTORNO DE PÁNICO (CIE-10)

TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA (DSM IV)	TRASTORNO DE PÁNICO (CIE-10)
<p>A. Se cumplen 1 y 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes. 2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis. 2.2 Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco). 2.3 Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis. <p>B. Ausencia de agorafobia.</p> <p>C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo).</p> <p>D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (por ejemplo aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (por ejemplo al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés posttraumático (por ejemplo en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (por ejemplo al estar lejos de casa o de los seres queridos).</p>	<p>A. Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación u objeto específicos, y que a menudo se presentan de forma espontánea (es decir, de un modo imprevisible). Los ataques de pánico no se deben a un ejercicio intenso o a la exposición a situaciones peligrosas o amenazas para la vida.</p> <p>B. Un ataque de pánico se caracteriza por todo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Es un discreto episodio de temor o malestar 2.-Se inicia bruscamente 3.-Alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos 4.-Deben hallarse presentes por lo menos cuatro de los síntomas listados a continuación, uno de los cuales debe ser de los grupos (a) a (d): <p><i>Síntomas autónomos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a.Palpitaciones o golpeteo del corazón o taquicardia b.Sudoración c.Temblores o sacudidas d.Sequedad de boca no debida a fármacos o deshidratación <p><i>Síntomas toracoabdominales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> e.Dificultad para respirar f.Sensación de ahogo g.Dolor o malestar en el pecho h.Náuseas o malestar abdominal <p><i>Síntomas relacionados con el estado mental</i></p> <ol style="list-style-type: none"> i.Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento j.Sensación de irrealidad (desrealización) o de sentirse fuera de la situación (despersonalización) k.Sensación de ir a perder el conocimiento o el control, o de volverse loco l.Miedo a morir <p><i>Síntomas generales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> m.Oleadas de calor o escalofríos n.Adormecimiento o sensación de hormigueo <p>C. Criterio de exclusión más usado: El trastorno no es debido a trastorno somático, trastorno mental orgánico, ni a otros trastornos mentales como la esquizofrenia y trastorno relacionados, trastornos del humor o trastorno somatomorfo.</p> <p>El grado de variabilidad individual, tanto del criterio como de la gravedad es muy grande, por lo que mediante un quinto dígito pueden especificarse dos grados, moderado y grave:</p> <p>F41.00 Trastorno de pánico moderado: al menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas</p> <p>F41.01 Trastorno de pánico grave: al menos cuatro ataques de pánico a la semana en el período de cuatro semanas</p>

Tabla 10.- CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA (DSM-IV) (CIE-10: ver agorafobia con trastorno de pánico en la tabla 8)

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - 2.1. -Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - 2.2. -Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco).
 - 2.3. -Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (por ejemplo aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (por ejemplo al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (por ejemplo al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Terapia cognitiva- conductual: Es tan eficaz a corto plazo como el tratamiento farmacológico y tiene menor tasas de recaída. Dado que este tratamiento requiere de recursos especializados debe iniciarse el tratamiento farmacológico y si los ataques persisten considerar la derivación a un especialista .

5. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

5.1 Etiología

Factores predisponentes:

Entre los factores genéticos se ha descrito que los miembros de una familia en la cual hay un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo, estos aparecen con mayor frecuencia, aunque no hay estudios que descarten que esto sea debido a un factor ambiental, ni se han realizado estudios con gemelos.

Los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo tienen una tasa aumentada de signos neurológicos menores, aunque no se haya descrito una lesión neurológica específica. Con las técnicas de imagen cerebral se han descrito cambios funcionales en la corteza frontal orbitaria y en el núcleo caudado. También se han invocado en la etiología de los trastornos obsesivo-compulsivo las experiencias precoces, y las madres con este tipo de trastorno transmitirían a sus hijos mediante el aprendizaje social esta tendencia. Pero aunque en los hijos de estas madres se produce un aumento del riesgo de padecer problemas psiquiátricos inespecíficos, no aumentan los trastornos obsesivo-compulsivos.

Factores precipitantes.

Los trastornos obsesivo-compulsivo se inician tras un episodio vital estresante, aunque no se ha demostrado ninguno de forma específica.

Factores de mantenimiento.

Las conductas de evitación que provocan los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo y que inicialmente reducen la ansiedad, refuerzan a la larga los síntomas obsesivos.

5.2. Clínica.

Los trastornos obsesivo-compulsivo se caracterizan por la presencia de pensamientos obsesivos, conductas compulsivas, y diferentes niveles de ansiedad, depresión o despersonalización. Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas o inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativo. Esta cualidad intrusa e inapropiada hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno, fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que el esperaría tener. El individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.

Los pensamientos obsesivos son palabras, ideas o creencias, reconocidas por los pacientes como propias. Aparecen de forma intrusiva en la mente del paciente, quien trata de eliminarlos. Pueden ser palabras sencillas, frases o rimas, habitual-

mente tienen un contenido desagradable o chocante para el paciente, con frecuencia obsceno o blasfemo.

Las imágenes obsesivas tienen las mismas características de intrusividad y resistencia y se presentan como escenas muy vívidas, aluden con frecuencia a situaciones de violencia o prácticas sexuales anormales u otros temas que desagradan al paciente. Las dudas obsesivas hacen referencia a actuaciones que pueden haber sido inadecuadamente completadas como cerrar la puerta con llave o haber cerrado mal la llave del gas. También pueden referirse a prácticas religiosas, como la necesidad de confesarse.

Los impulsos obsesivos se caracterizan por la necesidad de realizar un acto de consecuencias vergonzantes, generalmente de carácter violento, que aunque no se realice ocasiona una intensa tensión interna al paciente.

Los rituales obsesivos o compulsiones, son acciones repetidas carentes de sentido, que se definen como comportamientos (p.e., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad pero no proporcionar placer o gratificación. Estas compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental.

Los pensamientos obsesivos y los rituales compulsivos pueden empeorar en determinadas situaciones; por ejemplo, los pensamientos obsesivos sobre el daño a terceras personas aumentan en la cocina o en aquéllos lugares donde haya cuchillos. Esta combinación de temores y evitación recibe el nombre de fobia obsesiva. Los pensamientos obsesivos y los rituales conducen a un progresivo entortecimiento de la capacidad del paciente de realizar sus actividades cotidianas. La ansiedad es un elemento adicional importante en los trastornos obsesivo-compulsivos. También aparecen con frecuencia síntomas depresivos, que son en algunos pacientes una reacción lógica a sus síntomas obsesivos, pero en otros constituyen episodios recurrentes de forma independiente

5.3. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el trastorno obsesivo-compulsivo distinguen obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones), o actos (compulsiones). En cambio el DSM-IV establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce ansiedad, o si previene o reduce dichos síntomas. Por lo tanto según el DSM-IV, pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo que serían consideradas obsesiones según la CIE-10. Además los criterios diagnósticos de la CIE especifican una duración mínima de los síntomas de por lo menos 2 semanas. (Tabla 11)

5.5. Diagnóstico diferencial

-Trastorno por ansiedad: Los síntomas obsesivos son menos graves, y aparecen tardíamente durante la evolución del trastorno.

-Trastorno depresivo: En los trastornos depresivos los síntomas obsesivos aparecen después de la depresión. Es importante el diagnóstico correcto ya que los trastornos depresivos con síntomas obsesivos responden bien al tratamiento con antidepresivos,

-Esquizofrenia: La exploración del estado mental y un informador externo puede contar conductas que sugieran este diagnóstico.

-Trastornos cerebrales orgánicos: Aunque los síntomas obsesivos pueden aparecer en la demencia, rara vez son importantes y suelen destacar el resto de las características de la demencia.

5.5. Pronóstico

Cerca de dos terceras partes de los paciente mejoran en un año, el tercio restante sigue un curso crónico, con periodos de remisión que duran meses o años. El pronóstico es peor cuando los síntomas son graves y cuando existen factores estresantes crónicos.

5.6. Tratamiento:

-Medidas generales: Ya que los pacientes tienen con frecuencia miedo de padecer un trastorno mental grave, o de perder el control sobre sus acciones, es importante explicarles que el trastorno obsesivo-compulsivo no evoluciona de esa forma y que no es probable que lleven a cabo ninguno de los impulsos a los que se están resistiendo. Es importante insistir en la necesidad de realizar un gran esfuerzo para resistirse a llevar a cabo los rituales, ya que cronifican el trastorno. Tras pedir consentimiento al paciente es necesario hablar con los miembros de la familia y explicarles lo mismo para que puedan ayudar al paciente a resistir la necesidad de realizar sus rituales. Dado que los síntomas obsesivos pueden ser desencadenados por circunstancias estresantes, sobre todo aquellas que producen en el paciente una reacción de ira que tiene dificultades para expresar, deben encontrarse formas alternativas para manejar esas situaciones, o si esto es difícil, estrategias para evitarlas.

-Terapia de conducta: La técnica de terapia de conducta preferida para los trastornos obsesivos es la prevención de respuesta, para ayudar al paciente a suprimir los rituales mediante la exposición a las situaciones evitadas.

Plan de tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo

- 1.- Derivar al especialista si el trastorno es grave.
- 2.- Aclarar los temores de progresión a la esquizofrenia y de pérdida de control.
- 3.- Animar a la resistencia ante los rituales.

- 4.- Reducir los factores estresantes si es posible.
- 5.- Prescribir un inhibidor de la recaptación de 5-HT y mantenerlo 6 meses.
- 6.-Derivar para terapia de conducta si no mejora o si es grave ya al principio.
- 7.-Utilizar ansiolíticos sólo para el alivio a corto plazo y antidepresivos si existe depresión asociada.

6. TRASTORNO MIXTO ANSIOSO- DEPRESIVO

La CIE-10 incluye bajo el epígrafe F41.2 el trastorno mixto ansioso depresivo, para referirse a aquél paciente que puede presentar una gran variedad de síntomas de ansiedad o depresión. En diversos tratados se considera que ésta entidad diagnóstica constituye un resto atávico de antiguas clasificaciones diagnósticas y que debe ser excluido en la actualidad.

7. REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

7.1 Reaccion a estrés agudo y estrés postraumático

Se define como un trastorno transitorio de gravedad importante en un individuo sano, sin antecedente de enfermedad mental, en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que suele remitir por lo general en horas o días (máximo 2-3 días). Cuando el trastorno persiste durante más tiempo (1 mes) se considera que el individuo presenta un trastorno de estrés postraumático.

7.1.1 Etiología

El agente estresante suele ser una experiencia traumática que implica una seria amenaza para la seguridad o integridad física del individuo o sus personas queridas (catástrofes naturales, accidentes, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del entorno social del individuo (pérdida de varios seres queridos, incendio de la vivienda). En la aparición de este trastorno desempeña un importante papel la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, dado que no todas las personas que se ven sometidas a esos acontecimientos excepcionales lo presentan. En este sentido, el riesgo de aparición aumenta si además de los factores estresantes están presentes factores como el agotamiento físico o factores orgánicos (p. ej., en el anciano)

Tabla 11.-CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

DSM-IV CIE-10	CIE-10
<p>A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones: -Las obsesiones se definen por:</p> <p>a) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.</p> <p>b) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.</p> <p>c) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.</p> <p>d) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).</p> <p>-Las compulsiones se definen por:</p> <p>a) Comportamientos (por ejemplo lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.</p> <p>b) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o bien resultan claramente excesivos.</p> <p>B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.</p> <p>C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (ó académicas) o su vida social.</p> <p>D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).</p> <p>E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.</p>	<p>A. Deben estar presentes ideas obsesivas o actos compulsivos (o ambos) durante la mayoría de los días durante un período de por lo menos dos semanas.</p> <p>B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y compulsiones (actos) comparten las siguientes características, todas las cuales deben hallarse presentes:</p> <p>a) El enfermo las reconoce como propias y no como impuestas por otras personas o influenciadas externamente.</p> <p>b) Son reiteradas y desagradables, y por lo menos una de las obsesiones o compulsiones debe ser reconocida como carente de sentido</p> <p>c) El sujeto intenta resistirse a ellas (aunque con e tiempo la resistencia a alguna de las obsesiones o compulsiones puede volverse mínima). El enfermo opone resistencia sin éxito. Por lo menos una de las obsesiones o compulsiones presentes es resistida sin éxito</p> <p>d) El llevar a cabo las obsesiones o compulsiones no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión)</p> <p>C. Las obsesiones o compulsiones producen malestar o interfieren con las actividades sociales o el funcionamiento normal del sujeto, por lo general por el tiempo que consumen.</p> <p>D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: las obsesiones o compulsiones no son el resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos del humor</p> <p>El diagnóstico puede especificarse más con un cuarto dígito:</p> <p>F42.0 Con predominio de pensamientos y rumiaciones obsesivos</p> <p>F42.1 Con predominio de actos compulsivos</p> <p>F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos Compulsivos</p> <p>F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos</p> <p>F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación</p>

7.1.2 Clínica de la reacción a estrés agudo

Los síntomas pueden ser muy variables, pero es característico un estado de disminución de la reactividad al mundo exterior denominada “embotamiento psíquico” inicial con una disminución del estado de conciencia y de la atención, incapacidad para asimilar nuevos estímulos y desorientación. También es frecuente que aparezcan síntomas vegetativos propios de la crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Una vez remitido el cuadro puede existir una amnesia completa o parcial para el episodio.

7.1.3 Diagnóstico de la reacción a estrés agudo (tabla 12)

El diagnóstico debe solo establecerse si los síntomas duran al menos 2 días y provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente con la actividad del individuo o afectan de un modo notable su capacidad para realizar tareas indispensables.

7.1.4 Diagnóstico diferencial

-Trastorno mental debido a enfermedad médica, consecuencia del acontecimiento traumático (p.ej., traumatismo craneo-encefálico, quemaduras)

-Trastorno relacionado con sustancias por ejemplo en la intoxicación por alcohol

-Trastorno psicótico breve. Aparece en algunos individuos tras acontecimientos de este tipo

-Episodio depresivo mayor, si después del trauma aparece un episodio depresivo mayor, debe considerarse el diagnóstico adicional al del trastorno por estrés agudo.

-Exacerbación de un trastorno mental preexistente, si tras el trauma se produce esto, no debe realizarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo

-Trastorno adaptativo, si el individuo que ha sufrido el trauma no reúne los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo.

-Simulación, cuando existen de por medio compensaciones económicas o de otro tipo

7.2. REACCION A ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

7.2.1 Etiología

Este trastorno surge como una respuesta tardía a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza extremadamente amenazante o catastrófica. P.ej: verse envuelto en una situación que puso en peligro su vida o su integridad física (guerras, secuestro, violaciones, catástrofes naturales, accidentes de tráfico graves, etc.), haber sido testigo de sucesos violentos que provocaron muertos o heridos graves, ser informado a través de un allegado de acontecimientos que implican grandes tragedias (muertes violentas o repentinas, violaciones, etc.) que causarían malestar generalizado en prácticamente cualquier persona.

7.2.2 Clínica

El trastorno se inicia tras un periodo de latencia, desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma. La respuesta del sujeto a esta experiencia debe incluir temor, desesperanza, y horrores intensos reviviendo de forma recurrente el acontecimiento y tratando de evitar todo aquello que se lo recuerde. Es característica la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático. Lo más habitual son los recuerdos intrusos y reiterativos, o bien las pesadillas que rememoran el trauma. A veces se producen estados disociativos, de duración entre segundos u horas, en los que el sujeto revive y actúa como si estuviese produciéndose el trauma de nuevo. A veces estos sujetos desarrollan conductas de evitación ante circunstancias o estímulos que les recuerdan aspectos determinados que vivieron durante el trauma, (“ flashbacks”), experimentando un intenso malestar psicológico, que eluden con estas conductas.

En estos sujetos se produce el llamado embotamiento psíquico o anestesia emocional, con una disminución de la reactividad ante el mundo exterior, y una sensación de desapego emocional de los demás, junto con una marcada incapacidad para sentir emociones (intimidad, ternura, etc.). Suelen tener la sensación de que sus expectativas futuras son desoladoras. También se puede apreciar una hiperactividad que no existía antes del trauma, presentando insomnio, irritabilidad o dificultades para mantener la atención y la concentración, así como sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido al trauma, cuando otras fallecieron.

Tabla 12. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

DSM-IVA.	CIE-10
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1) y 2)</p> <p>1.-La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás</p> <p>2.La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos</p> <p>B.Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <p>1.-Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional</p> <p>2.-Reducción del conocimiento de su entorno (p.ej, estar aturdido)</p>	<p>A. Presencia de exposición a un agente físico o psicológico de excepcional gravedad</p> <p>B. El criterio A se sigue de la inmediata aparición de síntomas (dentro del plazo de una hora)</p> <p>C. Hay dos grupos de síntomas y la reacción al estrés se clasifica como:</p> <p>Leve, si sólo se presentan síntomas del grupo 1</p> <p>Moderada, si se presentan síntomas del grupo 1 y además dos síntomas del grupo 2</p> <p>Grave, si se presentan síntomas del grupo 1 y además cuatro del grupo 2 o un estupor disociativo</p>

<p>3.-Desrealización</p> <p>4.-Despersonalización</p> <p>5.-Amnesia disociativa (p.ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)</p> <p>C.El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.</p> <p>D.Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p.ej., pensamientos sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)</p> <p>E.Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p.ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora)</p> <p>F.Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, p.ej. obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia</p> <p>G.Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.</p> <p>H.Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej.drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.</p>	<p>1) Los criterios B, C y D del trastorno de ansiedad generalizada deben cumplirse (tabla 4)</p> <p>2) a. Aislamiento social b.Estrechamiento del campo de atención c.Aparente desorientación d.Ira o agresividad verbal e.Desesperanza o desesperación f.Hiperactividad inadecuada o carente de propósito g.Duelo incontrolable y excesivo (de acuerdo con la cultura propia del sujeto)</p> <p>D.Si el agente estresante es transitorio o puede ser aliviado, los síntomas deben empezar a disminuir no más tarde de 8 horas después de desaparecer o aliviarse. Si el agente estresante es persistente, los síntomas deben empezar a atenuarse no más tarde de 48 horas</p> <p>E.Criterio de exclusión más frecuentemente usado: ausencia de cualquier otro trastorno de la CIE-10 en el momento de la evaluación con la excepción de trastorno de ansiedad generalizada y trastornos de la personalidad y más allá del plazo de 3 meses de la finalización de un episodio y de cualquier otro trastorno de la CIE-10.</p>
---	--

7.2.3 Diagnóstico (Tabla 13)

Tabla 13.- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

DSM-IV	CIE-10
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1) y 2)</p> <p>1.-La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás</p> <p>2.La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</p> <p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <p>1.-Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma</p> <p>2.Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irrecorable</p> <p>3.El individuo actúa o tiene la sensación de que el suceso traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, alucinaciones, ilusiones, y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).</p> <p>Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico</p> <p>4.Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</p> <p>5.Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento</p>	<p>A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo malestar en casi todo el mundo</p> <p>B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashback), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante</p> <p>C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el agente estresante (no presentes antes de la exposición a éste)</p> <p>D. Una de las dos:</p> <p>1.Incapacidad para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante</p> <p>2.Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puestos de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes:</p>

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p.ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p.e. no espera casarse, obtener un empleo, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas al sobresalto

E. Estas alteraciones (criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar:

Agudo: los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: los síntomas duran 3 meses o más

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño

b) Irritabilidad

c) Dificultad de concentración

d) Facilidad para distraerse

e) Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas

E. Los criterios B, C, D se satisfacen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado, más de seis meses, puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente).

7.2.4 Diagnóstico diferencial

-Trastorno del estado de ánimo o trastorno de ansiedad. En éstos los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la actividad no van precedidos del factor estresante de carácter extremo.

-Trastorno por estrés agudo, donde el cuadro sintomático debe aparecer y resolverse en las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático

-Trastorno obsesivo-compulsivo en el cual los pensamientos intrusos de carácter recurrente son reconocidos como inapropiados por el sujeto, y no están relacionados con la experiencia traumática.

-Esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, delirium, trastornos relacionados con sustancias y trastorno psicótico debido a enfermedad médica, en los que las alucinaciones, ilusiones y otras alteraciones perceptivas deben diferenciarse de los flashbacks típicos del trastorno por estrés postraumático.

7.2.5 Pronóstico del trastorno por estrés posttraumático

El 30% de los sujetos se recuperan completamente

El 40% de los sujetos padecen síntomas leves

El 20% de los sujetos continúan con sintomatología moderada

El 10% de los sujetos no experimentan mejoría o incluso empeoran

Factores de buen pronóstico:

-Comienzo rápido de los síntomas

-Corta duración de los síntomas (inferior a los 6 meses)

-Buen estado premórbido

-Existencia de soporte social adecuado

-Ausencia de trastornos psiquiátricos, médicos o de abuso de sustancias asociados.

7.2.6 Tratamiento

La mayoría de las reacciones agudas por estrés se resuelven sin medicación, aunque esta debe utilizarse si existe gran componente de ansiedad y a veces es necesario tratar algunos de los síntomas como el insomnio.

Al paciente debe explicársele que el estrés tiene a menudo efectos físicos y mentales y que los síntomas persisten de días a pocos meses. Se debe reforzar las posturas positivas que adopte el sujeto para combatir el problema y hacer lo posible para que el paciente reconozca que la importancia de las situaciones estresantes radica en él mismo. Los intervalos de descanso y de alivio del estrés pueden beneficiar al paciente aunque transcurridas unas semanas debe retomar sus actividades.

7.3. TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

7.3.1 Características generales

Los pacientes se sienten sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Presentan alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante (duelo, separación, problema médico, problemas económicos, emigración). El acontecimiento guarda una relación clara con la circunstancia estresante, de modo que el trastorno suele iniciarse en el mes posterior (nunca más allá de tres meses), y los síntomas rara vez exceden de los 6 meses. La predisposición y vulnerabilidad personal desempeñan un papel importante en el desarrollo del cuadro, aunque siempre es necesario que exista el acontecimiento estresante

7.3.2 Clínica.

Las manifestaciones clínicas incluyen humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar problemas, para realizar la rutina diaria, para planificar el futuro, y otras varias. Dichas manifestaciones acaban generando cierta incapacidad para la actividad social o laboral.

7.3.3 Diagnóstico (tabla 14)

Tabla 14.- TRASTORNO DE ADAPTACIÓN (CIE-10)

- A.-** Haber sido expuesto a un estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas.
- B.-** Síntomas o trastornos del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de los trastornos (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales siempre que no se satisfagan los criterios para un trastorno en particular. La forma y la gravedad de los síntomas puede variar de un momento a otro. La característica predominante de los síntomas debe especificarse mediante un quinto dígito:
- Reacción depresiva breve: estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes
 - Reacción depresiva prolongada: estado depresivo leve que aparece como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años
 - Reacción mixta de ansiedad y depresión: destacan los síntomas de ansiedad y depresión, pero con niveles de gravedad no superiores a los especificados para el trastorno mixto de ansiedad depresión u otro trastorno de ansiedad
 - Con predominio de alteración de otras emociones: los síntomas corresponden a varios tipos de emociones, como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer los criterios para el trastorno mixto de ansiedad, pero no son tan predominantes como para que pueda hacerse un diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad más específico. Esta categoría debe utilizarse también para reacciones en la infancia en las cuales se hallen presentes comportamientos regresivos como enuresis nocturna o chuparse el pulgar.
 - Con predominio de alteraciones disociales: el trastorno más sobresaliente afecta el comportamiento disocial, p. ej. en el caso de una reacción de duelo en la que un adolescente se comporta de un modo francamente inadecuado o agresivo.
 - Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas: las características más destacadas son los síntomas emocionales y los trastornos disociales del comportamiento
 - Con otros síntomas predominantes especificados
- C.-** Los síntomas no persisten más de seis meses tras la finalización del estrés o sus consecuencias, a excepción de reacción depresiva prolongada (este criterio no debe impedir el diagnóstico provisional en espera de que el criterio temporal llegue a satisfacerse)

7.3.4 Diagnóstico diferencial

-Trastorno disociativo (de Conversión), si están presentes síntomas disociativos, síntomas graves o infrecuentes de presentación súbita.

-Depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno somatomorfo, si los síntomas persisten de manera llamativa o evolucionan de manera negativa, durante más de un mes y existen síntomas de depresión, ansiedad, o somáticos respectivamente.

7.3.5 Pronóstico

Es favorable si el tratamiento es adecuado. La mayoría de los pacientes retornan a su grado previo de funcionamiento en unos tres meses. Los adolescentes suelen requerir mas tiempo que los adultos para su recuperación y no es infrecuente que desarrollen trastornos del estado de ánimo o trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

7.3.6 Tratamiento

La mayoría de los paciente que presentan trastornos de adaptación se resolverán bien sin medicación aunque si existe un gran componente de ansiedad o insomnio debe utilizarse, aunque por periodos breves.

8.PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Desde la perspectiva del abordaje preventivo probablemente la principal preocupación del profesional de la Atención Primaria la constituyen la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y los trastornos por estrés postraumático. Las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivo son condiciones mas concretas y difíciles de manejar en las consultas de atención primaria y es necesario generalmente remitirlas a los servicios psiquiátricos o psicológicos especializados cuando esto es posible.

OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Identificar a los individuos o grupos de alto riesgo de desarrollar problemas de ansiedad e introducir estrategias para reducir ese riesgo

La detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos

Disminuir el riesgo de recaídas

Minimizar la discapacidad y la minusvalía en los casos en que los síntomas de ansiedad son prolongados y severos.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Identificación de los individuos de alto riesgo

a-Factores de riesgo relacionados con las experiencias:

Factores estresantes crónicos, vivienda, problemas de relación y problemas laborales, que pueden desencadenar estados de ansiedad generalizada.

Acontecimientos vitales estresantes, tales como pérdida de trabajo, divorcio o violaciones que pueden ser el origen de ataques de pánico o trastornos por estrés postraumático

En el entorno de la atención primaria constituyen factores estresantes psicológicos muy importantes enfermedades agudas como el infarto de miocardio, o crónicas, como la diabetes mellitus, la artritis o la insuficiencia cardiaca. También puede ser vivida como amenazante el nacimiento de un hijo, particularmente por las mujeres primíparas.

b-Factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad: incluyen la personalidad, estilo cognitivo y ausencia de apoyo social.

Personalidad: - Ansiedad como *rasgo* o condición crónica que predispone a un individuo a los problemas de ansiedad

- Ansiedad como *estado* una emoción transitoria desencadenada por un agente estresante

Estilo cognitivo:, ciertos prejuicios y distorsiones cognitivas predisponen a los individuos a reaccionar fuertemente ante las situaciones estresantes. El catastrofismo, la sobre-generalización, la exageración, ignorar lo positivo o buscar activamente estímulos fóbicos. Estos estilos cognitivos están con frecuencia estrechamente conectados con una deficiente autoestima y falta de afirmación personal.

Apoyo social. La presencia de un confidente parece ser de particular importancia, ya que actúa como un amortiguador tanto frente a la ansiedad como a la depresión. La falta de ese confidente incrementa grandemente el riesgo de ansiedad.

Estrategias de prevención primaria

a-La consulta

Un abordaje sensato de la situación en la consulta constituye la base esencial para la prevención de la ansiedad y otras enfermedades mentales en atención primaria. Aunque siempre es necesaria cierta flexibilidad y adaptación a cada caso, existen pruebas claras de los beneficios que aporta seguir una serie de reglas durante la consulta:

Ambiente físico: la consulta debe tener un entorno confortable y en el que se respete la intimidad del paciente, y en el que las interrupciones sean mínimas

Tiempo: está probado que una consulta reducida (7 minutos o menos) explora menos problemas psicosociales relevantes

El estilo de realizar la consulta debe resultar amigable y sin prisas. Se debe mantener el contacto ocular durante la mayor parte del tiempo. Inicialmente se deben utilizar preguntas abiertas, y posteriormente más directas para aclarar ciertos temas. La técnica de escucha activa, asentir con la cabeza, utilizar frases como “continúe, por favor”, “podría explicarme...”, estimulan al paciente a dar una descripción completa y minuciosa de sus problemas.

Buscar activamente información sobre las preocupaciones e intereses del paciente y tomarla con seriedad. En el paciente además de los problemas físicos, las preocupaciones incluyen a menudo dificultades psicológicas, sociales y espirituales. También resulta útil dar al paciente la oportunidad de describir sus posibles agentes estresante y acontecimientos vitales.

Este abordaje de la consulta tiende a reducir la sensación de aislamiento social de los pacientes y sus tendencias a adoptar estilos cognitivos negativos. Además promueve su autoconfianza y su capacidad para afrontar y resolver problemas y es por esto que reduce la vulnerabilidad del paciente frente a la ansiedad cuando se enfrenta a agentes estresantes externos.

b-Prevención en grupos de alto riesgo

Dentro de los centros de atención primaria, es posible formar grupos de personas que están afrontando problemas comunes, como por ejemplo el climaterio, la jubilación, el desempleo y utilizar una mezcla de técnicas educacionales y terapéuticas para reducir el riesgo futuro de que padezcan problemas de salud mental.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Detección precoz y tratamiento precoz de los nuevos casos

Mantener un alto grado de sospecha:

Es muy importante que el médico de atención primaria se plantee un diagnóstico de ansiedad en todos los casos en los que el paciente se presenta con problemas físicos, cuando éstos no se puedan incluir dentro de una categoría diagnóstica clásica. De esta manera se aumenta la probabilidad de detectar y tratar este problema psicológico y disminuir los gastos y complicaciones derivadas de exploraciones innecesarias.

Instrumentos de despistaje. Existe una plétora de instrumentos, entre los cuales están

-Cuestionarios auto-administrados, el que posiblemente es más utilizado en la atención primaria es el Cuestionario General de Salud, en su versión reducida, que incluye una subescala para la ansiedad que es adecuada para ser utilizada en estudios de población y también formando parte de una evaluación durante la consulta. Las preguntas se muestran en la tabla 15

Tabla 15. Escala abreviada de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)

Cuestiones a preguntar al paciente:

- ¿Se ha sentido nervioso o al límite?
- ¿Ha estado preocupándose mucho?
- ¿Ha estado irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si se responde “sí” a dos o más de las anteriores, continúe preguntando:

- ¿Ha estado durmiendo mal?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblor, hormigueos, mareos, vahídos, sudores, diarrea?
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido dificultades para dormirse?

Adjudique un punto a cada “sí”. Sume los puntos obtenidos. Si el total alcanza cinco o más, indica una probabilidad del 50% de un trastorno clínicamente importante.

Algunos autores encontraron que un programa de despistaje estaba asociado a menores tasas de utilización de los servicios sanitarios, pero no tuvieron impacto en los outcomes funcionales o con la satisfacción de los pacientes al cabo de tres meses. Por lo tanto el despistaje de ansiedad debe llevarse a cabo si el equipo de atención primaria tiene el conocimiento, las habilidades y los recursos para ofrecer intervenciones precoces efectivas para los nuevos casos que se detecten durante el proceso.

Tratamiento precoz de los nuevos casos

Las intervenciones psicológicas forman el eje principal del tratamiento precoz de los nuevos casos de ansiedad en atención primaria, y muchas de ellas son lo suficientemente sencillas y rápidas como para ser llevadas a cabo por los médicos de atención primaria.

Hay una gran variedad de intervenciones psicológicas para la prevención secundaria de la ansiedad que son efectivas y están disponibles para la atención primaria.

Cuando se establece inicialmente un diagnóstico de ansiedad hay varios pasos que el médico de atención primaria puede dar y que en muchos casos serán suficiente para reducir la severidad y la duración del trastorno:

Si la ansiedad se manifiesta bajo la forma de dolor o como un síntoma físico específico, reconocer que el síntoma o el dolor es real.

Explicar con seguridad y claramente que el paciente no padece una enfermedad física.

Explique que el paciente está sufriendo a causa de la ansiedad y que esto es un cuadro común y tratable.

Si parece que el paciente requerirá ayuda específica suplementaria por parte de otros profesionales sanitarios, se pueden añadir los siguientes pasos:

Explique que la ansiedad ha surgido como resultado de un proceso de aprendizaje para responder a ciertas situaciones estresantes de forma inapropiada, y que es posible aprender nuevas formas, más adecuadas, de responder a esas situaciones en el futuro.

Reafirme al paciente que el médico y los demás miembros del equipo de atención primaria serán capaces de ayudarlo, y explicarle cómo se va a organizar esta ayuda.

Proporcione al paciente una hoja con consejos sobre la ansiedad, que debe incluir información en un lenguaje cotidiano sobre la naturaleza y efectos de la ansiedad, y consejos sobre la relajación, respiración, y métodos para controlar los pensamientos perturbadores. Esto ha demostrado ser un método muy efectivo desde el punto de vista del consumo de tiempo para reducir los síntomas de pánico y del trastorno de ansiedad generalizado

Ofrecer al paciente la oportunidad de utilizar una cinta de relajación, aprendiendo respiración controlada y técnicas de relajación.

El médico de atención primaria puede aconsejar también a los pacientes ansiosos sobre tres diferentes categorías de “técnicas de distracción”, distracciones físicas (pasear al perro, ir a nadar, poner en orden los libros); reconcentrarse, con lo que el paciente aprende a desviar la atención hacia aspectos del entorno que le rodea; y ejercicios mentales, por ejemplo, hacer cálculos mentales.

Intervenciones psicológicas focalizadas.

Se ha evidenciado que las intervenciones psicológicas focalizadas son efectivas en el tratamiento precoz de la ansiedad y trastornos mentales relacionados.

En la “terapia de solución de problemas” se ayuda a los paciente a identificar las causa de su ansiedad y se acuerda un programa de acciones para cambiar sus conductas. Tiene seis fases:

Definir los problemas en los propios términos del paciente

Situar los problemas en un orden de importancia

Reflexionar y exponer las posibles soluciones del problema más importante

Escoger la mejor solución y hacer planes detallados para llevarlo a cabo

Ponerla en práctica

Evaluar el resultado

Proporciona al paciente un método para mejorar su propia situación y le ayuda a obtener una sensación de conseguir logros personales y aumentar su autoconfianza, en lugar de aumentar en el paciente la sensación de que tiene que depender de los profesionales sanitarios para que curen sus problemas por él.

Esta terapia de solución de problemas realizada por médicos de familia son tan efectivas como la farmacoterapia en un amplio número de casos de ansiedad y depresión.

La “terapia cognitiva conductual” busca modificar las conductas y los pensamientos negativos del paciente, sin centrarse en las causas subyacentes del problema. Se ha visto que produce una respuesta más fuerte y consistente que los tratamientos farmacológicos para los trastornos de pánico y la agorafobia en la atención primaria. Requiere mayor entrenamiento del terapeuta y más tiempo, es por tanto, realizada por psicólogos clínicos o psiquiatras y es, por lo tanto menos útil en atención primaria.

Los grupos de autoayuda con apoyo profesional, con frecuencia mezclan abordajes de terapia de solución de problemas, de relajación y de proporcionar información. Son aceptables para los pacientes y pueden ser muy efectivos

PREVENCIÓN TERCIARIA

Prevención de recaídas

Se han propuesto varias estrategias psicológicas específicas que es probable que sean de utilidad para reduce el riesgo de recaídas, especialmente si son incluidas en el proceso terapéutico desde el comienzo. Su objetivo es:

Aumentar la sensación de control del paciente.

Enseñar al paciente a detectar los síntomas iniciales de la recaída.

Identificar las situaciones de alto riesgo cuando es probable que haya una recaída y establecer estrategias para afrontarlas, incluyendo la visita a profesionales.

Motivar al paciente a que continúe practicando las habilidades aprendidas durante la terapia.

Estas técnicas son empleados por los psicólogos clínicos, pero también pueden ser incorporados por los médicos de atención primaria.

Reducción del daño

Habitualmente los pacientes con ansiedad severa y crónica son bien conocidos por los miembros de los equipos de atención primaria. Estos pacientes deberían ser derivados al menos en una ocasión a la unidad de salud mental, para su valoración y recibir asesoría para su manejo. Hay varias estrategias que se pueden seguir desde la atención primaria para reducir el daño

Explicar de forma reiterada y reforzar el diagnóstico de ansiedad de una forma positiva

Mantener la investigación y la referencia a problemas físicos en un mínimo

Ofrecer un programa estructurado de consultas breves regulares, de manera que el paciente tenga la oportunidad de aprender que puede resistir los problemas que aparecen entre consultas y no necesita atención inmediata a causa de una crisis. Tras un periodo de tiempo adecuado, la frecuencia de las consultas regulares puede irse reduciendo de forma paulatina.

Ayudar al paciente a reconocer los problemas interpersonales y estimularle a buscar ayuda para ellos.

Estimular al paciente para que desarrolle y haga más uso de sistemas de apoyo social informales, incluyendo los miembros de la familia, organizaciones religiosas y grupos de autoayuda.

9. INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ANSIEDAD

9.1. General Health Questionnaire (GHQ), ideado en 1972 por Goldberg, en atención primaria se ha impuesto la versión de 28 items, adaptada por el propio autor y validada al español por Lobo, que en pocos minutos interroga al paciente sobre cuestiones de salud mental con similar validez y poder discriminativo que la versión original de 60. Anexo 2

9.2. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)

Su utilización constituye una herramienta extraordinariamente eficaz y sencilla para el quehacer diario del médico de familia, recomendado por el subprograma de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), de la Sociedad Española de Medicina de Familia, para la detección precoz de los trastornos de ansiedad y de la depresión, sugiriéndose su utilización, cuando menos, como guía de la entrevista en atención primaria. Validada en atención primaria por Montón et al en 1993. Para los valores indicados el test presenta: Sensibilidad 83%-Especificidad 82% Tabla 15. Anexo 3.

Para la concreción nosológica (trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia y otras fobias, trastornos obsesivo-compulsivo, estrés agudo o postraumático...), los test y escalas de ámbito general existentes no resultan satisfactorios o incluso son anteriores a las modernas clasificaciones. Hay, sin embargo dos escalas diagnósticas de ansiedad que se utilizan actualmente

9.3. Escala de Ansiedad de Taylor, versionada en español por Conde. Anexo 4.

9.4. Escala de Ansiedad de Hamilton, (Hamilton, 1959). Esta escala es sin duda la más utilizada para la medición de la ansiedad, y hasta hace poco se consideraba válida para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada. Anexo 5.

10.CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL

10.1.- TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA, incluye agorafobia y fobia social.

Hay que considerar la necesidad de derivación a la Unidad de Salud Mental si en el paciente persisten temores discapacitantes, por ejemplo si el paciente es incapaz de salir de casa. Si puede ser posible, enviar al paciente para que reciba terapia cognitivo-conductual, que puede ser muy eficaz en pacientes que no mejoran.

10.2.- TRASTORNO DE PÁNICO.

Si los ataques persisten a pesar de los tratamientos indicados, considerar la derivación, o si estos aparecen al retirar la medicación.

Ante la aparición de complicaciones (alcoholismo, depresión)

Si existe riesgo de suicidio.

Si es posible, enviar al paciente que no mejora a que reciba terapia cognitivo-conductual.

El pánico causa con frecuencia síntomas físicos. Evitar las consultas médicas que no sean necesarias.

10.3.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

Remitir al enfermo a la consulta de salud mental puede ser necesario si persiste una fuerte ansiedad durante más de tres semanas de tratamiento farmacológico asociado con psicoterapia de apoyo o el trastorno es incapacitante (interfiera en su adaptación social y laboral de manera significativamente grave). También en presencia de comorbilidad psiquiátrica (depresión mayor, trastorno de pánico, abuso y / o dependencia de sustancias) u orgánica (enfermedad grave de larga evolución) grave

10.4.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

Cuando el paciente no presenta una buena adaptación socio-laboral, o bien no se puede identificar claramente un factor desencadenante de sus síntomas, o los síntomas evolucionan de forma variable y hacia la cronicidad y no son de carácter episódico es necesario derivar a la unidad de salud mental. Cuando existen dudas del diagnóstico.

El trastorno obsesivo-compulsivo se asocia con frecuencia a otros trastornos de ansiedad, a trastorno depresivo mayor (hasta dos tercios de los casos) y a trastornos de la conducta alimentaria, así como al consumo excesivo de alcohol, fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y también a preocupaciones hipocondríacas. También es necesario tener en cuenta que el suicidio es un riesgo de todos los pacientes con este trastorno. En ocasiones, dada su gravedad, este trastorno requiere hospitalización psiquiátrica (hecho muy infrecuente en el resto de trastornos de ansiedad).

Cuando hay falta de respuesta al tratamiento farmacológico convencional.

También ante la falta de dominio de las técnicas conductuales.

10.5.- REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN.

Si persisten los síntomas durante más de un mes, estudiar la posibilidad de otro diagnóstico (ver diagnóstico diferencial). Seguir los consejos de consulta que se dan para esos diagnósticos.

11. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD

1.- OBJETIVO TERAPÉUTICO

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad, que incluye los trastornos psíquicos, la tensión muscular, la hiperactividad autonómica y el insomnio.

Frecuentemente los pacientes con ansiedad generalizada necesitan, además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses de tratamiento), la administración de un tratamiento crónico (más de 6 meses) para prevenir las recaídas. Esto hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción. Además esta medicación será más útil si demuestra eficacia frente a las patologías concomitantes y reduce la discapacidad del paciente con ansiedad, mejorando su calidad de vida.

2.- BASES DE LA FARMACOTERAPIA

Hay cuatro tipos de fármacos que han sido evaluados mediante ensayos clínicos controlados en pacientes con ansiedad generalizada: benzodiazepinas, buspirona, hidroxicina y antidepresivos. Aunque se administran neurolépticos a estos pacientes para evitar el uso de benzodiazepinas, no existe suficiente evidencia basada en estudios clínicos que apoye su empleo, además de presentar efectos tóxicos característicos (como los trastornos extrapiramidales) incluso a dosis bajas.

Tampoco los bloqueantes beta-adrenérgicos se han evaluado adecuadamente en estos pacientes.

2.1.- Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas son los medicamentos que tienden a prescribirse con mayor preferencia en los pacientes con ansiedad. La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. La principal desventaja de estos fármacos en tratamientos cortos es la sedación, pero frecuentemente se desarrolla tolerancia a este efecto.

Pero aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente. En el tratamiento crónico de estos pacientes hay que tener en cuenta la frecuente asociación de la ansiedad con otros problemas psiquiátricos (depresión, pánico, trastornos obsesivo-compulsivos), para los cuales las benzodiazepinas no son deseables o no constituyen el tratamiento de primera elección. Además, su administración prolongada se ha asociado a la producción de dependencia física con síndrome de abstinencia (disforia, convulsiones, etc.), y a la aparición de efectos adversos tales como ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caída al suelo, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligrosa, trastornos de memoria a corto plazo, e incluso el desarrollo de depresión. Los pacientes que toman benzodiazepinas presentan un riesgo de accidentes de tráfico entre 1.45 y 2.4 veces superior a los que no toman estos fármacos; este riesgo es mayor si se ingieren dosis elevadas. El uso de benzodiazepinas en el embarazo se ha asociado a un aumento del riesgo de labio leporino y hendidura palatina, pero algunos estudios recientes ponen en duda esta asociación. No obstante, sí se ha asociado el uso de estos fármacos al final del embarazo con hipotonía neonatal y síndrome de abstinencia neonatal. Su consumo por la madre durante la lactación puede producir sedación e hipotermia en el lactante.

El efecto cuantificado de las benzodiazepinas en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado (efecto de benzodiazepinas/ efecto del placebo) al cabo de 8 semanas es estadísticamente superior con diazepam (67%) que con placebo (39%), aunque es algo inferior al del conjunto de terapias ansiolíticas. Existen pocos estudios que comparen el efecto de distintas benzodiazepinas, por lo que el empleo de éstas en la práctica viene determinado por la facilidad de su manejo, la experiencia del médico prescriptor y la farmacocinética del medicamento.

Para muchos, la única indicación de las benzodiazepinas como tratamiento de primera elección en el tratamiento de la ansiedad es el control de las reacciones agudas de ansiedad, situación en la que su rápido comienzo de acción y escasa toxicidad aguda son óptimos para alcanzar el objetivo de producir un rápido alivio y control sintomáticos. También se consideran medicamentos muy adecuados, como

medicación concomitante, para el tratamiento intermitente o episódico de exacerbaciones agudas de ansiedad en los pacientes con ansiedad generalizada, o en los trastornos del sueño de estos pacientes al inicio del tratamiento con antidepresivos. En éste último caso, los pacientes deben estar en situación de estabilidad respecto al tratamiento con antidepresivos al menos durante cuatro semanas antes de retirar las benzodiacepinas, lo que se debe hacer muy lentamente durante uno o dos meses.

El tratamiento agudo con benzodiacepinas puede derivar al uso crónico ya que los pacientes experimentan una rápida recuperación de su bienestar mientras toman estos fármacos, y desean continuar con el tratamiento. Esto no es un argumento en contra del uso agudo de benzodiacepinas, pero podría dificultar el empleo adecuado de antidepresivos en el trastorno de ansiedad generalizado.

Las diferentes benzodiacepinas.

Las benzodiacepinas agonistas (ansiolíticas), se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este neurotransmisor. Son fármacos muy liposolubles que se absorben rápidamente por vía oral, pasan a sangre y atraviesan con facilidad la barrera hemato-encefálica, y se eliminan por metabolismo hepático. La absorción intramuscular, excepto en el caso de lorazepam, es muy errática. Las benzodiacepinas varían mucho en su metabolismo hepático, y son clasificadas en función del proceso metabólico que sufren, y su velocidad, en benzodiacepinas de acción corta (p.ej. midazolam), de acción intermedia (alprazolam, bromazepam, ketazolam, lorazepam) y de acción prolongada (diazepam, medazepam). Todas las anteriores, excepto bromazepam, producen metabolitos activos.

Los fármacos depresores del sistema nervioso central potencian los efectos de cualquier benzodiacepina y, a su vez, son potenciados por cualquiera de ellas. El ejemplo más claro es el alcohol, y también los opiodes, algunos antihistamínicos, antidepresivos, antipsicóticos. Otros fármacos impiden el metabolismo hepático de las benzodiacepinas, aumentando así sus concentraciones plasmáticas y potenciando sus efectos. Estas interacciones no son las mismas para todas las benzodiacepinas, por lo que el médico debe conocer muy bien el riesgo particular de interacciones de cada benzodiacepina que maneje; algunos ejemplos son la inhibición del metabolismo de diazepam por cimetidina, fluoxetina o disulfiram, el de alprazolam por eritromicina, dextropropoxifeno o fluoxetina, o el de midazolam por cimetidina, diliazem, eritromicina, ketoconazol, itraconazol o verapamilo.

2.2.- Bupirona

Como grupo, los fármacos agonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT-1A no son eficaces en el tratamiento de la ansiedad, con la excepción de bupirona. Los primeros hallazgos de los ensayos clínicos aleatorizados con este fármaco mostraron que era tan eficaz como las benzodiazepinas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y un perfil de toxicidad diferente (los eventos adversos más frecuentes son mareos y vértigo –64%- náuseas –34%- y somnolencia –19%-). El porcentaje de pacientes tratados con bupirona que responde de modo clínicamente relevante al tratamiento es significativamente superior a placebo (54-55% vs 28-35%). No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de bupirona, y otros demuestran que el comienzo de acción de este fármaco es más lento y gradual que el de las benzodiazepinas. Además, este fármaco carece de eficacia frente a la co-morbilidad presente en estos pacientes. Por todo ello, no se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad.

2.3.-Hidroxicina

La hidroxicina es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se dispone de muy pocos datos de ensayos clínicos con este fármaco, que en algún caso ha mostrado ser más eficaz que placebo en el tratamiento de la ansiedad, pero no en la depresión, trastornos de pánico, fobia social o trastornos obsesivo-compulsivos. Causa poca dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad.

2.4.- Antidepresivos

La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en el paciente con ansiedad generalizada. En ocasiones, a partir de los datos de estudios llevados a cabo con un fármaco (p.ej. un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un antidepresivo tricíclico (ADT)) se realizan extrapolaciones y generalizaciones a todos los fármacos del grupo (ISRS, ADT), o incluso a todos los antidepresivos, sin que hasta el momento dispongamos de estudios que permitan sustentar estas extrapolaciones. Mientras no dispongamos de evidencia suficiente, los resultados de los ensayos deberían fundamentar sólo el empleo de los medicamentos estudiados de modo adecuado, y no de otros fármacos aparentemente similares.

2.4.1.-Antidepresivos tricíclicos (ADT)

Los ADT son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y antagonistas de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Disponemos de suficiente evidencia de que algunos ADT, sobre todo imipramina, son tan eficaces como las benzodiazepinas en el tratamiento de la ansiedad, y superiores a éstas en eficacia a largo plazo.

Los datos globales favorecen a imipramina sobre alprazolam; alprazolam es más eficaz que imipramina en el control de los síntomas somáticos de la ansiedad, incluidos los síntomas cardiovasculares, de sueño y autonómicos, pero imipramina es más eficaz que alprazolam en el control de los síntomas psíquicos, incluidos la ideación anticipatoria y la disforia. En un estudio comparativo de imipramina, trazodona, diazepam y placebo, el porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento con mejoría en los síntomas de ansiedad fué del 73%, 69%, 66% y 47% respectivamente.

Con imipramina y trazodona pueden aparecer efectos adversos entre los que destacan los anticolinérgicos (sequedad de boca, trastornos visuales, estreñimiento, retención urinaria, alteraciones cardíacas), hipotensión postural, aumento de apetito, temblor, sedación y confusión. Su utilización se ha asociado como factor causal con un 12% de muertes por sobredosificación, frente a un 8% con benzodiazepinas. Su uso es más peligroso en ancianos o en pacientes con patología cardiovascular, glaucoma, hipertrofia de próstata, bajo umbral convulsivo, afectación hepática o renal grave o feocromocitoma. El riesgo de caídas y fractura de cadera es de 2-2.4 veces superior en pacientes tratados con ADT, siendo algo menor (1.8-2) con ISRS y con trazodona (1.2). Estos fármacos potencian el efecto de otros anticolinérgicos, y sus concentraciones plasmáticas y toxicidad puede incrementarse en presencia de otros fármacos que inhiben su metabolismo hepático, como quiniidina, cimetidina, estrógenos, fluoxetina, y, en menor proporción, paroxetina. No deben asociarse con IMAO por riesgo de agitación, temblor, hiperpirexia y coma. Pueden aumentar el efecto de los anticoagulantes orales, disminuir el efecto de algunos hipotensores, aumentar las concentraciones séricas de fenitoína y potenciar el efecto depresor del alcohol.

2.4.2.-Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

En ensayos clínicos frente a placebo, el número de pacientes con ansiedad que mejoran claramente respecto a la situación basal, a las 8 semanas de tratamiento, varía del 55% al 64% con paroxetina y del 40% al 50% con placebo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Entre los efectos adversos de los ISRS destacan los problemas digestivos y los trastornos de la función sexual. Otros problemas menos frecuentes son la hiponatremia, trastornos motores, trastornos del sueño, alteraciones hepáticas. Paroxetina es el más anticolinérgico de los ISRS. Inhibe la oxidación hepática de otros fármacos, siendo importante tener precaución por este motivo si se asocia paroxetina con ADT y algunos neurolépticos o antiarrítmicos. Se debe vigilar su posible interacción con antiepilépticos, anticoagulantes orales, calcio-antagonistas, cimetidina, triptófano, IMAO, prociclidina. Debe modificarse la dosis en insuficiencia renal o hepática severas y en algunos ancianos.

2.4.3.-Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Venlafaxina de liberación prolongada ha demostrado ser más eficaz que placebo y que buspirona en el control de los síntomas de ansiedad durante los seis

meses del estudio en dos ensayos controlados. Entre las reacciones adversas más frecuentes con venlafaxina están los trastornos digestivos, mareos, trastornos visuales, insomnio, nerviosismo, temblor, trastornos de la función sexual, astenia, dolor. Otras reacciones adversas frecuentes (>1/100 pacientes tratados) son: hipertensión, migraña, taquicardia, arritmias, equimosis, amnesia, confusión, y reacciones alérgicas. No se debe asociar con IMAO ni administrarse a pacientes con convulsiones, y la dosis debe reducirse en pacientes con trastornos hepáticos o renales graves.

3. RECOMENDACIONES FINALES Y ESQUEMA TERAPÉUTICO

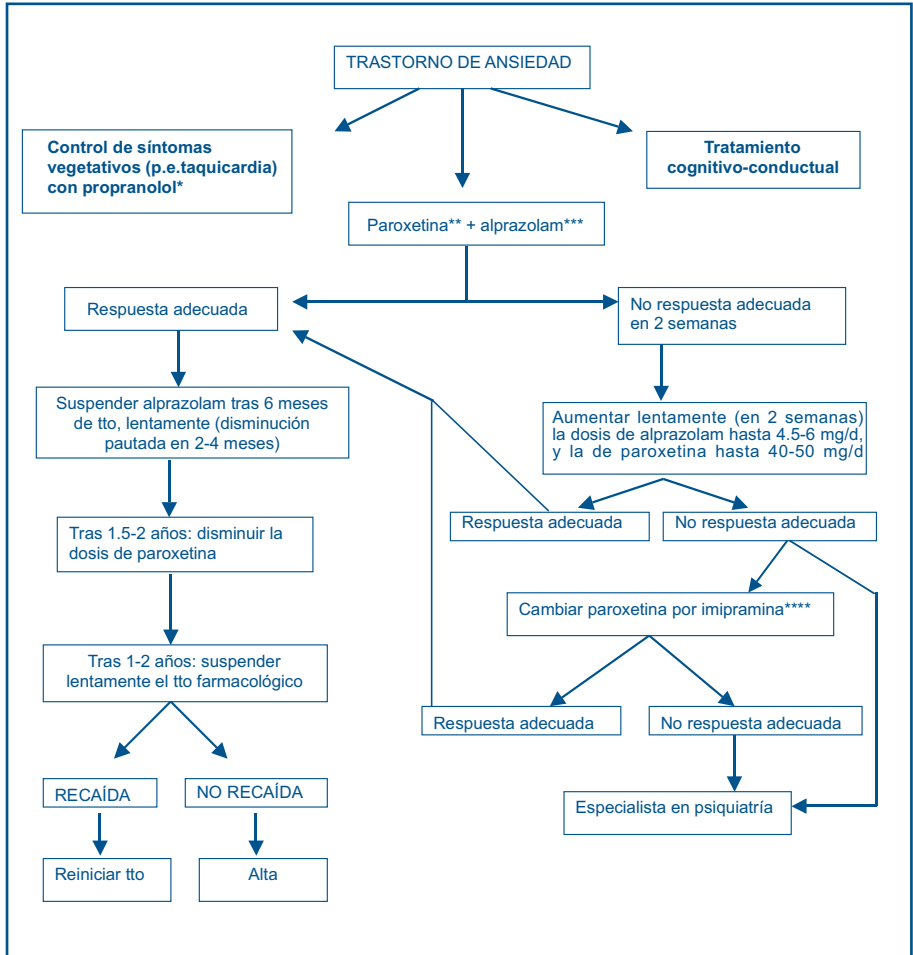
Cuando el paciente sufre una reacción aguda de ansiedad, con una duración estimada de 2 a 6 semanas, es adecuado utilizar benzodiazepinas. Sin embargo, cuando el paciente presenta ansiedad crónica generalizada, y particularmente en condiciones co-mórbidas y en los que existe un aumento del riesgo de suicidio, los antidepresivos como imipramina, paroxetina o venlafaxina deberían ser los fármacos de primera elección, vigilando adecuadamente la aparición de efectos adversos, y realizando una prevención adecuada del riesgo de caídas al suelo y de interacciones farmacológicas (Ver figura 2). Con todos los fármacos, pero de un modo especial con los ADT, debe revisarse con detalle la ficha técnica de cada producto para su uso adecuado.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de enfermedades, 10ª . ed. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Meditor, 1996.
2. Classification of mental disorders in primary care [editorial]. Lancet 1988; 2: 1002-1003.
3. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model. London: Routledge, 1992.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para atención primaria. DSM-IV-AP. Barcelona: Masson, 1997.
5. Vázquez Barquero JL, ed. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica. 1998.
6. Goldberg D, Huxley P. Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Nieva, 1990.
7. Croft-Jeffreys C, Wilkinson G. Estimated costs of neurotic disorders in UK general practice 1985. Psychol Med 1989; 549-558.
8. Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen HU, eds. Psychological disorders in general medical settings. Toronto: Hogrefe & Huber, 1990

9. Sartorius N, Ustun TB, Costa S, Goldberg D, Lecrubier Y. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on "Psychological problems in General Health Care". Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 819-824.
10. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Oxford Textbook of Psychiatric, 2ª. Ed. Oxford: OxfordMedical Publications, 1989.
11. Bobes García J, Bousoño García M, González Garcia-Portilla MP, Sáiz Martínez PA. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Masson. 2001
12. Roca Bennasar M, Leal Cercós C, Baca Baldomero E, Cervera Enguix S, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, Cuenca Fernández E. Trastornos neuróticos. Ars Médica. 2002.
13. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Roselló L, Gimeno Ruiz de Porras D. Recursos psicométricos utilizables en atención pimarria. Novartis.
14. Bobes García J, Bousoño García M, García-Portilla González M P, Sáiz Martínez P A. Trastorno de ansiedad generalizada. Ars Médica 2002
15. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry;62(S11)53-8.
16. Davidson, JRT. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2001;62(S11)16-50.
17. Gale C, Oakley-Browne M. Anxiety disorder. B M J 2000;321:1204-7.
18. Lader M. Psychiatric disorders. En "Avery's drug treatment", Speight TM and Holford NHG eds. Adis Int Lim. 4ª ed 1997: 1395-451.

Figura 2.- Algoritmo-guía ejemplo para el tratamiento del trastorno de ansiedad



* Sumial®; 10-40 mg/6-8 h; contraindicado en asma, bloqueo A-V, Insuficiencia cardiaca congestiva

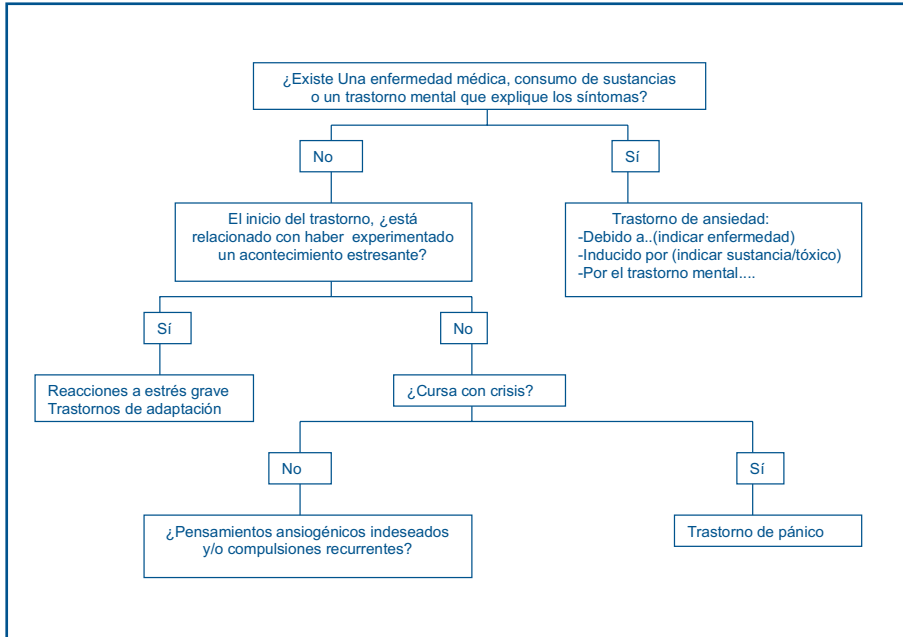
**Casbol®; Frosinor®; Motivan®; Seroxat®: 20 mg/d.

***Alprazolam®; Tranquimazin®; Tranquimazin retard®: 0.25-0.5 mg 3 veces/d, aumentando en 1 semana hasta 3 mg/d; retard: 2 tomas/d

****Tofranil®: 100-300 mg/d

ANEXO 1.- ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

DAD



Anexo 2: GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-28)

Por favor lea cuidadosamente: Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

Últimamente:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual

Igual que lo habitual

Peor que lo habitual

Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto

No más de lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
- B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual
 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
 - No, en absoluto
 - No más de lo habitual

- Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
No, en absoluto
No más de lo habitual
Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
No, en absoluto
No más de lo habitual
Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
No, en absoluto
No más de lo habitual
Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
- C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
Más activo que lo habitual
Igual que lo habitual
Bastante menos que lo habitual
Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
Más rápido que lo habitual
Igual que lo habitual
Más tiempo que lo habitual
Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
Mejor que lo habitual
Aproximadamente lo mismo
Peor que lo habitual
Mucho peor que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
Más satisfecho
Aproximadamente lo mismo que lo habitual
Menos que lo habitual
Mucho menos satisfecho
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
Más útil que lo habitual
Igual que lo habitual
Menos útil que lo habitual
Mucho menos que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
Más que lo habitual

- Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual
 Mucho menos que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
 Más que lo habitual
 Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual
 Mucho menos que lo habitual
- D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?
 No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?
 No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
 No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
 Claramente, no
 Me parece que no
 Se me ha cruzado por la mente
 Claramente lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
 No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
 No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
 Claramente, no
 Me parece que no
 Se me ha pasado por la mente
 Claramente lo he pensado

ANEXO 3. ESCALA ABREVIADA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLD- BERG (EADG)

Interpretación y comentarios.-

Este cuestionario es un test discriminatorio, no es válido para realizar diagnóstico o seguimiento evolutivo.

Las preguntas se refieren a la situaciones vividas o sentidas por el paciente en los últimos 15 días

Cada ítem se puntúa sí / no y cada respuesta afirmativa contabiliza 1 punto. En caso de duda o de que el paciente no le de importancia, prevalecerá el juicio del médico en función de la significación clínica del síntoma.

Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias, el resto del cuestionario sólo se realizarán en el caso de haber obtenido al menos dos respuestas positivas de las preguntas obligatorias en la subescala de ansiedad y una en el caso de depresión.

Un total de puntuación > 2 para la depresión se considera positivo para el test.

Un total de puntuación > 5 para la ansiedad se considera positivo para el test.

Puntuaciones mayores incrementan la posibilidad de padecer la enfermedad. Validada en AP en España por Montón et al en 1993. Para los valores indicados el test presenta: Sensibilidad 83% - Especificidad 82%

Escala de Ansiedad

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

q SI q NO

- ¿Ha estado muy preocupado por algo?

q SI q NO

- ¿Se ha sentido muy irritable?

q SI q NO

- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

q SI q NO

- ¿Ha dormido mal? ¿Ha tenido dificultades para dormir?

q SI q NO ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?

q SI q NO

- ¿Ha tenido alguno de los síntomas siguientes: temblores, hormigueos, sudores, diarrea?

q SI q NO

- ¿Ha estado preocupado por su salud?
q SI q NO
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
q SI q NO

Total (q SI) =

Escala de Depresión

- ¿Se ha sentido con poca energía?
q SI q NO
- ¿Ha perdido el interés por las cosas?
q SI q NO
- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?
q SI q NO
- ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?
q SI q NO
- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
q SI q NO
- ¿Ha perdido peso (por falta de apetito)?
q SI q NO
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
q SI q NO
- ¿Se ha sentido enlentecido?
q SI q NO
- ¿Cree que ha tendido a encontrarse peor por las mañanas?
q SI q NO

Total (q SI) =

Paciente:

Hª Clínica:

Fecha:

Comentario clínico:

Anexo 4. ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA DE TAYLOR

Instrucciones: Rodee con un círculo una de las dos letras que van delante de cada frase. Si la frase expresa algo que para usted es verdad, es decir, que le sucede, rodee la V. Si no le sucede lo que dice la frase, rodee la F. No deje ninguna frase sin contestar.

- | | | |
|---|---|--|
| V | F | 1. Mis manos y mis pies están calientes generalmente |
| V | F | 2. A veces siento como si me fuera a desintegrar |
| V | F | 3. A menudo noto temblor de manos cuando voy a hacer algo |
| V | F | 4. No suelo tener dolores de cabeza |
| V | F | 5. Suelo ser tranquilo, no me enfado fácilmente |
| V | F | 6. Sudo con facilidad incluso en días de frío |
| V | F | 7. La vida es una constante fatiga para mí |
| V | F | 8. Yo nunca me ruborizo |
| V | F | 9. He sentido miedo de cosas y de gente que no pretendían perjudicarme |
| V | F | 10. Estoy perdiendo confianza en mí mismo |
| V | F | 11. En situaciones embarazosas, me dan trasudores muy molestos |
| V | F | 12. Me es difícil concentrarme en una tarea o trabajo |
| V | F | 13. Suelo tener molestias estomacales |
| V | F | 14. Me siento ansioso frecuentemente por algo que no sé qué es |
| V | F | 15. Raramente estoy estreñado |
| V | F | 16. Normalmente soy consciente de mí mismo y de lo que hago |
| V | F | 17. Comparando con mis amigos, tengo muy poco miedo |
| V | F | 18. A veces me excito tanto que me es difícil poder dormir |
| V | F | 19. Llora con facilidad |
| V | F | 20. Tengo diarrea más de una vez al mes |
| V | F | 21. Me preocupo frecuentemente por algún motivo |
| V | F | 22. Me despierto cada poco tiempo y no descanso bien |
| V | F | 23. A veces me preocupo por cosas sin importancia |
| V | F | 24. Me siento cohibido ante los demás con facilidad |
| V | F | 25. A menudo tengo miedo de ponerme colorado (ruborizarme) |
| V | F | 26. Tengo plena confianza en mí mismo |
| V | F | 27. Tengo pesadillas con frecuencia |
| V | F | 28. A veces pienso que no soy nada bueno |

- V F 29. Trabajo o hago las cosas bajo una gran tensión
- V F 30. Las dificultades se me acumulan a veces de tal forma que no puedo superarlas
- V F 31. Soy más susceptible que la mayoría de la gente
- V F 32. A menudo pienso cosas que las tengo que guardar para mí solo
- V F 33. Desearía ser tan feliz como otros parecen serlo
- V F 34. Me irrita tener que esperar
- V F 35. A veces las preocupaciones me han hecho perder el sueño
- V F 36. No me ruborizo con más frecuencia que otros
- V F 37. Tengo una personalidad muy en tensión
- V F 38. Me acobardo ante la más pequeña dificultad
- V F 39. A veces me siento inútil
- V F 40. Me preocupo mucho por posibles desgracias
- V F 41. Me siento molesto por accesos de náuseas
- V F 42. Suelo tomarme las cosas a pecho
- V F 43. Estoy preocupado por el dinero y los negocios
- V F 44. No puedo concentrarme en nada
- V F 45. Siento hambre con mucha frecuencia
- V F 46. Soy muy feliz
- V F 47. No me canso fácilmente
- V F 48. Algunas veces me late el corazón de tal forma que no puedo respirar
- V F 49. Creo que no soy más nervioso que los demás
- V F 50. Tengo ratos de intranquilidad que no me dejan estar sentado un momento

Anexo 5. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Desarrollado por Max Hamilton en 1959, la Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) es una escala que evalúa la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que valoran los aspectos psíquicos, físicos y comportamentales de la ansiedad, y un ítem evalúa específicamente el estado de ánimo deprimido.

El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora el comportamiento del sujeto durante la entrevista.

Se trata de una escala heteroaplicada, es decir, el clínico basándose en su experiencia y juicio, ha de decidir si cada uno de los síntomas que se exploran está presente, y si lo está en qué medida. Para ello cuenta con una escala de puntuación tipo Likert de 5 valores (de 0 a 4), donde 0 puntúa la no presencia del síntoma y 4 el síntoma presente con intensidad extrema. Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con objeto de aumentar la fiabilidad interobservadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems).

1. Identificar de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.

2. Determinar para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.

Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de un tercio del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de un tercio del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.

Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en dos o más de las áreas anteriores.

3. Obtener la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo-frecuencia y redondearla en función de la puntuación de incapacidad.

Este instrumento de evaluación proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los 14 ítems. Los puntos de corte recomendados son: 0-5, no ansiedad; 6-14, ansiedad leve, y más o igual a 15, ansiedad moderada/grave.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos
1. Humor ansioso Inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0 1 2 3 4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar	0 1 2 3 4
3. Miedos A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc	0 1 2 3 4
4. Insomnio Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadilla, terrores nocturnos	0 1 2 3 4
5. Funciones intelectuales Dificultad de concentración, mala memoria	0 1 2 3 4
6. Humor deprimido Falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día	0 1 2 3 4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura	0 1 2 3 4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos en los oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0 1 2 3 4

9. Síntomas cardiovasculares

Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles 0 1 2 3 4

10. Síntomas respiratorios

Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire 0 1 2 3 4

11. Síntomas gastrointestinales

Dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales borborismos, diarrea, estreñimiento 0 1 2 3 4

12. Síntomas genitourinarios

Amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes urgencia de la micción, desarrollo de frigidez eyaculación precoz, impotencia 0 1 2 3 4

13. Síntomas del sistema nervioso autónomo

Sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección. 0 1 2 3 4

14. Comportamiento durante la entrevista

General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial.
Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones/minuto, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales. 0 1 2 3 4



TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE ADAPTECIÓN

DETECCIÓN-CRIBADO-DIAGNÓSTICO

Alta prevalencia en la población general. Tabla 3. Alto coste económico personal y social.

Ansiedad Normal: Emoción normal ante situaciones amenazadoras que se acompaña de cambios fisiológicos. La atención se centra en la situación amenazadora.

Ansiedad Patológica: La atención ante la situación amenazadora, se centra en la respuesta, es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada y no es secundaria a ningún otro trastorno.

El triple sistema de respuesta: -Subjetivo-cognitivo, -Fisiológico-somático, - Motor-conductual. Orientará la elección terapéutica individualizada.

DEFINICIÓN: Son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad, físicos y mentales, son importantes y persistentes, y no secundarios a ningún otro trastorno. Se clasifican en función de cómo se presentan los síntomas. Figura 1.

Clasificaciones psiquiátricas específicas en Atención Primaria: -DSM-IV-AP, CIE-10-AP. Tabla 1.

Los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 del trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, reacciones a estrés agudo y postraumático y trastorno de adaptación se muestran en las Tablas 4-14

Algoritmo diagnóstico de los trastornos de ansiedad. Anexo 1.

Escalas diagnósticas de ansiedad de Taylor y Hamilton. Anexos 4 y 5 .

DIFERENTES ENFERMEDADES MÉDICAS Y FÁRMACOS QUE PRODUCEN ANSIEDAD Tabla 5

PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA:

1. Identificación de los individuos de alto riesgo, detectando los factores de riesgo que se relacionan con las experiencias (factores estresantes crónicos y acontecimientos vitales estresantes) o con la vulnerabilidad (personalidad, estilo cognitivo y ausencia de apoyo social)

2. Estrategias de abordaje en la consulta: Ambiente físico agradable, tiempo adecuado, estilo de comunicación: empatía-escucha activa-asertividad.

3. Mantener un alto grado de sospecha, en todos los casos en los que el paciente se presenta con problemas físicos que no se puedan incluir en una categoría diagnóstica clásica.

4. La Escala de Ansiedad- Depresión de Goldberg (EADG) es el instrumento de elección (sensibilidad-especificidad $> 80\%$) para la detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión, sugiriéndose su utilización, cuando menos, como guía de la entrevista en atención primaria. Tabla 15. Anexo 3


5. Tratamiento precoz de los nuevos casos:

- Las intervenciones psicológicas son la columna vertebral del tratamiento precoz cuando se establece inicialmente un diagnóstico de ansiedad, y en muchos casos serán suficientes para reducir la severidad y la duración del trastorno.

- Intervenciones psicológicas focalizadas: “Terapia de solución de problemas”, proporciona al paciente un método para mejorar su propia situación y autoconfianza. En muchos casos son tan efectivas como la farmacoterapia. Las realiza el médico de familia.

- La “ terapia cognitivo-conductual”, requiere entrenamiento del terapeuta y mayor tiempo de consulta. Busca modificar las conductas y pensamientos negativos del paciente, sin centrarse en las causas subyacentes del problema. Produce una respuesta más fuerte y consistente que los tratamientos farmacológicos para los trastornos de pánico y la agorafobia. La realizan los psicólogos clínicos o psiquiatras.

- Los “grupos de autoayuda” utilizan abordajes de “terapia de solución de problemas”, técnicas de relajación y de proporcionar información. Son aceptables y efectivos.



6. Para evitar el riesgo de recaídas se proponen varias estrategias psicológicas, que utilizan los psicólogos clínicos pero también pueden ser empleadas por médicos de atención primaria.

7. Los pacientes con ansiedad severa y crónica deben ser valorados al menos una vez por la unidad de salud mental. Se explican estrategias que se pueden seguir desde la atención primaria para reducir el daño.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Trastorno De ansiedad fóbica, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés grave y trastorno de adaptación.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Cuando el paciente sufre una reacción aguda de ansiedad, con una duración estimada de 2 a 6 semanas, es adecuado utilizar benzodiazepinas. Sin embargo, cuando el paciente presenta ansiedad crónica generalizada, y particularmente en condiciones co-mórbidas y en los que existe un aumento del riesgo de suicidio, los antidepresivos como imipramina, paroxetina o venlafaxina deberían ser los fármacos de primera elección, vigilando adecuadamente la aparición de efectos adversos, y realizando una prevención adecuada de los riesgos y de las posibles interacciones farmacológicas (figura 2).

