

PSIQUIATRÍA

TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Wendy Navas Orozco*

María Jesús Vargas Baldares**

SUMMARY

Mental disorders are a major cause of disability in the general population. Among these, one of the most frequent is the group of anxiety disorders. Anxiety is a normal emotion that is experienced in threatening situations. It can be seen as pathological when anxiety is very intense, long-lasting or disproportionate to the circumstances. Anxiety disorders are a real disease that seriously affects the lives of people who suffer it. Anxiety is a complex phenomenon involving multiple factors: biological, psychosocial, traumatic, psychodynamic and cognitive-behavioral. Because of this, the approach

is both pharmacological and psychological. It should address the patient by listening, containment and a series of technical assistance. The aim of this review is to scrutinize the literature on anxiety disorders, aimed at health professionals working in the primary care level. Including practical recommendations based on scientific evidence, for an adequate and timely detection and approach to these disorders, to offer a better quality of life for individuals suffering from it.

INTRODUCCIÓN

La salud mental contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. (6) Los problemas de salud mental, de forma general, suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de atención primaria, y en este nivel de atención se resuelve un importante número de las demandas generadas por estas

*Médico General. Área de Salud 3 Desamparados. EBAIS Guido 1. CCSS.
E-mail: wendyn@costarricense.cr

**Médico General. Servicio de Urgencias. Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS.
E-mail: marjvb@yahoo.es

patologías. (12)

Los trastornos de ansiedad (TA), en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo. (10)

DEFINICIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. (3,7,13,16,17) El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumando al aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria, diarrea). Todos estos cambios son respuestas normales ante situaciones de estrés. (4)

En ocasiones, la ansiedad no facilita una mejor adaptación, surgiendo falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo

son, u en otras ocasiones tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que provocan niveles excesivamente altos de ansiedad. (3) La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. (7,13,16) Las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica se describen en la tabla 1. (7) La ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuesta: (7)

- a. **Subjetivo-cognitivo:** Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- b. **Fisiológico-somático:** Activación del sistema nervioso autónomo)
- c. **Motor-conductual:** Escape y evitación

CLASIFICACIÓN

Existen criterios universales para los TA, los cuales se encuentran recogidos en las 2 clasificaciones de trastornos mentales más importantes: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación internacional de las enfermedades, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. El DSM-IV-TR enumera 12 TA y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan en los trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. (1,11) El manual del DSM-IV de atención primaria y psiquiatría (DSM-IV-TR-AP) se elaboró con el fin de diagnosticar trastornos mentales en el primer nivel de atención, los

Tabla 1. Diferencia entre ansiedad normal y patológica

<i>Ansiedad Fisiológica</i>	<i>Ansiedad Patológica</i>
Mecanismo de defensa frente a 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

Tabla 2. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP

- Trastorno por ansiedad debido a ... (indicar enfermedad)
- Trastorno por ansiedad inducido por alcohol
- Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Fobia social
- Fobia específica
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés post-traumático
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno adaptativo con ansiedad
- Trastorno de ansiedad no especificado

cuales se describen en la Tabla 2. (2)

EPIDEMIOLOGÍA

Los TA son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. (13, 16) En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de TA, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. (13) Los TA son 2 veces más prevalentes en mujeres. (15) Los TA son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. (7) Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un TA, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. (14)

En el anciano, los TA tienen una prevalencia de 5-10%,. Destaca la alta comorbilidad de los TA con la depresión, principalmente en el adulto mayor. (13)

ETIOLOGÍA

La etiopatogenia de los TA constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. (14) Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. (15) Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafe, locus

ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad. (17)

FACTORES BIOLÓGICOS:

Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA. (7) La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social. (14)

FACTORES PSICOSOCIALES:

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. (7,14) Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas

de ello. (7)

FACTORES TRAUMÁTICOS:

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad. (7,14)

FACTORES

PSICODINÁMICOS:

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos. (14)

FACTORES COGNITIVOS

Y CONDUCTUALES:

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También

por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. (14)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las características clínicas de los TA son las mismas de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a duración y gravedad. (7) Los síntomas de ansiedad varían desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. En los TA se presentan como síntomas comunes:

- Crisis de angustia: Aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, que se acompaña de al menos 4 de 13 síntomas somáticos o

cognoscitivos, descritos en la Tabla 3. Inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (usualmente en 10 minutos o menos), acompañándose de una sensación de peligro o de muerte inminente y necesidad urgente de escapar. (1,2,7,11,16)

- Agorafobia: 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, no se puede disponer de ayuda. Suele conducir en forma típica a conductas evitativas de múltiples situaciones: estar solo dentro o fuera de casa, mezclarse con la gente, viajar en automóvil, autobús o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. (1,2,7,11)

Tabla 3. Síntomas somáticos y cognoscitivos de una crisis de angustia

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca 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 hormigueo) 13. Escalofríos o sofocaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabla 4. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características

CIE-10	DSM-IV-TR	Características
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico
	<i>Fobia simple</i>	Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria. Tipo animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional, otros
	<i>Fobia social</i>	Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor. En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses
<i>Trastorno de angustia</i>	<i>Trastorno de angustia con agorafobia</i>	Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. Las crisis son recidivantes e inesperados que causan un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación (agorafobia)
	<i>Trastorno de angustia sin agorafobia</i>	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación
<i>Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo)</i>	<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	Obsesiones (provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas), y/o compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación)
<i>Trastorno mixto ansioso-depresivo</i>		Paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión
<i>Reacción de estrés agudo</i>	<i>Trastorno por estrés agudo</i>	Síntomas parecidos al trastorno por estrés post-traumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días pero menos de 1 mes
<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma
<i>Trastorno de adaptación</i>		Alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.
<i>Trastornos disociativos</i>		
	<i>TA debido a una enfermedad médica</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente
	<i>TA inducido por sustancias</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico
<i>Trastornos somatomorfos</i>		
<i>Otros trastornos neuróticos</i>	<i>TA no especificado</i>	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada

En la Tabla 4 se describen las características principales de los TA. (1,7,11)

Es importante recordar que dentro de los estados de ansiedad se presentan accesos de hiperventilación, conocidos como “síndrome cardio-respiratorio-tetaniforme”, que conlleva a una alcalosis secundaria en la sangre generadora de una contractura muscular y a veces de la pérdida de conciencia. (17)

CURSO Y PRONÓSTICO

Tanto el diagnóstico de mixomas cardiacos y el resto de tumores cardiacos, representan un reto médico, debido a las diferentes Los TA cursan crónicamente, con periodos de remisión y exacerbación. Si los pacientes reciben un tratamiento adecuado los periodos críticos disminuyen. Sólo un tercio a la mitad de los enfermos presentan una forma crónica y persistente aún recibiendo tratamiento. Otro tercio mejora completamente.

Dentro de las complicaciones de los TA se encuentran el abuso de sustancias y la automedicación, siendo la más temida el suicidio. Su morbilidad es importante y aumenta cuando hay comorbilidad con otras enfermedades ya sea médicas o psiquiátricas (depresión) y cuando no se realiza un diagnóstico ni tratamiento

adecuados. (5)

DIAGNÓSTICO

El reconocer los TA en los pacientes que asisten al consultorio aumenta la capacidad del médico para dar una atención total e integral del paciente. (4) El diagnóstico de los TA se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica, según el DSM-IV-TR y la CIE-10, muy importante para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación. (1,2,11)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De los primeros pasos que se deben seguir ante la sospecha de un TA, es descartar otras patologías médicas que puedan simular o bien presentar síntomas psiquiátricos ya sea por su fisiopatología como tal o bien debido a los tratamientos de las mismas. Lo anterior es de suma importancia, ya que estas condiciones podría representar un riesgo inminente de muerte en algunas ocasiones o bien una patología de fondo que se debe tratar. El médico debe considerar inicialmente una crisis de ansiedad o agorafobia como de origen médico, puesto que en

numerosas entidades se presenta como síntoma propio.

El diagnóstico diferencial es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades médicas, descritas en la Tabla 5, producen síntomas ansiosos agudos y crónicos. (4,7,16)

Es fundamental no confundir los síntomas ansiosos participantes en otros trastornos como la depresión doble, el trastorno depresivo mayor, los trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso y el síndrome ansioso-depresivo.

ABORDAJE

Los TA se manejan con medicación, psicoterapia, o ambos. Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia. También es relevante identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (ejemplo depresión), enfermedad médica o abuso de sustancias. (8)

Los individuos con TA que hayan recibido tratamiento previamente, deben informarlo a su médico, reportando si fue farmacológica o de psicoterapia, incluyendo el tipo de medicación, dosis inicial, efectos secundarios y resultados. (9) En el abordaje inicial en atención primaria, estos pacientes acuden a consulta en los primeros

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad

Diabetes mellitus Enfermedad de Cushing Enfermedad de Addison Hipertiroidismo Hiperparatiroidismo Hiperpituitarismo Menopausia Feocromocitoma Vértigo Dolor Enfermedad de Huntigton Miastenia gravis Poliomielitis Temblor esencial Epilepsia Migraña Enfermedad cerebro vascular Encefalitis Esclerosis múltiple Arterioesclerosis cerebral Arritmias cardiacas Infarto del miocardio Insuficiencia cardiaca Insuficiencia coronaria Enfermedad de Wilson	Prolapso de la válvula mitral Hipovolemia Anemia Hiperventilación Angina Asma Edema pulmonar Embolia pulmonar EPOC Neumotórax Hipoxia Úlcera péptica Colitis Brucelosis Mononucleosis Malaria Hepatitis Neumonía Hipoglicemia Síndrome premestruar Lupus eritematoso sistémico Artritis reumatoide Acidosis Desequilibrio hidroelectrolítico Nefritis	Porfiria aguda intermitente Alucinógenos Analgésicos Anestésicos Anticolinérgicos Antidepresivos Antihistamínicos Antihipertensivos Alcohol Broncodilatadores Simpaticomiméticos Cafeína Anfetaminas Cocaína Bazuco Marihuana Penicilina Sulfonamidas Nicotina Esquizofrenia Depresión Demencia Hipocondría Anorexia nerviosa Bulimia nerviosa
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

meses de inicio de los síntomas, cuando es posible que haya mejoría con el diálogo y el apoyo. Se les debe ofrecer una explicación clara sobre los síntomas físicos de la ansiedad y para afrontar cualquier problema social que pueda contribuir a la persistencia del trastorno. (7) La importancia y trascendencia de todas las formas de presentación de los TA viene dada fundamentalmente por el impacto que tienen o tendrán en la morbi-mortalidad del paciente, en su calidad de vida, en el deterioro funcional y en el uso de los servicios sanitarios. (16) Para el adecuado abordaje de los TA

se debe realizar una planificación del tratamiento compuesta por una entrevista para conocer el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas, evaluación, TRATAMIENTO A CORTO PLAZO (12 semanas): El objetivo es la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, control de la ansiedad anticipatoria y de las conductas evitativas agorafóbicas. Las intervenciones psicológicas (cognitivo-conductual) han demostrado ser efectivas. (16) Así como también, el abordaje con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

(ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (BZD). (7,16) Se recomienda mantener el tratamiento 12 semanas para valorar sus resultados. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) a corto plazo parece más efectivo que la psicoterapia sola o el tratamiento farmacológico solo. (16) TRATAMIENTO A LARGO PLAZO (3-4 meses): En el tratamiento a largo plazo el objetivo es mantener el control sobre los síntomas y reducir las tasas de recaída. La terapia cognitivo-conductual parece

obtener mayores reducciones en las tasas de recaídas que otras intervenciones. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) es, a largo plazo (6-24 meses) más efectivo que antidepresivos solos, pero igual de efectivo que psicoterapia sola. (16)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

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 del pensamiento. (7) En el adulto mayor son de gran valor un conjunto de procedimientos psicológicos que facilitan el abordaje de la ansiedad para el logro del bienestar del anciano. El tratamiento medicamentosos se empleará sólo en aquellos casos en que resulte imprescindible para el adulto mayor. (13)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Frecuentemente, estos pacientes, necesitan además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses), la

administración de un tratamiento crónico 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. (7)

BENZODIAZEPINAS (BZD):

Son los medicamentos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este neurotransmisor. (7) La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. 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, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los efectos adversos que se pueden presentar incluyen ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caídas, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligrosos, trastornos de memoria a corto plazo, e incluso el desarrollo de depresión. (7,16)

BUSPIRONA: Como grupo, los

fármacos agonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT-1^a no son eficaces en el tratamiento de la ansiedad, con la excepción de buspirona. Los primeros hallazgos de los ensayos clínicos con este fármacos, mostraron que era tan eficaz como las BZD en el tratamiento de los TA, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y perfil de toxicidad diferente. No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de buspirona, y otros demuestran que el comienzo de acción de este fármaco es más lento y gradual que el de las BZD. No se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad. (7)

HIDROXICINA: Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se disponen muy pocos datos. Causa poca dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad. (7)

ANTIDEPRESIVOS: La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en TA. Recordar que a todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deben ser informados, al inicio del tratamiento, de sus

efectos secundarios potenciales (incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento), y del riesgo de síntomas de discontinuidad/ retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente. (16)

a. *Antidepresivos tricíclicos (ATC)*: Son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y antagonistas de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Hay suficiente evidencia de que algunos ATC, como imipramina, son tan eficaces como las BZD en el tratamiento de ansiedad, y superiores a éstos en eficacia a largo plazo. Cuidado con ancianos, patología cardiovascular, glaucoma, hipertrofia de próstata, bajo umbral convulsivo, afectación hepática o renal o feocromocitoma. (7,16)

b. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*: Se ha observado mejoría clara de los síntomas de ansiedad tras 8 semanas de tratamiento. Entre los efectos adversos de los ISRS destacan los problemas digestivos y los trastornos de la función sexual, entre otros. (7,16)

c. *Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina*

(*IRSN*): La venlafaxina ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas de ansiedad. Entre las reacciones adversas más frecuentes están los trastornos digestivos, mareos, trastornos visuales, insomnio, nerviosismo, temblor, trastornos de la función sexual, astenia, dolor, entre otros. (7,16)

PREVENCIÓN

Dentro de los objetivos de la prevención de la ansiedad en atención primaria se describen:

a) Identificar a los individuos de alto riesgo para TA e introducir estrategias para reducir ese riesgo; b) Detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos; c) Disminuir el riesgo de recaídas; y d) Minimizar la discapacidad y minusvalía en los casos en que los síntomas son prolongados y severos.

PREVENCIÓN PRIMARIA:

Identificar los individuos de alto riesgo valorando los factores de riesgo: (7)

a. *Factores de riesgo relacionados con las experiencias*: Factores estresantes crónicos, problemas interpersonales y laborales, acontecimientos vitales estresantes, enfermedades agudas o crónicas.

b. *Factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad*:

a) *Personalidad*: Rasgo o condición crónica que predispone a problemas de ansiedad; b) *Estilo cognitivo*: Ciertos prejuicios y distorsiones cognitivas predisponen a los individuos a reaccionar fuertemente ante las situaciones estresantes; c) *Ausencia de apoyo social*: La presencia de un confidente parece ser de particular importancia, ya que actúa como amortiguador tanto frente a la ansiedad como a la depresión.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

a. *Detección precoz y tratamiento precoz de los nuevos casos*: El médico de atención primaria se debe plantear un diagnóstico de ansiedad en todos los casos en los que el paciente presenta problemas físicos, cuando éstos no se puedan incluir dentro de una categoría diagnóstica clásica. De esta manera aumenta la probabilidad de detectar y tratar este problema psicológico y disminuir los gastos y complicaciones derivadas de exploraciones innecesarias. (7)

b. *Tratamiento precoz de los nuevos casos*: Las intervenciones psicológicas

forman el eje principal del tratamiento en atención primaria. (7)

- c. *Intervenciones psicológicas focalizadas*: Se ha evidenciado que estas intervenciones son efectivas en el tratamiento precoz de la ansiedad y trastornos mentales relacionados. En la “terapia de solución de problemas” se ayuda a los pacientes a identificar la causa de su ansiedad y se acuerda un programa de acciones para cambiar sus conductas. Tiene 6 fases: a) Definir los problemas en los propios términos del paciente; b) Situar los problemas en un orden de importancia; c) Reflexionar y exponer las posibles soluciones del problema más importante; d) Escoger la mejor solución y hacer planes detallados para llevarlo a cabo; e) Ponerla en práctica; y f) Evaluar el resultado (7)

PREVENCIÓN TERCIARIA

- a. *Prevención de recaídas*: Se han propuesto varias estrategias psicológicas específicas útiles para reducir el riesgo de recaídas. Su objetivo es: (7)
- Aumentar la sensación de control del paciente
 - Enseñar al paciente a detectar los síntomas iniciales de la recaída
 - Identificar las situaciones

de alto riesgo para recaída y establecer estrategias para afrontarlas

- Motivar al paciente a que continúe practicando las habilidades aprendidas durante la terapia
- b. *Reducción de daño*: 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 al paciente:
- Explicarle 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
 - Ayudarlo a reconocer los problemas interpersonales y estimularle a buscar ayuda para ellos
 - Estimularlo para que se desarrolle y haga más uso de sistemas de apoyo social informales

CONCLUSIÓN

La ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal. Es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, y/o cuando la intensidad y/o duración de la respuesta ansiosa supera los límites adaptativos. Los TA son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad, físicos y mentales, son importantes y persistentes, y no son secundarios a ningún otro trastorno. Dado lo prevalente de estos trastornos, el sufrimiento y el deterioro funcional que provocan en el paciente y su entorno, así como el costo social que generan, parece necesario conocer los síntomas principales de estos trastornos para una adecuada detección y un abordaje oportuno farmacológico que incluye BZD, ISRS, venlafaxina, ATX, y psicológicos con las diferentes técnicas de terapia eficaces, y así ofrecerle al paciente una mejor calidad de vida con una menor morbi-mortalidad.

RESUMEN

Los trastornos mentales constituyen una causa importante de discapacidad en la población

general. Dentro de éstos, uno de los más frecuentes es el grupo de los trastornos de ansiedad. La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazadoras. Puede ser vista como patológica cuando la ansiedad es muy intensa, de larga duración o desproporcionada a la circunstancia. Los trastornos de ansiedad constituyen una enfermedad real que afecta gravemente la vida de las personas que lo padecen. La ansiedad es un fenómeno complejo en el que participan múltiples factores: biológicos, psicosociales, traumáticos, psicodinámicos y cognitivos-conductuales. Debido a esto, el abordaje es tanto farmacológico como psicológico. Se debe de abordar al paciente mediante la escucha, la contención y una serie de técnicas de ayuda. El objetivo de esta revisión es realizar un escrutinio de la literatura sobre los trastornos de ansiedad, orientado a los profesionales en salud que trabajan en el primer nivel de atención. Incluyendo recomendaciones prácticas basadas en la evidencia científica, para la detección y el

abordaje adecuado y oportuno de estos trastornos, para ofrecer una mejor calidad de vida a los individuos que lo padecen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
2. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Atención primaria. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
3. Cano-Vindel A, Dongil-Collado E, Salguero JM, et al. Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: Una actualización. *Información Psicológica*. 2011; 1:4-27
4. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, et al. *Current Diagnosis and treatment: Psychiatry*. 2ª Edición. Estados Unidos: McGrawHill Companies; 2008
5. Escobar F. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Asociación Colombiana de Neurología [en línea]. Disponible en: [ww.acnweb.org](http://www.acnweb.org)
6. Grupo de trabajo de Salud Mental PAPPS. Guía de Salud Mental en atención primaria. Barcelona, España: Edita Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2001
7. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. [en línea]. Disponible en: www.san.gva.es
8. Hyman SE, Rudorfer MV. Anxiety disorders. Folleto del Instituto Nacional de Salud Mental. Estados Unidos. Publicación 09 3879. 2009. Disponible en: www.nimh.nih.gov
9. Iruela LM, Picazo J, Peláez C. Tratamiento farmacológico de la ansiedad. *Medicine*. 2007; 9(84): 5421-5428
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid, España: Edita Agencia Lain Entralgo. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias; 2008
11. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades, décima versión. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España: MEDITOR, 1992
12. Organización Mundial de la Salud. La salud mental. Octubre 2009
13. Pérez Díaz R. Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. *Geroinfo*. 2007; 2(1)
14. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [en línea]. Disponible en: www.bvs.hn
15. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 100-113
16. Téllez Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Rev Clin Med Fam*. 2007; 2(2): 76-83
17. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *ASMR Revista Internacional*