

# Guías Fisterra : Trastornos de ansiedad

## ¿De qué hablamos?

La ansiedad puede definirse como una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o conductas evitativas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria y es el problema de salud mental más prevalente. La mayoría de las veces se presenta con síntomas muy inespecíficos, que se pueden enmascarar somáticamente y en casi la mitad de los casos no es diagnosticado correctamente (Roberge P, 2015; Wittchen HU, 2011). Algunos estudios indican que puede llegar a estar presente en un 20-40% de los usuarios de AP (Sempere E, 2017).

Cierto grado de ansiedad es necesario para la vida y la supervivencia del ser humano. Sin embargo, cuando pierde su función de adaptación al medio deja de ser beneficiosa y se convierte en un problema e incluso en enfermedad, que suele deteriorar la vida de la persona precisando con frecuencia atención médica (Sempere E, 2017).

Los síntomas pueden ser (Ferre F, 2011):

- **Emocionales:** la ansiedad se manifiesta por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, vivencias amenazantes, aprensión, sentirse atrapado o al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimientos de la nada y disolución del yo.
- **Cognitivos:** los síntomas cognitivos se traducen en preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o

imaginarias del presente o del futuro inmediato (expectación aprensiva), anticipación del peligro, o de que algo va a pasar, hipervigilancia.

- **Conductuales:** aparece inquietud psicomotora, tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de impotencia, así como una exageración de la respuesta de alarma.
- **Motores:** temblores, sobresalto, sacudidas musculares, cefaleas, cansancio fácil, incapacidad para relajarse.
- **Somáticos:** debido a hiperactivación autonómica aparecen síntomas cardiovasculares, respiratorios, sensoriales, digestivos, vegetativos (febrícula, sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos frías y húmedas, poliuria, tenesmo).

Los trastornos de ansiedad son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos que pueden utilizarse tanto en la investigación como en la clínica. Las dos clasificaciones más importantes son DSM-5 (Manual de diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud) (tabla 1).

Los cambios más relevantes del DSM-5 respecto al DSM-IV en relación a los trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 2014; Tortella-Feliu M, 2014):

- El trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, aunque sigue considerándose su estrecha relación con los trastornos por ansiedad, ya no se incluyen en este apartado.
- El trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo, antes incluidos en los trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia, se

incluyen dentro de esta entidad, ya que se considera que pueden tener su inicio más allá de los 18 años.

- El trastorno por angustia y la agorafobia se erigen como diagnósticos independientes que se codifican por separado.

## ¿Cómo se diagnostica?

Para establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento más importante es la entrevista clínica. La entrevista semiestructurada, que combina la técnica de una entrevista dirigida y una entrevista libre, puede ser la más apropiada, con un estilo amigable y sin prisas. Es indispensable realizar una correcta anamnesis, descartando causas médicas y tóxicas de ansiedad, preguntando por características de los síntomas, su frecuencia y por posibles desencadenantes, para luego entablar un plan de tratamiento, teniendo en cuenta las características y preferencias del paciente.

Un correcto examen médico debería incluir las pruebas complementarias (analíticas, electrocardiograma, toxicología, etc.) necesarias.

Una vez descartadas las causas médicas de la ansiedad, se debe tener en cuenta que en muchas ocasiones es una respuesta normal a acontecimientos estresantes, en cuyo caso no siempre está indicado iniciar un tratamiento (Matteis M, 2015).

Este abordaje durante la entrevista tiende a reducir la sensación de aislamiento social de los pacientes y promueve su autoconfianza. Cuando el profesional, haciendo uso de lo que sería el buen arte de la entrevista clínica, construye una relación desde la escucha activa, valida los sentimientos e ideas del paciente, favorece la expresión de emociones y

desde ahí reconforta, disiente, informa, negocia y refuerza la autonomía (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Borrell F, 2014).

### **Aspectos clave de algunos trastornos de ansiedad:**

- **Trastorno de pánico:** ataques de pánico recurrentes e inesperados, en ausencia de desencadenantes. Preocupación persistente acerca de los ataques y/o cambios adaptativos en la conducta relacionados con los ataques.
- **Fobia específica:** ansiedad importante, miedo irracional ante una situación. Evitación activa de la situación temida (Matteis M, 2015).
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** es un trastorno persistente y común, en el cual el paciente tiene una preocupación y ansiedad desenfocadas que no están relacionadas con eventos estresantes recientes, aunque puede agravarse en ciertas situaciones. Este trastorno es dos veces más común en mujeres que en hombres (Tyrrer P, 2006).
- **Trastorno por estrés postraumático:** presencia intrusiva de uno o más síntomas relacionados con la reviviscencia del suceso traumático. Evitación persistente de recuerdos asociados al trauma. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático. Estado emocional negativo persistente. Comportamiento irritable (Crespo Generelo, 2019).
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** pensamientos intrusivos y recurrentes (obsesiones), usualmente acompañados por conductas repetitivas sin aparente propósito (compulsiones), que el paciente reconoce como carentes de sentido y ego-distónicas (Schlatter J, 2011).

- **Trastorno adaptativo:** aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante (duelo, separación, problema médico, problemas económicos, emigración...) y presenta alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social. El acontecimiento guarda una relación clara con la circunstancia estresante (American Psychiatric Association, 2014).

## ¿Cómo se trata?

Ante una sintomatología ansiosa leve o puntual es importante mantener un enfoque conservador, tranquilizando al paciente y preguntando por acontecimientos estresantes, empleando técnicas de respiración.

Un eventual tratamiento farmacológico se reservará para los casos más graves, explicando al paciente los riesgos y beneficios del tratamiento, valorando si se trata de un tratamiento puntual, caso en el que se puede pautar una benzodiacepina, mientras en el caso de tratamientos a largo plazo se optará por otros fármacos (Matteis M, 2015).

### **Psicoterapia**

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y el paciente con el propósito de hacer desaparecer, modificar o atenuar los síntomas existentes o cambiar modos de comportamiento promoviendo el desarrollo de una personalidad positiva (Combs H, 2014).

Constituye la forma más simple y natural, consistente en la actitud de escucha con empatía con la que se da valor a los sentimientos e ideas del paciente, y este puede expresar sus emociones y sentirse reconfortado, reforzando su autonomía para superar el problema que le causa ansiedad (Ferre F,

2013).

### ***Terapia cognitivo-conductual***

Este tipo de terapia buscan la corrección y la sustitución de los errores cognitivos causantes de la sintomatología.

Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas (Ferre F, 2013).

De qué forma nuestros pensamientos, acciones y contactos con la gente afectan a nuestro estado de ánimo es el pilar sobre el que se asienta esta terapia. El tratamiento está diseñado para enseñar a los pacientes a (Beck JS, 2011):

- Comprender la naturaleza de una mala adaptación de sus preocupaciones acerca de las situaciones sociales.
- Identificar pensamientos y creencias específicas que están asociadas a situaciones sociales.
- Realizar tareas de exposición para desafiar los pensamientos desadaptativos.

### ***Psicoterapias psicodinámicas***

En este abanico de psicoterapias existen en común ciertos conceptos fundamentales como la existencia de motivaciones inconscientes en nuestra conducta, la importancia de las experiencias tempranas, los mecanismos de defensa como estrategias para modular el dolor psíquico y la angustia, y la consideración de la relación terapéutica como factor promotor de la comprensión del origen y mantenimiento de la sintomatología (Ferre F, 2013).

## **Fármacos**

### ***ISRS***

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) se han ubicado como los fármacos de primera línea para todos los trastornos de ansiedad (Ferre F, 2011).

Los ISRS requieren de 4 a 8 semanas para empezar a mostrar eficacia. Pueden tener efectos adversos digestivos al inicio del tratamiento, insomnio, alteración de la función sexual y síndrome de discontinuación. Las benzodiazepinas, con una acción más inmediata sobre la ansiedad, constituyen una opción en estas primeras semanas. No hay recomendaciones específicas de una benzodiazepina respecto a otra, aunque en general, las de vida media más corta y más rápido inicio de acción son más propensas a generar ansiedad de rebote, por lo que son menos convenientes (Combs H, 2014).

### ***ISRSN***

El perfil de efectos secundarios de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) es similar al de los ISRS, si bien la cefalea y el incremento de la presión arterial podrían comprometer la adherencia al tratamiento (Ferre F, 2011).

Venlafaxina, duloxetina y desvenlafaxina actúan inhibiendo la recaptación dual, es decir, tanto de serotonina como de noradrenalina, y no se emplean habitualmente para tratar la ansiedad sino la depresión. Sin embargo, se utilizan cuando no ha habido respuesta a los ISRS o incluso para potenciarse entre ambos, a pesar de que es conocido que dicha combinación puede causar un síndrome serotoninérgico (Ferre F, 2013).

### ***ADT***

La eficacia de los antidepresivos tricíclicos (ADT) ha sido comprobada en fármacos como la imipramina. El problema surge en relación con la adherencia al tratamiento, pues los efectos secundarios, como boca seca, hipotensión postural, sedación, taquicardia y disfunción sexual, los hacen menos aceptables que los anteriores fármacos descritos (Ferre F, 2011).

### ***Anticomiciales***

Topiramato, gabapentina, lamotrigina y valproato se usaron en el tratamiento de la ansiedad. Sin embargo, no han resultado tan eficaces como las benzodiazepinas y, en algún caso, pueden presentar los mismos problemas de dependencia (Ferre F, 2013).

### **Otras alternativas (Ferre F, 2013):**

- *Quetiapina*: ha mostrado eficacia en la ansiedad generalizada en dosis de 50-300 mg al día. Tiene la indudable ventaja de su bajo perfil de adicción y de la inducción al sueño.
- *Buspirona*: demostró ser superior al placebo en el tratamiento de la ansiedad generalizada. Sin embargo, su perfil de efectos secundarios y la tardía aparición de los efectos ansiolíticos suponen un obstáculo.
- *Hidroxizina*: muestra eficacia a corto plazo, si bien la somnolencia diurna no es bien aceptada por todos los pacientes.

### **Tratamiento específico**



***Fobia específica:*** a corto plazo el tratamiento más eficaz es la terapia de exposición en vivo y a largo plazo los beneficios de la terapia conductual se mantienen entre 6 meses y un año, y su efecto mejora si la autoexposición se mantiene durante el periodo de seguimiento.

Los datos sobre hipnoterapia, psicoterapia psicodinámica, EMDR, psicoterapia de apoyo y exposición en la imaginación son escasos. Se puede asociar a la psicoterapia algún fármaco como propanolol, benzodiacepinas, ISRS o venlafaxina y recientemente D-cicloserina, que parece acelerar la extinción del miedo condicionado al estímulo fóbico (Schlatter J, 2011).

***Trastorno de ansiedad generalizada:*** la naturaleza generalizada de los síntomas requiere el uso de la farmacoterapia preferentemente orientada hacia la prevención. Los IRSR ( escitalopram 10-20 mg/día, paroxetina 20-40 mg/día, sertralina 50-100 mg/día, fluoxetina 20-40 mg/día, fluvoxamina 100-300 mg/día, venlafaxina 75-225 mg/día, duloxetina 60-120 mg) se consideran la base fundamental del tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. Las benzodiacepinas de acción prolongada ofrecen algún beneficio, pero no son eficaces a la hora de inhibir estados de ansiedad futura. Tras iniciar el tratamiento con ISRS deberíamos esperar de 4 a 6 semanas para comprobar su efectividad. Si la respuesta es satisfactoria mantendremos el tratamiento; y ante una respuesta parcial daremos 4-6 semanas adicionales. En caso de que no haya respuesta, podremos realizar un ajuste de dosis o cambiar a fármacos de segunda línea como benzodiacepinas (en pacientes sin historial de abuso) o antidepressivos tricíclicos.

La terapia cognitivo-conductual es útil (Combs H, 2014; Bandelow B, 2012).

***Trastorno obsesivo-compulsivo:*** el tratamiento farmacológico tiene más acceso a la sintomatología obsesiva

y la psicoterapia a la sintomatología compulsiva. Los fármacos que han demostrado más eficacia son los ISRS como fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram. La terapia cognitivo-conductual implica la exposición, prevención de respuesta, educación cognitiva y técnicas de relajación (Schlatter J, 2011).

*Trastorno por estrés postraumático:* los ISRS son útiles, también trazodona o antidepresivos atípicos como mirtazapina (Bisson JI, 2007).

*Trastorno por pánico:* existen dos estrategias de tratamiento: ISRS como prevención y benzodiazepinas tipo clonazepam o alprazolam en el episodio agudo (Navarro-Mateu F, 2010).

### ***Paciente terminal***

La ansiedad es un síntoma frecuente en pacientes con enfermedad avanzada. El tratamiento y su monitorización han de ser individualizados en función de las características del paciente terminal y su pronóstico (días, semanas o meses).

El abordaje terapéutico puede combinar tratamiento de soporte, psicoterapia y farmacoterapia.

Como tratamiento inicial, sobre todo si el pronóstico del paciente es corto, recomendamos benzodiazepinas. Si los síntomas son severos y el pronóstico es más de un mes añadiremos ISRS. Es importante mantener el tratamiento, pues en pocos casos la ansiedad desaparece al final de la vida (Sánchez M, 2015).

### ***Anciano***

Las particularidades del paciente anciano tienen un papel importante en su manejo desde el planteamiento etiológico hasta el tratamiento farmacológico.

Los ISRS son la primera línea de terapia. Ningún ISRS ha demostrado superioridad en sus resultados de eficacia y la elección de uno u otro depende del perfil individual de cada paciente y de los efectos secundarios de cada fármaco particular. Los más ampliamente utilizados en el anciano son escitalopram y sertralina. En relación con las benzodiacepinas, deben utilizarse las de vida media más corta y durante el menor tiempo posible. Podrían ser: lorazepam 1 mg o alprazolam 0,5 mg. Ambas no deberían estar indicadas en terapias de mantenimiento (Arias A, 2015).

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Arias A, Melendo JJ. Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. *Medicine*. 2015;11(84):5022-30.
- Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, et al; British Association for Psychopharmacology. Evidence based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2005;19(6):567-96. PubMed PMID: 16272179
- Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al; WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care; WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders. Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress

disorder in primary care. Int J Psychiatric Clin Pract. 2012;16(2):77-84. PubMed [PMID: 22540422](#)

- Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 391.
- Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2007;334(7597):789-93. PubMed [PMID: 17431265](#). [Texto completo](#)
- Borrell i Carrio F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC; 2004. [Texto completo](#)
- Combs H, Markman J. Anxiety disorders in primary care. Med Clin North Am. 2014;98(5):1007-23. PubMed [PMID: 25134870](#)
- Crespo Generelo T, Camarillo Gutiérrez L, De Diego Ruiz H. Trastorno por estrés agudo y postraumático. Medicine. 2019;12(84):4918-28.
- Ferre F, Camarillo L. Estado actual del tratamiento de la ansiedad. Medicine. 2013;11(46):2747-54.
- Ferre F, Gimeno D. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la ansiedad generalizada. Medicine. 2011;10(86):5846-50.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guías de Práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2008. [Texto completo](#)
- Irwin SA, Hirst JM. Overview of anxiety in palliative care. En: Block SD, Givens J, Solomon D, editors. Uptodate; 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-anxiety-in-palliative-care>

- Jester D, Blazer D, First M. Aging-related diagnosis variations. En: Narrow WE, editor. Age and gender considerations in psychiatric diagnosis. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2007.p. 281.
- Lloyd-Williams M, Hughes JG. The management of anxiety in advanced disease. Prog Palliat Care. 2008;16(1):47-50.
- Lochner C, Stein DJ. Obsessive-compulsive spectrum disorders in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. Psychopathology. 2010;43(6):389-96. PubMed [PMID: 20847586](#)
- Matteis M, Basurte I. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la ansiedad aguda. Medicine. 2015;11(84):5026-40.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: NICE; 2004.
- Navarro-Mateu F, Garriga-Puerto A, Sánchez-Sánchez JA. Tree decisión analysis of the therapeutic alternatives for Panic Disorders in Primary Care. Aten Primaria. 2010;42(2):86-94. PubMed [PMID: 19632004](#). [Texto completo](#)
- Roberge P, Normand-Lauzière F, Raymond I, Luc M, Tanquay-Bernard MM, Duhoux A, et al. Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. BMC Fam Pract. 2015;16:146. PubMed [PMID: 26492867](#). [Texto completo](#)
- Sánchez M, Pérez C. Protocolo terapéutico de la ansiedad en el enfermo terminal. Medicine. 2015;11(84):5031-5.

- Schlatter J, Gamazo P. Trastornos de ansiedad (II). Fobias. Trastorno obsesivo-compulsivo. Medicine. 2011;10(85):5734-41.
- Sempere E, Vicens, C, Mut del Río F, Salazar J. Criterios de utilización de los medicamentos para tratar la ansiedad aguda y crónica. FMC. 2017;24(2):91-9.
- Simpson HB. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. Curr Top Behav Neurosci. 2010;2:527-43. PubMed [PMID: 21309125](#)
- Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of 12 anxiety disorders: a systematic review of the literature. Canadian Journal Psychiatry. 2006;51(2):100-13. PubMed [PMID: 16989109](#). [Texto completo](#)
- Tortella-Feliu M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. C Med Psicosom. 2014;110:62-9. [Texto completo](#)
- Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006;368(9553):2156-66. PubMed [PMID: 17174708](#)
- Witchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21(9):655-79. PubMed [PMID: 21896369](#)

## Más en la red

- DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized Anxiety Disorder. Ann Intern Med. 2019 Apr 2;170(7):ITC49-ITC64. PubMed [PMID: 30934083](#)
- Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder. N Engl J Med. 2017 Jun 8;376(23):2255-2264. PubMed [PMID: 28591542](#)

- Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017 Apr 4;317(13):1358-1367. PubMed [PMID: 28384832](#)
- Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016 Dec 17;388(10063):3048-3059. PubMed [PMID: 27349358](#)

## Autores

TABLA Ver clasificación

TABLA Ve