

■ ARTÍCULO ORIGINAL

LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Chinchilla Moreno

Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Madrid

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ EN BREVE...

La depresión y la demencia son las patologías psiquiátricas más frecuentes en el anciano



■ Según Pedro Ridruejo, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid y presidente del comité organizador de la X Reunión de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría, que se celebró en El Escorial, Madrid, en muchas ocasiones la depresión se encuentra muy relacionada con la demencia. «Hay que tener en cuenta que entre el 20 y el 50% de los pacientes con Alzheimer desarrollan depresión en las primeras fases de la enfermedad». Tanto el Dr. Ridruejo como el Dr. Luis Agüera Ortiz, coordinador del Programa de Psicogeriatría del Hospital Doce de Octubre, de Madrid, y miembro del comité organizador de la reunión, coincidieron en la necesidad de detectar de

forma precoz los procesos depresivos en los pacientes geriátricos, ya que de esta forma se podrá mejorar su calidad de vida y su salud.

(Otros breves en pág. 8) ►►►

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

Salud Global®



C. I. Venecia-2. Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de
Almirall Prodesfarma

S.V.P.: 269-R-CM

■ ARTÍCULO ORIGINAL

Los trastornos de Ansiedad en Atención Primaria

Aspectos conceptuales, epidemiológicos, clínicos y diagnósticos

En este trabajo nos centraremos básicamente en los trastornos por ansiedad generalizada y en las crisis de angustia. Los trastornos por angustia-ansiedad, de los que vamos a tratar aquí, tienen una gran importancia sociosanitaria dada su bien contrastada alta morbilidad en términos de incidencia y prevalencia, siendo necesario un detallado conocimiento clínico práctico y semántico por las posibles

equivalencias populares entre términos como ansiedad, angustia, miedo, fobias, temor, pánico, etc., que no son exactamente sinónimos.

Independientemente de su trasunto biológico, en algunos más que en otros, la influencia de los factores psicosociales en la génesis de estos trastornos y el mayor estrés y ansiedad en el mundo actual, en general, hacen que sean temas prioritarios de salud.

(Continúa pág. 2) ►►►

Los trastornos de Ansiedad en Atención Primaria

A. CHINCHILLA MORENO

Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Servicio de Psiquiatría. Madrid

La, por otra parte, frecuente asociación de la ansiedad con otros trastornos psíquicos y médicos, bien en plan concomitante o bien exacerbándolos, y las dificultades que entrañan a veces los tratamientos psiquiátricos, sobre todo en personas más vulnerables, o las posibles contraindicaciones de algunos tratamientos, hacen que el conocimiento clínico-terapéutico sea fundamental, y más en su primera puerta de entrada como suele ser la del médico general, donde con frecuencia la angustia-ansiedad puede ser un síntoma muy frecuente en todo tipo de patologías o ser la máscara somática de otras patologías.

Existe una diferencia entre angustia-ansiedad normal y la patológica. En esta última la clave está en que dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

La ansiedad y la angustia son síntomas muy frecuentes en la patología médica, la mayoría de las veces muy inespecíficos, y que se pueden enmascarar somáticamente, y de ahí su interés a la hora de las evaluaciones nosológicas.

El término ansiedad es sinónimo en muchos países y lenguas, aunque con algunos matices diferenciales. Los términos angustia y ansiedad no sólo pertenecen al lenguaje médico, sino también, y de forma muy extendida al lenguaje coloquial de la calle. Pertenecen a la condición humana; son como un presagio de finitud, problema existencial con serias connotaciones filosóficas y antropológicas. Son términos del lenguaje coloquial, con frecuencia usados como sinónimos entre sí y con otros como miedo, temor, pánico, fobias, terror, etcétera aunque entre ellos existen claros matices diferenciales. La angustia tiene que ver o alude a la constricción en pecho y garganta; proviene del latín *angor* que significa estrechez, estenosis, equiparándola su raíz griega a estrangulamiento, opresión, sobrecogimiento; sería como más somática, más visceral, con conciencia de enfermedad psíquica infrecuente. La ansiedad se vive más como un fenómeno respiratorio, con sobresalto, con impulso de huida, como una inquietud interior más intelectualizada, con conciencia de enfermedad psíquica frecuente; es más psicológica. Mientras el miedo es la reacción normal ante situación de peligro identificado en el ambiente (que cuando es máximo tenemos o hablamos de temor o espanto, no estando el sujeto ya preparado para dichos peligros, viéndose desbordado e invadido por su efecto al ser imprevisto), sentimiento motivado y acompañado siempre de objeto concreto, la angustia sería la

respuesta a la amenaza anticipada del ser, con sentimiento inmotivado o autónomo, que no se acompaña de objeto concreto sino indefinido.

La angustia sería un miedo sin saber a qué; un temor inexplicable de algo indefinible; un sentimiento penoso indefinido de apresión que te crea impotencia e indefensión ante algo desconocido que se aproxima sin posibilidad de huida o ayuda; como una inquietud interior, de presagio terrible, de sensación opresiva precordial y abdominal fundamentalmente, en su vertiente psíquica, y, en la somática de opresión, taquicardia, sudoración, temblores, escalofríos, etc. Se trataría de algo correspondiente a la corporalidad, a la profundidad personal, al extracto emocional-vegetativo. Es de predominio corporal más que psíquico, localizándose fundamentalmente en el precordio, garganta y epigastrio. Es visceral y más biológica; te paraliza, sobrecoge, inmoviliza, amenaza y limita para no poder realizarte en tu mundo libremente. Se manifiesta de múltiples formas, afectando a todos los órganos y funciones vegetativas. La clínica y/o los signos

somáticos dependerán de las causas, y, así, si es real, aparecerá estupor, palpitaciones, tempestad de movimientos, midriasis, entre otros; si es causa moral, vómitos, náuseas, etc., y, si es de tipo moral, según el trasfondo psíquico y orgánico.

La ansiedad es algo que se vive más en la esfera psíquica con sensación de muerte inminente, sin nada que lo justifique; su núcleo fundamental es la inseguridad, viviéndose más intelectualizada. Su componente somático acompañante es fundamentalmente respiratorio (ahogo, falta de aire, disnea, etc.). Te sobresalta, asusta, te moviliza para buscar soluciones al peligro inminente e irracional. Sería como un temor difuso, vago, confuso, mal definido, como un temor sin objeto, abstracto, preludio de que va a pasar lo peor; nos sobrecoge y crea incertidumbre; se nos adelanta el futuro al presente con negros presagios, con gran alarma; nos pone en alerta; es como una señal de peligro o amenaza para la integridad psicofísica y ante la que uno no sabe qué hacer o cómo va a evolucionar todo aquello... «posiblemente con la creencia de que tiene alguna enfermedad

TABLA 1
Criterios para el diagnóstico de F41.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). *Nota:* En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - (1) inquietud o impaciencia,
 - (2) fatigabilidad fácil,
 - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco,
 - (4) irritabilidad,
 - (5) tensión muscular,
 - (6) 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 I; 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 posttraumático.
- 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 los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Fuente: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON.

muy grave o de que va a perder la cabeza» quedando sorprendido por ello, al menos transitoriamente. Es más cortical e intelectualizada. Tanto ésta como la angustia son estados de alerta ante el peligro de su integridad psicofísica.

Por sus contenidos la angustia, la ansiedad y el miedo pueden tener temas idénticos con algunas diferencias. El objeto de la angustia es como la traducción simbólica de las ansiedades latentes primeras desde la infancia, que se nos van a expresar con múltiples manifestaciones, en forma de representaciones o imaginaciones temerosas anticipadas, sentimientos de insuficiencia o indefensión personal y uso de diferentes mecanismos defensivos para evitarla, disminuirla o paliarla. Estos matices de vivencia angustiosa se hacen o manifiestan de formas muy complejas, con una variación temerosa del ambiente, temores variables centrados en algo o en contenidos inconscientes, irracionales ante lo desconocido, y en una situación o vivenciación por el paciente de inde-

fensión, incapacidad o insuficiencia, que fuerza o genera a veces mecanismos de desviación o de defensa como evitación fóbica, regresión, represión, negación y/o formaciones reactivas. El paciente empieza con preocupación, luego con alarma, angustia, ansiedad, temor, etc., en una sucesión variada de estados emocionales. La angustia sería también un estado de tensión de origen intrapsíquico, que surge de la anticipación del peligro y es diferente y opuesta al miedo, que respondería a una amenaza externa conocida, estando pues sus diferencias en que hay o no una situación real de peligro. Con la fobia la diferencia estaría en que hubiera o no un temor centrado o concentrado en seres, objetos o situaciones, con mecanismos defensivos de evitación.

Se produciría la angustia-ansiedad por una disarmonía-descarga neurofisiopatológica cerebral que cristalizaría sintomáticamente en varios planos: físico, psíquico, conductual, cognitivo y social. Se crearía una hipervigilancia adaptativa y defensiva. La descarga más o

menos paroxística se manifestaría en lo físico (recuerda a un infarto de miocardio, a cuadros disnéicos, taquicardia, temblores, sudoración, sequedad de boca, polaquiuria, opresión precordial, inquietud, etc.); en lo psíquico habría inquietud, desasosiego, temores irracionales inquietud, desasosiego, temores irracionales inciertos, miedo a la locura, al descontrol, vacío interior, merma en atención-concentración, presunción de peligro, etc.; en lo conductual habría un estado de hiperalerta, de acecho, vigilancia extrema, atención expectante para ver por donde viene el peligro, merma funcional, inadecuación estímulo-respuesta, perplejidad, torpeza, bloqueos, un no saber qué hacer, inquietud motora, displacer, mímica tensa, cambios posturales, entre otros; en el terreno intelectual o cognitivo habría falsas interpretaciones, exageradas e inadecuadas, dificultad para el juicio, disminución de la concentración, etc.; en lo social, no saben qué decir o hacer ante los demás, pasividad, evitación. Cuando es brusca, pánica e inesperada, su duración suele ser menor de unos minutos, dejando luego laxitud y miedo a que vuelva a aparecer.

La ansiedad se transmite y extiende entre las fronteras de lo real y lo imaginario, por lo que es importantísimo interpretar cada situación o estado ansioso. Así, tenemos la ansiedad de anticipación provocada con anterioridad al enfrentamiento con la situación dada; la de separación consecutiva al miedo de ser abandonado y perder el objeto del amor; la reactiva a factores determinados; la personalidad ansiosa, fundamental para entender las neurosis como consecuencia del conflicto intrapsíquico, y, en definitiva, la angustia resultante de los mecanismos generadores de los síntomas y los medios defensivos empleados que generan mecanismos de defensa. La angustia de espera, o ansiedad flotante, está ligada al ser y a su situación, percibiéndose de forma confusa, difusa y vaga.

Posteriormente, en este estado aparece más o menos tarde la crisis. No siempre se puede objetivar esta ansiedad flotante, soliendo aparecer después de un impacto que desequilibra o inadecua las estructuras del comportamiento y los mecanismos de defensa habituales.

La ansiedad normal sería como un estado afectivo resultado del temor de un peligro próximo claramente delimitado, relacionada con objetos y hechos, vivenciada de forma exagerada, aumentada o falsamente interpretada; sería una ansiedad consciente que se adhiere a objetos o motivos que la justifican.

No debemos confundir nunca la ansiedad con la inquietud, que es menos intensa y conoce los motivos.

Los trastornos por ansiedad en las modernas clasificaciones de las enfermedades psíquicas han desbancado a las viejas somato y psico-neurosis. Tanto las clasificaciones de la OMS como la americana de la DSM en la actualidad, centran el interés clínico de estos trastornos fundamentalmente en las llamadas crisis de angustia con o sin agorafobia, la ansiedad generalizada, las fobias, el estrés postraumático, el

TABLA 2
Sintomatología y diagnóstico diferencial de la ansiedad aguda

A. Sintomatología psíquica:

- Displacer sin causa, ansiedad, angustia, miedo, temor, pánico.
- Atención expectante, miedo a que ocurra algo grave, a la muerte, a la locura, a perder el control, a lo inesperado.
- Desasosiego, tensión, incapacidad para estar quieto o sentado, movimientos incesantes, irritabilidad, pérdida de la templanza, mal humor, uraño, impaciencia, restregarse las manos, mesarse los cabellos.
- Excesiva preocupación acerca de la salud, a infartos, cáncer, etc.
- Fácilmente alarmado e hipersensible para la turbación.
- Miedo acerca de impresiones específicas y a situaciones como muerte inminente o a lo cerrado y a no poder huir.
- Merma en atención-concentración, mente en blanco.
- Reacciones de sobresalto-sobrecogimiento.
- Despersonalización, desrealización.
- Sentimientos de merma funcional.
- Búsqueda de dependencia, demanda de ayuda inmediata, inseguridad.
- Menor posibilidad para el discernimiento.
- Otros.

B. Sintomatología somática:

- Sensación de ahogo, disnea, palpitaciones, accesos de calor, opresión precordial, respiración entrecortada, precordalgias, hiperventilación.
- Temblor, tensión muscular, dificultad para relajarse, lentificación motora, parestesias-disestesias, dolores y espasmos, algias musculares difusas, disartria.
- Globo «histérico en la garganta y boca del estómago».
- Sonrojo, rubor, sudoración.
- Pesadez, fatiga, vértigo, mareo, inestabilidad.
- Cefaleas en casco.
- Sequedad de boca, pesadez gástrica, aerofagia, náuseas, bolo esofágico, diarreas, movimientos de tripa aumentados.
- Polaquiuria.
- Alteración de flujo sanguíneo.
- Impotencia, frigidez.
- Anorexia.
- Insomnio de conciliación, sueños fraccionados, pesadillas.
- Otros.

C. Diagnóstico diferencial:

1. Con cuadros psíquicos: ansiedad psicótica; distimias; epilepsia psicomotora o temporal; etc.
2. Con cuadros somáticos: hipertiroidismo; angor e insuficiencia coronaria; arritmias cardíacas; hipoglucemias; feocromocitoma; tromboembolismo pulmonar; asma; EPOC; intolerancia a analgésicos; tóxicos y anfetaminas; cuadros de abstinencia; etc.

TABLA 3
Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia con o sin agorafobia

- A. Se cumplen (1) y (2):
- (1) Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:
 - a) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
 - b) Sudoración.
 - c) Temblores o sacudidas.
 - d) Sensación de ahogo o falta de aliento.
 - e) Sensación de atragantarse.
 - f) Opresión o malestar torácico.
 - g) Náuseas o molestias abdominales.
 - h) Inestabilidad, mareo o desmayo.
 - i) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
 - j) Miedo a perder el control o volverse loco.
 - k) Miedo a morir.
 - l) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
 - m) Escalofríos o sofocaciones.
 - (2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»).
 - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.
- B.
- (1) Ausencia de Agorafobia.
 - (2) Con Agorafobia:
 - 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 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.
- b) Estas situaciones se evitan (p. ej., 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.
 - c) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).
- C. La crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- D. La crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Fuente: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON.

hospital general tienen ansiedad y 6-7 veces más crisis de angustia que la población general. El 70% de los pacientes con crisis de angustia fueron vistos por 10 o más generalistas antes de un diagnóstico correcto. El 50% de los pacientes con crisis de angustia tienen o han tenido depresión mayor. El 80% de los depresivos tienen sintomatología ansiosa que pueden enmascarar la depresión y ser tratados erróneamente. Sólo el 15-20% de los pacientes con ansiedad son vistos por el psiquiatra; el resto por el generalista y/o por especialistas. El 25% de primeras visitas generalistas lo son por depresión o ansiedad. Entre el 30-70% reciben tratamiento psicofarmacológico. En los trastornos por angustia, el 60-70% tienen complicación fóbica.

Entre las complicaciones dignas de reseñar, entre otras, sabemos que se dan más en ciertos pacientes orgánicos (cardiópatas, asmáticos, etc.). El 50% puede incapacitarse. El 25% sufren a su vez úlcera o hipertensión; el 40% hipotensión y depresión secundaria. El 50% sufren de prolapso mitral. El 30% consume alcohol o se automedica para paliarla. El 50% tiene absentismo laboral transitorio o absoluto. El 20-30% tiene desajustes-conflictos familiares o conyugales. El 10-15% van por lo menos una vez a las urgencias hospitalarias. Tienen una mayor probabilidad de muertes prematuras así como suicidio. En las crisis de angustia hay un predominio del sexo femenino frente al masculino de 3/1; en la ansiedad generalizada no. La edad de aparición más frecuente es entre la 2ª y 3ª década de la vida. Ciertas profesiones, ambientes sociofamiliares y personalidades están más predisuestas tanto para las crisis como para la angustia generalizada. En España se calcula que unos 4 millones de personas consultan al año por ansiedad y que los gastos en psicofármacos, ansiolíticos y antidepresivos, son costosísimos.

Los criterios para el diagnóstico de la Ansiedad Generalizada según el DSM-IV los exponemos en la Tabla 1. Dentro de la Ansiedad difusa primaria, los trastornos por angustia o ansiedad pánica (crisis de pánico) son quizás los de más interés para el médico generalista y otros especialistas, siendo fundamental su reconocimiento en su doble presentación sintomática psíquica y somática así como su diagnóstico diferencial con otros cuadros psíquicos y somáticos (Véase Tabla 2). En la Tabla 3, de forma sintetizada exponemos conjuntamente los Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia con o sin Agorafobia según el DSM-IV. En esta última, crisis de angustia o angustia pánica, su inicio es brusco e inesperado, con rápida instauración de los síntomas en forma de temor, miedo a morir o volverse loco ante lo que sienten o preveen; su cese también suele ser brusco, con una duración de minutos, rara vez horas, con períodos intercríticos prácticamente libres de síntomas con ansiedad anticipatoria leve o conductas de evitación fóbica. Se dan estas crisis sin relación condicionante, de forma brusca e incomprensible para el paciente y observador sin que se

trastorno obsesivo-compulsivo y otros de menor interés. De una u otra manera tienen un importantísimo interés sociosanitarios epidemiológico, clínica y asistencialmente y de costos.

Desde el punto de vista epidemiológico se estima que el 5-10% de la población general sufre o ha sufrido de ansiedad generalizada. Que el 5-20% de los pacientes ingresados en un

TABLA 4
Criterios para el diagnóstico de F40.2 Fobia específica [300.29]

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- 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 más o menos relacionada con una situación determinada. *Nota:* En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. *Nota:* En los niños este reconocimiento puede fallar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, la 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, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal.

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua).

Tipo sangre-inyecciones-daño.

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados).

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Fuente: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON.

alerta y vigilante, con gran aprensión y solicitando ayuda inminente e intentando convencer al personal médico que lo que padece es muy serio y muy agudo, aún a pesar de que las primeras exploraciones sean anodinas o inespecíficas.

Después de una primera crisis la ansiedad suele descender a la normalidad, pero puede repetir la crisis a los pocos días o semanas y empieza el nuevo peregrinar por urgencias o a veces sólo recibe un tratamiento paliativo a base de tranquilizantes menores benzodiazepínicos que no van a prevenir ni resolver las crisis.

Los síntomas pueden variar de unos pacientes a otros, pero los toraco-cardiovasculares y abdominales así como los psíquicos se dan en casi todos.

Cuando las crisis se repiten a pesar de no encontrar en las exploraciones ninguna causa orgánica, los enfermos siguen insistiendo y exigen cada vez más exploraciones sofisticadas. Si las crisis siguen los pacientes desarrollan actitudes hipocondríacas severas con ansiedades anticipatorias y una alerta permanente y expectante para ver por dónde y cómo le aparecerán de nuevo, desarrollando muchas veces posteriormente asociaciones relacionadas con las crisis con situaciones, escapes y evitaciones de lugares o situaciones donde huir le es difícil y la ayuda puede que no sea inmediata, llegando a veces a limitaciones severas, apareciendo ya la agorafobia y búsqueda de dependencias ante la inseguridad, lo que a su vez le genera conflictos o mermas a todos los niveles y posteriormente en muchos de

pueda objetivar un peligro o pretexto. Su traducción sería una mezcla dramática de fenómenos psíquicos, somáticos, conductuales, cognitivos y sociales como citamos antes. Tendría un predominio más somático la angustia que la ansiedad.

Lo más llamativo de la crisis sería una opresión toraco-epigástrico-abdominal, una especie de atenazamiento en el cuello y garganta que impide el habla y la deglución, una debilidad funcional en las piernas que le imposibilita para caminar, por lo que no puede huir, una distorsión sensorial (la vista se le nubla, los sonidos no se perciben o se deforman) un latido-opresión en las sienes, presagios de finitud, de locura, de muerte, de la nada, se cree desfallecer, pensando en el infarto de miocardio, la angina de pecho, algún tumor en la cabeza, etc.

Lo más frecuente es que la primera crisis suceda en edades tempranas, antes de los 30 años, de forma brusca, cuando el sujeto que la padecerá está haciendo sus actividades, precedidas o desencadenadas por estresores previos, dura pocos minutos y cuando quiere o puede pedir ayuda médica, que generalmente es en una urgencia hospitalaria, el cuadro está ya muy atenuado aunque el paciente se muestra ansioso, temeroso de padecer una enfermedad como las citadas antes, estando hiper-



TABLA 5

Criterios para el diagnóstico de F43.1. Trastorno por estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas por su integridad física o la de los demás y
 - (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.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (7) recuerdos del acontecimiento recurrentes o 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,
 - (8) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. *Nota:* En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 - (9) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). *Nota:* Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico,
 - (10) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático y
 - (11) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 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) y
 - (7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, 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 y
 - (5) respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los 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 sí:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar sí:

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

Fuente: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON.

tuales, si se manifiesta consciente o inconscientemente, si es generalizada o local, si es endógena (ataques de pánico) o si es una respuesta clara a una situación inmediata, a un trauma o situación, o ligada a un estímulo determinado en cuyo caso sería exógena.

Los modelos etiológicos serían: a) psicológico o psicosocial, en el cual la angustia-ansiedad sería debida a una situación entre las tensiones ambientales y los conflictos psicológicos internos pasados y presentes; b) conductista, que sería adquirida, condicionada a un trauma, y c) biológico, que tendría una base física en individuos vulnerables. La integración de los tres modelos sería el modelo médico, el de la endógena. En su inicio se abordó fenomenológicamente por los psicopatólogos; tuvo una interpretación o descubrimiento de sus causas inconscientes por los psicoanalistas, y la analítica existencial buscó su significado en el ámbito antropológico-médico. El análisis de receptores cerebrales implicados estudió su posible sustrato bioquímico (GABA). La angustia aguda surge por lo general bruscamente y es como la traducción de una circunstancia específica; la crónica es más como un estado de hiperalerta que conlleva a una merma sociolaboral y social. Cuando la angustia no se soporta se puede manifestar conversivamente (parálisis, ceguera, etc.). Los ataques de angustia suelen ser recurrentes y los estados de ansiedad generalizada más persistentes.

En todo caso, es importante saber cuándo un paciente ansioso debe ser enviado al psiquiatra para una mejor y más adecuada evaluación, que en general debería ser cuando hay dudas diagnósticas; posibles diagnósticos sobreañadidos (depresión, fobias, TOC, etc) de difícil manejo; necesidades de elegir tratamiento complementario o complejo, etcétera.

Por último en las tablas 4 y 5 exponemos los criterios diagnósticos de Fobia Simple y de Trastorno por Estrés Postraumático según el DSM-IV, a título descriptivo por tener menor importancia que los cuadros antes citados, pero que conviene también tener en cuenta.

Aspectos terapéuticos

Nos centraremos básicamente en los Trastornos por Crisis de Angustia y en los de Ansiedad Generalizada.

Ateniéndonos a la incidencia de este tipo de patologías en la población general y en base a su condicionante biológico en muchos casos (receptores benzodiazepínicos y sistema gabaérgico con canales de cloro) ante un paciente con un cuadro de ansiedad nos hemos de preguntar antes de tratarlo: ¿cuál es su clínica global?; ¿debe ser tratado con qué tipo de tratamiento y por cuánto tiempo?, etcétera.

Las prioridades ante los distintos trastornos por ansiedad son reducir, lo más inmediatamente posible, la intensidad de la crisis, de la angustia, lo que de alguna manera favorecerá la puesta en marcha de los mecanismos de defensa del paciente al verse menos limitado por la angustia y más apto para el apoyo y orientación psicológica. Si tenemos éxito en todo esto, casi seguro

ellos auténticas depresiones. La evolución es impredecible, pudiéndose dar una sola crisis, raro, varias o cronificarse con mejorías o exacerbaciones, sobre todo cuando tiene complicaciones de agorafobia limitante.

La ansiedad orgánica puede ser un síntoma de un trastorno médico-quirúrgico, tóxico, etc. La ansiedad más de origen psíquico, psicógena, sería aguda o crónica, fóbica, una vertiente de la personalidad y formas de reacción a situaciones variadas. La ansiedad situacio-

nal es la producida por el impacto ambiental en personas vulnerables y origina reacciones vivenciales cuya experiencia subjetiva se relaciona con el grado de estrés y los acontecimientos precipitantes o desencadenantes del contexto socioambiental y familiar.

De una u otra forma el origen de la angustia-ansiedad hay que buscarlo en el análisis biográfico personal y en el estado psicofísico. Sabremos si están vinculadas a determinados órganos o si las causas fueron tempranas o ac-

TABLA 6
Tratamiento de las crisis de angustia (*panic disorders*)

1. Confirmar el diagnóstico.
2. Descartar contraindicaciones para psicofármacos.
3. Usar benzodiacepinas según las siguientes dosis:
 - a) *De ataque:*
50-100 mg de cloracepato VO o IM o
10-20 mg de diacepam VO o IM o
5 mg de loracepam VO
una u otra se pueden repetir hasta ansiólisis-sedación.
 - b) *De mantenimiento durante 2-4 semanas:*
45-100 mg/día de cloracepato en 2 tomas VO o
10-30 mg/día de diacepam en 2 o 3 tomas VO o
3-10 mg/día de loracepam en 3 tomas VO
 - c) *Retirar gradualmente:*
4. Tratamiento con antidepresivos (entre otros):
 - a) Paroxetina: 20 mg VO en desayuno, para ir subiendo a 20 mg más en comida. Mantener no menos de 6 meses y luego otros 3-6 meses a la mitad de dosis.
 - b) Venlafaxina: 150 mg al día en 2 tomas o bien 150 mg en formulación retard, durante 6 meses y seguir otros 6 meses a la mitad de dosis.
5. En vez de fármacos del apartado 3, algunos prefieren usar el alprazolam en rangos de 3-6 mg/día, iniciando con dosis bajas y subiendo lentamente. Mantener 2-4 meses y retirar muy lentamente. Riesgos de rebote y abstinencia mayores. Bajo nuestro personal punto de vista es un fármaco para especialistas y no para médicos de Atención Primaria.
6. Hipnóticos si son necesarios: flunitracepam hasta que se consiga ir normalizando el sueño.
7. Psicoterapia de apoyo, dinámica, de conducta y cognitiva; con técnicas de relajación, de desensibilización con exposición *in vivo* si hay complicaciones fóbicas.
8. Si no responden verificar el diagnóstico.
9. Intentar reintegrar al paciente a sus actividades habituales tan pronto como sea posible.

que habrá menos posibilidad de recidivas. Por otra parte, quizá la angustia severa no sea sino el epifenómeno de otros trastornos psíquicos u orgánicos que se podrán explorar mejor con menor nivel de angustia gracias al tratamiento psicofarmacológico precoz. De ningún modo deberemos tildar al paciente de hipocondríaco debido a cómo demandan la atención médica, ya que las crisis de angustia son muy incapacitantes, penosas, y desde luego no son buscadas por el enfermo en plan ganancial. Nuestro primer objetivo es la ansiólisis farmacológica; luego psicologizar, tranquilizar, explicar, aclarar, etcétera.

El tratamiento de elección en episodios agudos es sin lugar a dudas el benzodiacepínico. Según la forma clínico-nosológica usaremos posteriormente tratamientos farmacológicos o psicoterápicos, bien en sustitución o conjuntamente, una vez descartada organicidad (ECG, Rx, análisis, exploración general, etc.). Conviene ganarse la fe del paciente con nuestra seguridad y claridad de ideas y eficacia terapéutica de inicio que reducirá sin lugar a dudas el peregrinaje.

Exponemos en la tabla 6 el tratamiento para las Crisis de Angustia, que no necesita de más explicaciones. En la tabla 7 exponemos el tratamiento general para los Trastornos por Ansiedad Generalizada.

Debemos tener prudencia y pensar en posibles consecuencias en tratamientos continuados, sobre todo con las benzodiacepinas, por el riesgo de tolerancia, dependencia y abstinencia.

Unas someras palabras para el resto de trastornos en lo referente al tratamiento. En caso de Fobia Social: antidepresivos IRSN (Venlafaxina Retard 75 mg/día), ISRS (Fluoxetina 20

mg/día, Paroxetina 20 mg/día, Sertralina 50 mg/día, Citalopran 30 mg/día); exposición al estímulo fóbico, terapia cognitivo-conductual; en Fobia Simple: benzodiacepinas, técnicas de exposición descondicionamiento, antidepresivos como coadyuvante, como los citados más arriba; en caso de Estrés Postraumático: psicoterapia, benzodiacepinas, antidepresivos. Todos estos cuadros son más para el psiquiatra que para el generalista.

Por último, recordar y tener en cuenta que en la clínica diaria nos encontramos con elevada frecuencia con cuadros mixtos de ansiedad y depresión, que van a requerir un tratamiento más específico. En ese sentido, desde la realidad de fundamentos patogenéticos, conocimientos farmacodinámicos diferenciados y desde el empirismo clínico, creemos que el fármaco de elección es la venlafaxina retard de 75-150 mg/día según severidad, durante al menos 6-9 meses independientemente de los complementos psicoterapéuticos.

Bibliografía

- Chinchilla Moreno A: Trastornos por Ansiedad. Ed. Sanofi Winthrop, Edos, Barcelona, 1993.
- CIE 10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciónes clínicas y pautas para el Diagnóstico. Meditor, Madrid, 1992.
- DSM-IV: Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona, 1995.
- Trastorno por Ansiedad: Diagnóstico, tratamiento y pautas de actuación. Cuaderno de trabajo. Asociación Americana de Psiquiatría, 1991.

TABLA 7
Tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada

1. Confirmar el diagnóstico.
2. ¿Es paciente nuevo o consumidor de larga evolución?
3. Valorar las situaciones vitales ansiógenas y las dificultades personales y el ambiente familiar.
4. Iniciar tratamiento con benzodiacepinas de acción prolongada fundamentalmente y en ancianos o enfermos hepatorenales darlas a mitad de dosis o bien de acción más corta. Usar alguna de las siguientes pautas:
 - a) *Cloracepato*, 50-100 mg/día en dosis de ataque en 1 ó 2 tomas; como mantenimiento 15-45 mg/día en 2 tomas VO, unos 2 meses y retirar gradualmente en unas 2 semanas.
 - b) *Diacepam*, 15-30 mg/día en 2 ó 3 tomas VO como dosis de ataque; a veces IM; como mantenimiento 10-20 mg/día en 2 ó 3 tomas, unos 2 meses y retirar gradualmente.
 - c) *Loracepam*, 5-10 mg/día en 3 tomas VO como dosis de ataque; como mantenimiento 1,5-3 mg/día en 3 tomas durante 3-4 semanas para retirar muy gradualmente o cambiar por otra benzodiacepina de más largo efecto y retirar éste luego poco a poco.
5. Evitar la escalada en el consumo de benzodiacepinas (tolerancia, dependencia, abstinencia; frecuente uso de otros tóxicos a la vez por el paciente como alcohol, analgésicos, etc., que aumentan el efecto sedativo y/o depresor del SNC).
6. Usar adicionalmente Antidepresivos durante unos 3-6 meses:
 - Venlafaxina Retard 75 mg/día
 - Paroxetina, 20 mg/día
 - Sertralina, 50 mg/día
 - Citalopram, 30 mg/día
7. Usar psicoterapia individual. Intentar modificar el ambiente. Usar técnicas de relajación.

Agenda

- **II Congreso Interautonómico «Pirineos 2002» y IV Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Medicina General**
Ciudad y fecha: Formigal (Huesca). 27-30 de enero 2002.
Información: Sociedad Española de Medicina General. Paseo Imperial, 10-12, 1ª planta. 28005 Madrid.
Tel.: 91 364 41 20. **Fax:** 91 364 41 21.
E-mail: semg@semg.es
Web: www.semg.es

- **Curso básico de Sofrología para médicos titulados**
Ciudad y fecha: Castellón, del 1 al 3 de marzo 2002.
Información: Sección Española de la Escuela Internacional de Sofrología.
Tel.: 964 26 11 91/964 22 00 06

- **II Congreso Regional de Atención Primaria Castilla y León**
Ciudad y fecha: Segovia, 25-27 de abril de 2002.

- **Reunión Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) Filadelfia. Estados Unidos.**
Ciudad y fecha: 18-23 mayo 2002.
Información: Meetings Management Department. APA. 1400 K. Street, N.W. Washington DC 20005 USA.
Tel.: 202 682 6193. **Fax:** 202 682 6114.
E-mail: apa@psych.org

- **IX Congreso Nacional de Psiquiatría Infante-Juvenil**
Ciudad y fecha: Madrid, 30 de mayo-1 de junio de 2002.
Información: **Tel.:** 91 361 26 00. **Fax:** 91 355 92 08.
E-mail: sepij@tilesa.es

- **XII Congreso Mundial de Psiquiatría**
Ciudad y fecha: Yokohama (Japón), 24-29 agosto 2002.
Información: Prof. J. Suzuki.
Fax: 81 3 38 14 29 91.
URL: www.wpanet.org

- **Congreso Nacional de la SEMERGEN**
Ciudad y fecha: Salamanca, 2-5 de octubre de 2002.
 Palacio de Congresos y exposiciones de Castilla y León.
E-mail: eblancot@semergen.es
URL: www.semergen.es

- **VI Congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelona 2002**
Ciudad y fecha: Barcelona, 4-9 noviembre 2002.
Secretaría Científica: Ciutat Sanitària de Bellvitge. Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
Tel.:/Fax: +34 93 335 4881.
Inscripciones, alojamiento y agencia de viajes: Viajes Halley. Cea Bermúdez, 61. 28003 Madrid.
Tel.: +34 91 455 0028. **Fax:** +34 91 549 9348.
E-mail: congresos@vhalley.infomail.es

En breve...

■ Según el III Informe sobre el Estado de Salud de la Infancia en España realizado por un grupo expertos en Madrid *diez de cada cien niños entre seis y once años tienen problemas psicológicos que requieren tratamiento*. Los trastornos más habituales son del comportamiento, ansiedad, depresivos y psicósomáticos. El problema radica en que los recursos asistenciales existentes en nuestro país son muy precarios, de hecho ocupamos el último puesto de los países europeos en cuanto a atención psiquiátrica infantil. La mayoría de estos niños con este tipo de enfermedades tienen que ingresar en unidades de adulto.

■ Las drogas y las patologías psiquiátricas están muy poco tratadas a nivel de salud laboral

Aunque cada vez es más frecuente que los empresarios soliciten

someter a sus trabajadores a analíticas para detectar si consumen drogas su preocupación se centra principalmente en el consumo de sustancias consideradas ilegales como el cannabis, cocaína, metadona o anfetaminas y en cambio no prestan importancia al alcohol. El trabajo conlleva numerosos factores que pueden inducir al consumo de sustancias tóxicas. Por ejemplo el tipo de jornadas laborales (demasiado largas...), las condiciones inherentes al puesto de trabajo (desarrollo de tareas en una situación de aislamiento, traslados constantes de puesto de trabajo, condiciones climatológicas adversas), el entorno de trabajo (conflictividad laboral, inestabilidad, trabajos de riesgo...). Por otra parte, un trabajador adicto a estas sustancias tóxicas merma su capacidad laboral y al mismo tiempo también puede ser perjudicial

para su entorno de trabajo y ser considerado por el empresario como un agente agresivo para la imagen de la empresa.

■ **La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) considera que los pacientes con asma pueden sufrir trastornos de ansiedad en el 40% de los casos y depresión en el 20%**. Asimismo se estima que los enfermos que sufren crisis asmáticas más intensas presentan unos índices más altos de ambas patologías. La opinión de la Dra. Isabel Otero miembro del área de trabajo sobre asma de la SEPAR es que todo ello hace necesario la presencia de psiquiatras en los equipos que asisten a este tipo de pacientes para facilitarles una ayuda complementaria que incida en la evolución positiva de la enfermedad.