

## CASOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Programa de Formación Continua y Actualizada  
para médicos de Atención Primaria mediante la exposición  
de Casos Clínicos registrados en la consulta médica,  
tras la elaboración de la historia clínica

Enero-diciembre 2006 (21 TEMAS)

Desarrollado por la Revista EL MEDICO en colaboración  
con la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMergen)

Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMergen

TEMA 4

■ Trastornos de ansiedad

PRÓXIMA ENTREGA

■ Lentigo

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

# TRASTORNOS DE ANSIEDAD

**COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE**

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

**AUTOR: JOSÉ ÁNGEL ARBESÚ PRIETO**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE SAMA DE LANGREO. ASTURIAS.

### INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una reacción humana básica y ante cualquier reacción de alarma, respondemos a ésta con un complejo conjunto de modificaciones, generadas por el sistema nervioso central, en el orden fisiológico, psicológico y conductual en relación al entorno.

Los trastornos de ansiedad son la patología mental más frecuente en la práctica médica general, se inician en épocas de la vida relativamente precoces (veintena), tienden a un cronificarse con periodos de mejoría y recurrencia, generando en ocasiones mucha discapacidad a las personas que los sufren y alteraciones en la convivencia familiar, social y laboral.

Disponemos de intervenciones efectivas para tratar los trastornos de ansiedad consistentes en tratamientos psicológicos, farmacológicos y auto-ayuda. La implicación de los pacientes en la toma de decisiones, compartidas con los profesionales, mejora los resultados de las terapias.

Una característica importante de la ansiedad es su subjetividad y sus manifestaciones sintomáticas dependerán de las asociaciones negativas que la persona establezca y de la capacidad de afrontamiento de que disponga (defensas psicológicas) para abordarlas.

Así pues, para el clínico, una primera dificultad será discernir con una aproximación diferencial lo que es una ansiedad normal o patológica (Tabla 1).

**TABLA 1. Aproximación diferencial**

Ansiedad normal	Ansiedad patológica
Función adaptativa	Dificultad de adaptación
Mejora el rendimiento	Disminuye el rendimiento
Leve	Profunda y persistente
Poco somática	Más somática
Emoción reactiva	Sentimiento vital

La activación del sistema nervioso se traduce en sintomatología somática mediada por el sistema nervioso vegetativo y psíquica mediada por la estimulación del sistema límbico y la corteza cerebral.

En ocasiones la ansiedad patológica del paciente puede estar desencadenada por una situación estresante con una base personal genética de predisposición familiar a padecer trastornos de ansiedad, existiendo diferencias entre ambas. (Tablas 2 y 3).

### CASO CLÍNICO

Juan es un paciente de 28 años, hijo único, sin antecedentes familiares de interés, que en su infancia sufrió ansiedad de separación (no podía quedarse solo con “canguros”). No refiere hábitos tóxicos ni ingesta excesiva de excitantes (café, té, cafeína en cola...).

**TABLA 2. Diferencias entre ansiedad endógena y exógena**

Ansiedad endógena	Ansiedad exógena
Aparece espontáneamente	Desencadenada ante estímulos
Antecedentes familiares	No historial familiar
Ansiedad en forma de crisis	Ansiedad continua
Predominio de síntomas somáticos	Predominio síntomas psíquicos
Relación mujer/hombre 2-3/1	Relación hombre/mujer 1/1
Comienzo precoz	Igual afectación por edades
T. de angustia y fóbico	T. de ansiedad generalizada, T. por estrés postraumático
Búsqueda de ayuda médica	Búsqueda apoyo psicológico
Precipitación por estimulantes: cafeína y/o himbina y betaestimulantes	No inducida por estimulantes

**TABLA 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad**

DSM-IV	CIE 10
Trastorno de pánico con o sin agorafobia	Trastornos de ansiedad fóbica:
Agorafobia sin trastorno de pánico	-Agorafobia
Fobia específica	-Fobias sociales
Fobia social	-Fobias específicas
Trastorno obsesivo compulsivo	Otros trastornos de ansiedad:
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno de pánico
Trastorno por estrés agudo	Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno mixto ansiedad-depresión
Trastorno de ansiedad debido a causa médica	Otro trastorno mixto de ansiedad
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos de ansiedad
	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Fue un adolescente tímido que prefería estar con adultos que jugar con chicos de su edad, no accediendo a ir a campamentos de verano con chicos de su mismo colegio.

Asistió a la Universidad en la misma localidad donde residía, por lo que pudo seguir viviendo en su casa, y al acabar sus estudios de Empresariales empezó a trabajar en un pequeño negocio familiar.

Debido a su timidez le era difícil entablar relaciones con mujeres de su misma edad por lo que necesitaba de otra persona, casi siempre su madre para concertarle alguna cita.

Los intentos de viajar, vivir solo, buscar citas por sí mismo o un trabajo independiente le desencadenaban intensa ansiedad consistente en temblores, sensación de mareo e inestabilidad, palpitaciones y falta de aire, sintomatología que le apareció en ocasiones sin desencadenantes previos, y en alguna ocasión le despertó en la noche mientras dormía, con sensación de fracaso que afectaba su autoestima, lo que le provocaba evitación de nuevos intentos y vuelta a su rutina familiar.

Juan es incapaz de viajar en avión, metro y autobu-

ses públicos aunque conduce su propio vehículo sin dificultad. En momentos de más ansiedad no puede visitar grandes superficies ni salir solo a la calle, la ansiedad también le ha aparecido en la cola de un supermercado donde realiza las compras habitualmente.

Refiere en la consulta inquietud por la posible aparición de nuevas crisis, en las que teme “poder volverse loco o tener un infarto de miocardio” que le hacen evitar los lugares donde se han producido ya que puede acabar acudiendo a los servicios de urgencias de los centros de salud u hospitales.

Cree ser criticado por los demás, con poca autonomía para las decisiones propias necesitando la aprobación constante de familiares.

Desde hace años toma ansiolíticos a los que tiene adicción a dosis que él mismo maneja. Los intentos de psicoterapia no han dado frutos por su inconstancia y poca empatía con el psicoterapeuta.

### Anamnesis

Antecedentes personales: deberemos indagar acerca del uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos y drogas.

Se le realizó analítica general que incluía TSH con resultado normal, no refiriendo la existencia de enfermedades orgánicas conocidas que puedan causar ansiedad.

No refería acontecimientos vitales estresantes previos, ni clínica compatible de comorbilidad con otros trastornos mentales, ya sea con otro trastorno de ansiedad, de la esfera afectiva (trastornos del estado de ánimo) o de la esfera perceptiva, conductual y de pensamiento (trastornos psicóticos).

### Diagnóstico

El diagnóstico del caso sería un trastorno de angustia con agorafobia. El trastorno de angustia también conocido como trastorno de pánico se caracteriza por la aparición súbita e inesperada de crisis de ansiedad intensas sin motivo aparente ni interno ni externo que las justifique, con un curso recurrente, lo que provoca gran malestar en el paciente y un temor persistente a que vuelvan a repetirse. Los primeros síntomas son predominantemente somáticos (mareos, palpitaciones, sensación de falta de aire, sudoración, temblor...) con miedo a padecer una enfermedad orgánica grave que

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

les hace acudir a los servicios de urgencia. Se necesitan tener cuatro o más síntomas de los expuestos para el diagnóstico de crisis de angustia. (Tabla 4).

La alta prevalencia del trastorno (1-2 por ciento) y su frecuente comorbilidad con otras enfermedades mentales si el proceso se cronifica, hace que el papel del médico de Atención Primaria en su detección, diagnóstico y tratamiento sea fundamental.

La crisis se inicia bruscamente y dura entre 10-30 minutos, puede aparecer en un amplio abanico de trastornos de ansiedad (fobias, estrés postraumático...), pueden aparecer incluso durante el sueño despertando al individuo, pero la presentación más frecuente suele ser al anochecer o desencadenado por circunstancias fobógenas.

En los periodos intercríticos el paciente está normal, pero la repetición de las crisis e incluso a partir de la primera, se desarrolla una ansiedad anticipatoria por miedo a padecer nuevas crisis.

Los pacientes con este diagnóstico son incapaces de estar solos necesitando compañía para salir a la calle o visitar sitios cerrados, tienen una personalidad dependiente y una conducta evitativa desde niño o bien después de sufrir un trastorno de angustia en la adolescencia o principios de la edad adulta. El miedo a la crisis les hace evitar situaciones o sitios donde se han desencadenado previamente.

Las crisis de angustia pueden desencadenarse sin

estímulos específicos como sucede en la fobia social u otras fobias específicas, o haber pasado suficiente tiempo para no relacionar exposición a crisis.

### Tratamiento

Debe instaurarse tratamiento farmacológico para yugular la aparición de crisis y terapias psicoeducativas. Los fármacos de elección para el tratamiento a largo plazo son los ISRS y entre éstos tienen indicación en ficha técnica: paroxetina y escitalopram, siendo recomendable la asociación en las primeras semanas con una benzodiazepina: lorazepam, alprazolam, diazepam o clonazepam, debiendo retirarse éstas una vez el efecto del ISRS sea óptimo y utilizarlas sólo como medicamento de rescate ante la aparición de crisis de angustia.

Las distintas estrategias cognoscitivas y comportamentales que promueven la exposición a situaciones temidas, pueden ser muy útiles. La terapia con mayor evidencia (grado A) para el trastorno de angustia es la terapia cognitivo conductual, siendo muy útiles las técnicas de relajación: entrenamiento en control de la respiración y en relajación muscular progresiva de Jacobson.

Las técnicas de counselling pueden ser una herramienta terapéutica desde la Atención Primaria. Los grupos de autoayuda en aquellas localidades donde existan pueden ser de utilidad.

**TABLA 4. Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia**

1. Palpitaciones.
2. Sudación.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aire.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Mareo, inestabilidad.
9. Desrealización (sensación de irrealidad), despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias.
13. Escalofríos o sofocaciones.

### BIBLIOGRAFÍA

- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS. Meditor 1992.
- Anxiety. Management of anxiety in adults in primary care. Clinical Guideline 22.N.I.C.E. December 2004.
- Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders. National Health Committee. New Zealand. November 1998.
- Guía farmacología del SNC. Aranza J.R.
- Psicoterapia y psicofármacos en AP. José Manuel García Ramos. Editorial IMC. S. A.
- Psiquiatría en A.P. Julio Vallejo Ruiloba. Editorial Ars Medica.
- Trastornos de ansiedad comórbidos con depresión. Dan J. Stein. Eric Hollander. Martin Dunitz, Edición española. Atlas Medical Publishing.
- Medicina Clínica volumen 4-número 1. año 2003. José Luis Carrasco Perera y Mpaz Díaz-Marsa.