

PSIQUIATRIA

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

EXPERTOS DE VALIDACIÓN INTERNA (Autores)

Dr. Eugenio Daniel Urrutia Zerquera

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar.

Dra. Diana Galiano Rego

Especialista de I Grado en Psiquiatría.

Dra. Sara Gilda Argudin Depestre

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesora Auxiliar.

EXPERTOS DE LA VALIDACIÓN EXTERNA

Dr. Angel Otero Ojeda

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar del Hospital Psiquiátrico Bernabé Ordaz, La Habana., Cuba.

Dra. Cruz Turró Mármol.

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto La Habana., Cuba.

Dr. Alejandro García Garcerán

Especialista de II Grado en Psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental. La Habana, Cuba.+++

Servicio Psiquiatría

psiq@hha.sld.cu

Teléfono : 876-1575

Actualización: marzo 2012

DEFINICIÓN

La *ansiedad* (del latín *anxietas*, afligir, turbar), es un estado emocional propio de quien desea, espera o teme un acontecimiento importante o grave. Es un temor angustioso de peligro acompañado de inquietud y de un sentimiento de opresión en el epigastrio. La ansiedad es normal en todo paciente por ser psicológicamente congruente con una situación de alarma (o de pérdida o de invalidez). Cuando el individuo se siente atemorizado, tenso y alarmado en una forma desagradable y con notable cortejo sintomático, estamos en presencia de enfermedad. La ansiedad está presente en grado superlativo en 70 % de los pacientes psiquiátricos y en 30 % de pacientes que concurren a otras especialidades clínicas o quirúrgicas, según criterio de numerosos estudiosos del tema.

CRITERIOS DIAGNÓSTICO

Clasificación de la ansiedad según la clínica:

- Ansiedad ligera: el paciente presenta síntomas neurovegetativos de poca intensidad que le dificultan pero no le impiden sus actividades diarias, a pesar de los temores que siente.
- Ansiedad moderada: cuando los síntomas neurovegetativos y sus temores, por su intensidad, le impidan realizar sus actividades diarias.
- Ansiedad severa o grave: cuando presente crisis de pánico frecuentes y por la magnitud de sus temores, necesita tratamiento de urgencia.

CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD

Según escala de Covi (clasificación cuantitativa)

La escala de evaluación de la ansiedad de Covi no es una herramienta diagnóstica, sino que ofrece una medida cuantitativa de la ansiedad. Proporciona al examinador un juicio sintético sobre los aspectos esenciales de la misma. Se compone de 3 ítems que describen la ansiedad a través del informe verbal, su conducta y sus malestares somáticos.

Derivado de la entrevista con el paciente (sospecha de ansiedad):

- Informe verbal: el paciente refiere sentirse nervioso, agitado, irritable, asustadizo, repentinamente molesto sin motivo, temeroso, aprensivo, tenso o con los nervios de punta, evita determinadas cosas, lugares o actividades por miedo, tiene problemas para concentrarse en las tareas.

- ☐ Conducta: parece atemorizado, agitado, inquieto, aprensivo, irritable, asustadizo.
- Síntomas somáticos de la ansiedad: el paciente refiere sudoración injustificada, temblor, palpitaciones, dificultades para respirar, crisis de calor o frío, sueño agitado, salto epigástrico, nudo en la garganta, va cada vez más al aseo sin causa.

El intervalo investigativo es el presente o la última semana, pudiéndose aplicar cuantas veces desee el clínico. La escala pone un especial énfasis en el estado subjetivo del paciente, lo cual supone un criterio importante para evaluar la enfermedad antes del tratamiento y la mejoría posterior a éste. El examinador debe ser un psiquiatra u otra persona adecuadamente formada. El tiempo necesario para su aplicación no supera los 20 minutos. La puntuación de cada ítems varía entre 0 y 4 (0=ausente; 1=leve; 2=media; 3=fuerte; 4=máxima). La puntuación total obtenida es la suma de las puntuaciones de cada ítem, así pues el total varía entre 0 y 12. La puntuación media obtenida en los pacientes con ansiedad oscila entre 6 y 8. La puntuación media en los enfermos deprimidos y con ansiedad varía entre 4 y 6 y es algo mayor para los enfermos con melancolía.

Cuadro ____: Clasificación de la ansiedad según la escala de Covi

Fila	Estado	Manifestaciones	Puntos
1	Estado de ánimo ansioso	Inquietud, espera lo peor, aprensión o anticipación temerosa, irritabilidad, etc.	
2	Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto más fácil, temblor, no puede quedarse en un lugar, etc.	
3	Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, miedo a los animales grandes, al tránsito callejero, a la multitud, etc.	
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos. Pesadillas, pavor nocturnos, etc.	
5	Funciones intelectuales	Dificultad de concentración, mala memoria, etc	
6	Estado de ánimo	Falta de interés, no disfruta ya sus	

	depresivo	pasatiempos, depresión, insomnio de la madrugada, variaciones del humor durante el día, etc.	
7	Síntomas somáticos generales musculares		
8	Síntomas somáticos generales sensoriales	Zumbido oídos, visión borrosa, sofocaciones, escalofríos, sensación de debilidad, de hormigueo, etc.	
9	Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles, etc.	
10	Síntomas respiratorios	Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire, etc.	
11	Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, meteorismos, dispepsia: dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, constipación, etc.	
12	Síntomas genitourinarios	Amenorrea, metrorragia, aparición de la frigidez, micciones frecuentes, urgencia de micción, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia, etc.	
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo	Sequedad de la boca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigos, cefalea de tensión, horripilación, etc.	

Clasificación básica

El diagnóstico se realizara a través de la CIE-10, que es la clasificación internacional de enfermedades, avalada por la OMS. Las categorías diagnósticas serían:

- Trastorno de ansiedad fóbica: los síntomas de ansiedad se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismo peligrosos. Su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. El imaginar la situación fóbica desencadena ansiedad anticipatoria.

Incluye la agorafobia con y sin trastorno de pánico, las fobias sociales y las fobias específicas.

- Otros trastornos de ansiedad: el síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. Incluye:
 - ✓ El trastorno de pánico. Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, no deben presentarse solo en situaciones conocidas o previsibles y en el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.
 - ✓ El trastorno de ansiedad generalizada. Su característica esencial es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular, es una angustia libre flotante. Debe presentar los síntomas la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Deben estar presentes rasgos de aprensión, tensión muscular e hiperactividad vegetativa.
 - ✓ El trastorno mixto ansioso depresivo. Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS O CONFIRMATORIAS, O AMBAS

- El test de Covi
- Si por la clínica es necesario se indica ultrasonido de tiroides y electroencefalograma.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento del paciente tendrá tres vertientes que se complementan entre sí:

- ***En cuadro de ansiedad severa:*** utilizar Diazepam (Faustán, ámp de 10 mg). Dosis: 10 mg vía IM tres veces al día, con Benadrilina (ámpl de 20 mg). Dosis: 20 mg vía IM en el horario de sueño. El segundo día se pasa a Clorodiazepóxido (Tabl 10 mg) o Medazepan (Tab 10 mg), en dosis de entre 20 y 60 mg, por vía oral, si se controló la crisis grave.

- **En la ansiedad moderada y ligera:** se comenzaría el tratamiento por vía oral con los medicamentos antes señalados en dosis entre 20 y 60mg, en dependencia de la sintomatología.
- Otros tratamientos que pueden utilizarse en base a la disponibilidad que exista:
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS):
Sertralina (Tab 50 mg). Dosis: 50mg a 250mg.
 - Paroxetina (Tab 20 mg). Dosis; de 20 mg a 60 mg.
 - Clomipramina (Tab 25 mg): Dosis: de 25 mg a 150 mg,
 - Trifluorperacina (Tab 1 mg). Dosis: de 1mg a 4mg,
 - Clonazepan (UTab 1 mg). Dosis: de 1mg a 3mg.
- Para el insomnio:
 - Levomepromacina: 12,5 a 25 mg.
 - Amitriptilina: 25mg a 50mg
- Psicoterapia y apoyo social. Desde el punto de vista psicoterapéutico, la psicoterapia de elección sería la cognitiva conductual de urgencia, con cinco sesiones de 90 minutos de duración cada una de ellas.
- Manejo del entorno del paciente. Desde el punto de vista social se tiene en cuenta el apoyo que requiera el paciente, todas las aristas encontradas por la trabajadora social o que se hayan manifestado durante la primera entrevista o en las sesiones de psicoterapia el psiquiatra debe lograr limarlas, con el apoyo de familiares y amigos, poniéndolos en función de colaboradores del terapeuta.
- Aplicación de la medicina natural y tradicional.

Criterios para alta

Reducción como mínimo el 50% de la sintomatología. La estadía de este tipo de paciente debe oscilar entre 15 y 20 días. Al egreso seguimiento por consulta especializada. La 1ra consulta a los 15 días de alta hospitalaria y duración como mínimo de 6 meses a una consulta mensual. En el caso de los pacientes captados y seguidos por consulta externa se les hará similar procedimiento.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

<i>Indicadores de Estructura</i>	<i>Estándar %</i>
<i>Recursos humanos</i>	
% completamiento personal del grupo de trabajo asistencial	>95
<i>Recursos materiales</i>	
% aseguramiento instrumentos y equipos médicos según PA	>95
% disponibilidad medicamentos y nutrientes expuestos en PA	>95
% disponibilidad reactivos para investigaciones según PA	>95
<i>Recursos organizativos</i>	
% Planilla recogida datos (PRD) por paciente incluido en PA	100
% disponibilidad Base de Datos Para incluir resultados del PA	100
<i>Indicadores de proceso</i>	<i>Estándar %</i>
% pacientes diagnosticados correctamente según lo expuesto en el PA	100
% pacientes con ansiedad pre operatoria operados luego del tratamiento correspondiente	>80
<i>Indicadores de resultados</i>	<i>Estándar %</i>
% pacientes con ansiedad grave controlados	>80
% pacientes con ansiedad moderada o leve controlados	>80

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders*(cuarta edición, texto revisado). (DSM-IV-TR).Washington,DC:Autor.
- Ayuso Gutiérrez, J: Benzodiazepinas en el control de los trastornos de ansiedad. Revista Argentina de Psiquiatría Biológica.1998 Vol. 5, 35. 13-4.
- Bech P; Lönn SI; Overø Kf. Relapse Prevention And Residual Symptoms: A Closer Analysis Of Placebo-Controlled Continuation Studies With Escitalopram In Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder, And Obsessive-Compulsive Disorder. The Journal of Clinical Psychiatry. 2009 Dic.
- Cía, Alfredo H. Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados, 1ª.ed.Buenos Aires: EL Ateneo, 1995.
- Covi L, Lipman R, Mc NairDM, Crezinsky T. Symptomatic volunteers in multicenter drug trails.Progr Neuropsychopharmacol.1979; 3:521.
- Deborah Janowitz; Hans Joergen Grabe; Stephan Ruhrmann... (Et.Al). Trastorno Obsesivo-Compulsivo De Inicio Temprano Y Comorbilidad Asociada. Depression And Anxiety. 2009 Nov; 26(11):1012-1017.
- Dougherty, Darin D; Jameson, Mariko; Deckersbach, Thilo... (Et.Al). Open-Label Study of High (30 Mg) and Moderate (20 Mg) Dose Escitalopram for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. International Clinical Psychopharmacology. 2009 Nov; 24(6):306-311.
- Galbis, Antonio. La morbilidad del ataque de panico puede reducirse si se consigue una deteccion precoz de la enfermedad, 3/sep/2010 diario medico. 2010 Sep.
- Ildefonso Gómez-Feria Prieto. Formas Clínicas De Las Conductas Acumuladoras. Psiquiatria Biológica. 2009 Sep; 16(3):122-130.
- Meredith E. Coles; Shannon L; Coleman. Barriers to Treatment Seeking For Anxiety Disorders: Initial Data on the Role of Mental Health Literacy. Depression and Anxiety. 2010 Ene; 27(1):63-71.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento. 1995.

Shocter E., Tyrer P: Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in Psychopharmacology and Classification of Disease, Br. J Psychiatry 2003, 327: 158-60.

Sotolongo García, Y. y cols: Psiquiatría de enlace en el paradigma salubrista: Reto o salto cualitativo. Revista Cubana de Medicina Militar, 2004.

Yaryura Tobías J.A. La Epidemia Oculta. 1ra Edición. Buenos Aires, Argentina: Cangrejal Editores; 1994.

Zimmerman M., Mattia J. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being used? Compr Psychiatry 1999; 40; 182-91.