

## **Título: TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

### **Autores:**

Dra. Diana Galiano Rego  
Especialista de 1er. Grado en Psiquiatría. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral. Diplomado en violencia intrafamiliar.

Dra. Sara Gilda Argudín Depestre,  
Especialista de 2º Grado en Psiquiatría. Profesora Auxiliar.

Dra. Carmen Elisa Acosta Enríquez  
Especialista de 1er. Grado en Psiquiatría.

Dr Reynol Moreno Puebla

Lic. Cándido Ibáñez Guthrie

Servicio de Psiquiatría  
Email: [psiq@hha.sld.cu](mailto:psiq@hha.sld.cu)

### **Introducción**

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 comienza a ser un problema en el momento en el que nos impide realizar una vida “normal” y satisfactoria. Cuando sobrepasa ciertos límites, el estrés pasa de ser un aliado, a un elemento paralizante.

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. La prevalencia de los trastornos de ansiedad es 1 % y la mitad se asocia con *agorafobia (fobia a los espacios abiertos)*. En el trastorno de ansiedad generalizada es 3-4 % y en la agorafobia es 0.6 %. Estos trastornos son más frecuentes en mujeres, con edad de inicio entre 20 y 40 años para una media de 26 años. Las formas genuinas disminuyen con la edad dando paso a formas con estados depresivos de base. El trastorno obsesivo compulsivo que antes era muy raro ahora tiene una prevalencia de 2-3 % de la población general a lo largo de la vida.

Muchos de estos pacientes no reciben el diagnóstico y tratamiento adecuados y llegan a consulta especializada mostrando un gran deterioro en su personalidad y calidad de vida. Los trastornos de ansiedad a veces se minimizan y es el paciente el que sufre y por ser evaluado superficialmente conllevan a una incapacidad que genera dificultades al individuo y a la sociedad. Razón que motiva al estudio más profundo de estas entidades con el objetivo de aliviar y proporcionar un mejor desenvolvimiento social del paciente a través de la aplicación y desarrollo de este protocolo asistencial.

## Objetivos

1. Mejorar sintomatología ansiosa a todos los pacientes tratados.
2. Diagnosticar y clasificar la ansiedad de pacientes ingresados en servicio de psiquiatría, interconsultas que se realicen partiendo de la psiquiatría de enlace y casos vistos en consulta externa.
3. Lograr que el paciente con manifestaciones ansiosas moderadas o severas elimine o reduzca su sintomatología a una ansiedad mínima controlable.

## Desarrollo

Estructura asistencial básica (recursos humanos y materiales):

El equipo de psiquiatría estará formado por especialistas de psiquiatría, psicólogo clínico, psicometrista, trabajadores sociales, enfermeros especializados, ergoterapeutas y auxiliares generales.

## Criterios diagnósticos de ansiedad

- **Clasificación 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 según la 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 y 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.

### **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:
  - Agorafobia con y sin trastorno de pánico

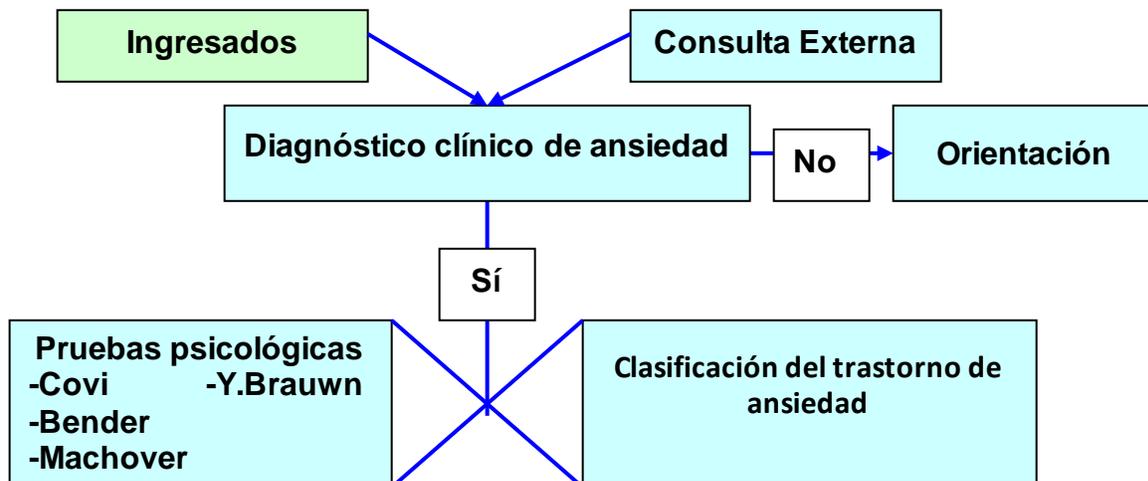
- Fobias sociales
- Fobias específicas
- **Otros trastornos de ansiedad:** el síntoma principal, es la presencia de una ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. Incluye:
  - **Trastorno de pánico.** Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad 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.
  - **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.
  - **Trastorno mixto ansioso depresivo.** Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni

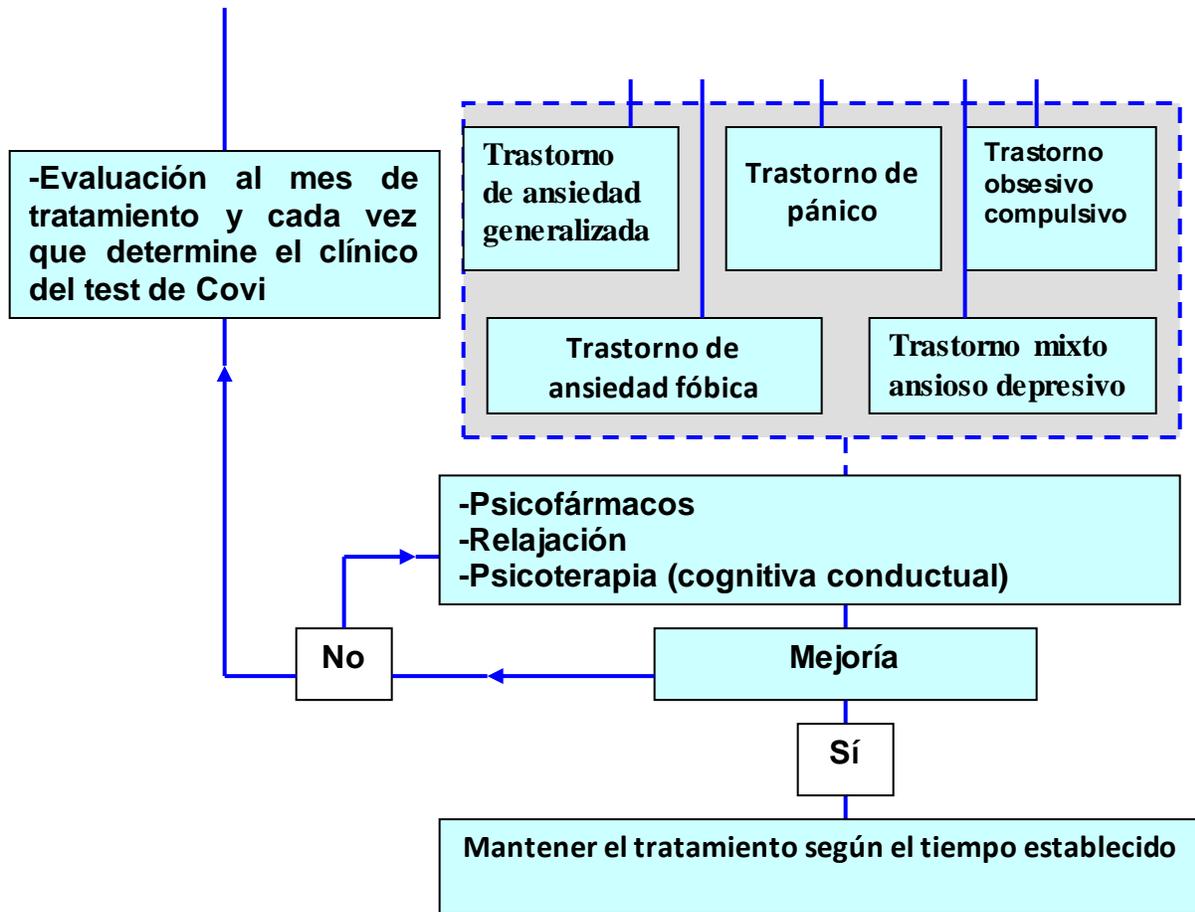
tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

**Trastorno obsesivo compulsivo.** La característica esencial es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos son reconocidos como propios, hay resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, la idea o realización del acto no deben ser placenteras, los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos. Incluye:

- Con predominio de pensamientos obsesivos.
- Con predominio de actos compulsivos.
- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

#### ALGORITMO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD





## TRATAMIENTO

- **Farmacológico (teniendo en cuenta clasificación del trastorno de ansiedad y gravedad de la misma):**
- Antidepresivos (ISRS, tricíclicos), benzodiazepinas, otros fármacos potencializadores como las azapironas, antipsicóticos dependiendo de las condiciones del paciente e interacción con otros medicamentos.

- **Psicoterapia y apoyo social:** La psicoterapia de elección sería la cognitiva conductual de urgencia, con cinco sesiones de 90 minutos de duración cada una de ellas. Psicoterapia de grupo, educativa y bibliográfica. Técnicas de relajación. Medicina natural y tradicional.
- **Manejo del entorno del paciente:** El apoyo de familiares y amigos, poniéndolos en función de colaboradores del terapeuta, es fundamental para el desarrollo exitoso del tratamiento.

## Indicadores

<b>Indicadores de estructura</b>		<b>Estándar</b>
<b>Recursos humanos</b>	% de completamiento del personal entrenado en el contenido del PA	>95%
	% de aseguramiento de instrumentos y equipos médicos, según PA	>95%
<b>Recursos materiales</b>	% de disponibilidad de medicamentos y nutrientes según PA	>95%
	% de disponibilidad de reactivos para investigaciones según PA	>95%
	% de planillas para la recogida de datos	100%
<b>Recursos organizativos</b>	% de planillas introducidas en base de datos electrónica	100%

<b>Indicadores de procesos</b>	<b>Estándar</b>
<b>% de historias clínicas a ser completadas y aplicación del algoritmo en las primeras 24-48horas</b>	<b>100%</b>
<b>% de pacientes para ser evaluados y diagnosticados como un trastorno de ansiedad en consulta externa e ingreso</b>	<b>100%</b>
<b>% de pacientes para ser diagnosticados según gravedad de la ansiedad</b>	<b>100%</b>

<b>Indicadores de resultados</b>	<b>Estándar</b>
<b>% de pacientes diagnosticados con ansiedad</b>	<b>≥95%</b>
<b>% de pacientes diagnosticados con ansiedad grave en los que se logró algún control</b>	<b>≥95%</b>
<b>% de pacientes diagnosticados con ansiedad moderada-ligera bien controlados</b>	<b>≥95%</b>

## **Bibliografía**

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders* (cuarta edición, texto revisado). (DSM-IV-TR).Washington,DC.

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition: DSM-5. Washington, DC

Cía, Alfredo H. (1995) *Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados*, 1ª.ed.Buenos Aires: EL Ateneo

Covi L, Lipman R, Mc NairDM, Crezinsky T. (1979) Symptomatic volunteers in multicenter drug trails. *Progr Neuropsychopharmacol*; 3:521.

Cubas R, Gonzalez M, Ibáñez I (2006) Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International journal of clinical and health psychology*, ISSN 1697-2600, Vol. 6, Nº. 1, págs. 23-39

García-Parajuá P, Magariños López M (2007) Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. *Medicine*, ISSN 0304-5412, Serie 9, Nº. 84, (Ejemplar dedicado a: Enfermedades psiquiátricas (I)), págs. 5414-

Goodman WK, Price LH, Heninger GR, Charney DS. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*; 46: 1012-16.

Greist JH, Jefferson JW. (2014) Obsessive-compulsive disorder. In: Gabbard GO, ed. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing: chap 21.

Iruela L.M, Picazo J, Peláez C (2007) Tratamiento farmacológico de la ansiedad. *Medicine*, ISSN 0304-5412, Serie 9, Nº. 84, (Ejemplar dedicado a: Enfermedades psiquiátricas (I)), págs. 5421-5428

National Institute of Mental Health. (2016) Obsessive-compulsive disorder. [www.nimh.nih.gov/health/topics/obsessive-compulsive-disorder-ocd/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/topics/obsessive-compulsive-disorder-ocd/index.shtml).

Organización Mundial de la Salud. CIE-10. (1995) Trastornos Mentales y del comportamiento. Madrid: Ediciones Meditor y J.J. López Ibor

Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, He Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR y cols. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*; 46: 1006-11.

Sandín Ferrero B, Chorot Raso P, Valiente García R.M, Chorpita B.F. (2010) Desarrollo de una versión de 30 ítems de la Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de psicopatología y psicología clínica: revista oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología AEPCP*, ISSN 1136-5420, Vol. 15, Nº. 3, págs. 165-178

Stewart SE, Lafleur D, Dougherty DD, Wilhelm S, Keuthen NJ, Jenike MA. (2016) Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive and related disorders. In: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier: chap 33.

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

Yaryura-Tobías, JA.; Toro-Martínez, E; Spinetto, M y col (2001) Shared Obsessive-Compulsive Disorder. *The Behavior Therapist*, 24(6) 126-133