

Ansiedad generalizada en adultos

Fecha de la última revisión: **15/09/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Problemas orgánicos que pueden agravar o presentar síntomas de ansiedad](#)
3. [Algoritmo diagnóstico](#)
4. [¿Cómo tratarla?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Cierto grado de ansiedad está presente en muchos momentos de la vida cotidiana de la gran mayoría de las personas. Dentro de unos límites de cualidad e intensidad, la ansiedad contribuye a un adecuado estado de alerta y permite mejorar el rendimiento, sin que pueda ser considerada patológica. La ansiedad, cuando no es excesiva, presenta aspectos positivos, ya que estimula el aprendizaje y el desempeño de las labores.

Sin embargo, cuando rebasa cierto margen, lleva a una evidente vivencia subjetiva de malestar, y repercute negativamente en el rendimiento global de la persona. Puede además asociarse con otros síntomas, tales como síntomas de hiperestimulación simpática (palpitaciones, aumento de frecuencia respiratoria, sudoración, etc.), aprensión (síntomas hipocondríacos), temores diversos (síntomas fóbicos), pensamientos o actos repetitivos (síntomas obsesivo-compulsivos), o síntomas somáticos (síntomas conversivos y de somatización), entre los más frecuentes. Son en conjunto los trastornos de ansiedad, y entre ellos está el Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG), cuando la propia ansiedad es el síntoma principal y predomina sobre otros síntomas.

Debido a la presencia de síntomas como los de somatización, es frecuente que estos pacientes acudan a su médico de cabecera o a especialistas médicos no psiquiatras preocupados por su malestar, pensando que tienen una enfermedad orgánica grave o están en riesgo de desarrollarla.

Criterios DSM-5 para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (300.02):

- Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (en los niños sólo se requiere uno de ellos), algunos de los cuales han persistido más de 6 meses:
 - Inquietud o impaciencia.
 - Fatigabilidad fácil.
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; 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 postraumático.
- 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.
- Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo: hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

El TAG es la modalidad de trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria. Su prevalencia se sitúa en torno al 1% de la población general, es más frecuente en el sexo femenino (2:1)(Gale CK, 2011) y su momento de aparición suele ser la edad adulta temprana. Su curso suele ser variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y otras de empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental.

Además del propio síndrome de TAG, debemos considerar también las complicaciones derivadas de la patología ansiosa no tratada o que es reconocida de forma tardía. El paciente ansioso puede buscar mejoría sintomática en el alcohol y otras sustancias, y no es raro el abuso de éstas. Tampoco es extraño que la ansiedad crónica provoque en el paciente una desmoralización que puede dar lugar a la coexistencia de síntomas depresivos.

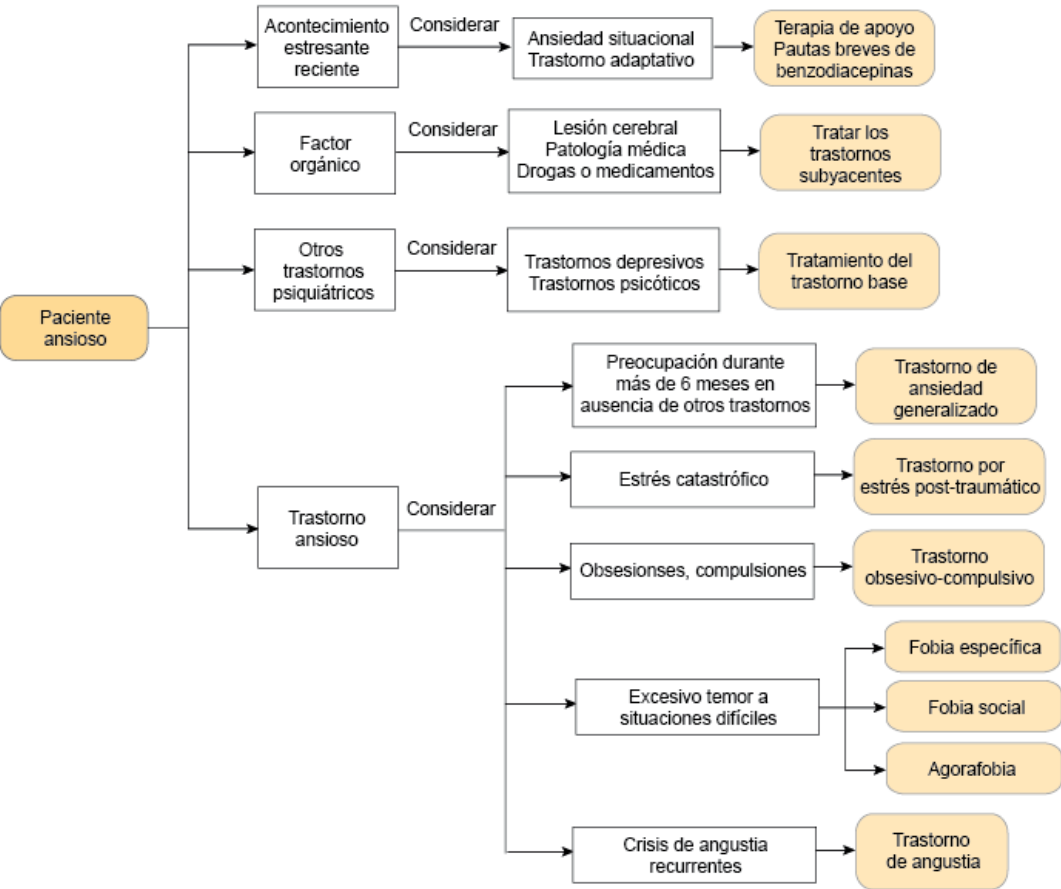
La detección precoz de los trastornos ansiosos y su tratamiento apropiado no solo pueden evitar estas complicaciones al enfermo, sino también economizar recursos sanitarios consumidos innecesariamente.

Es fundamental recordar que, para llegar a un diagnóstico correcto, hay que hacer una buena historia clínica, que oriente el diagnóstico diferencial tanto de patologías orgánicas subyacentes, como diferentes cuadros psiquiátricos donde la ansiedad es un síntoma relevante (trastorno por ansiedad generalizada, trastornos fóbicos, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno hipocondríaco, etc.) así como el diagnóstico de patologías comórbidas (síndrome depresivo, abuso de alcohol u otros tóxicos, etc.).

Problemas orgánicos que pueden agravar o presentar síntomas de ansiedad

1. Endocrinológicos: hipo o hipertiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia adrenal, hiperadrenocorticismo, feocromocitoma, menopausia.
2. Cardiovasculares: ICC, insuficiencia coronaria, TEP, arritmias, prolapso mitral.
3. Respiratorio: asma, EPOC, neumonías, trastornos de ventilación.
4. Alteraciones metabólicas: diabetes, porfiria, hipoxia, hipocapnia, hipoglucemia hiperpotasemia, hipercapnia, hiponatremia, etc.
5. Neurológico: neoplasia, encefalitis, disfunción vestibular, epilepsia temporal, migrañas.
6. Intoxicaciones: plomo.
7. Hematológicas: anemia, déficit de B12.
8. Otras: infección urinaria en ancianos, síndrome de fatiga crónica, cáncer, etc.
9. Yatrogenia: antidepresivos, anticonvulsivantes (carbamazepina, etosuximida), antimicrobianos (cefalosporinas, ofloxacino, aciclovir, isoniazida), broncodilatadores (teofilinas, beta 2 agonistas), intoxicación digitálica, estrógenos, insulina en hipoglucemias, AINES (indometacina), antihistamínicos, antagonistas del canal del calcio, dopamina, inotrópicos (adrenalina, noradrenalina), levodopa, corticosteroides, tiroxina.
10. Tóxicos: cafeína, anfetaminas, cocaína, alcohol.

Algoritmo diagnóstico



Algoritmo diagnóstico de la ansiedad generalizada

¿Cómo tratarla?

El tratamiento del TAG debe orientarse preferentemente en el nivel asistencial de la atención primaria. La elección de la intervención debe estar determinada por las características clínicas del paciente (por ejemplo, de trastornos comórbidos, o la historia de respuesta a tratamientos previos), las preferencias del paciente y la cartera de servicios disponibles en cada centro asistencial (Tyrer P, 2006).

Psicoterapias

Las psicoterapias (como la terapia cognitivo conductual), son preferibles a los tratamientos psicofarmacológicos, pero con frecuencia no pueden ser implementadas debido a los limitados recursos asistenciales disponibles frente al volumen de pacientes con estas patologías. También son útiles las terapias de relajación adaptadas al TAG, implementadas por facultativos entrenados y supervisados. Por ejemplo, se pueden administrar unas 12-15 sesiones de una hora, con frecuencia semanal (NICE, 2011).

En casos leves, están indicadas las psicoterapias de “baja intensidad” (de orientación cognitivo conductual, que incluyen programas de autoayuda o apoyo telefónico); y la asistencia a grupos psicoeducativos (por ejemplo, grupos de unos 12 integrantes, de dos horas de duración, durante 6 semanas consecutivas). Los facultativos responsables de estos programas deben ser adecuadamente evaluados y supervisados (NICE, 2011).

Aunque la combinación de tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico parece apropiada en la ansiedad generalizada (TAG), la evidencia empírica de los beneficios adicionales de esta combinación es escasa. Esto puede deberse a la elección del tipo de tratamiento por parte del paciente, que se decanta por un único tipo de terapia (psicoterapia *versus* fármacos), en detrimento del otro (Tyrer P, 2006).

Psicofármacos

El tratamiento farmacológico debe considerarse en los casos más graves, con sintomatología persistente y severa, o deterioro socio-laboral importante. La presencia de trastornos mentales comórbidos o enfermedades físicas pueden influir en la decisión de ofrecer medicación. Antes de prescribir cualquier medicación se deben discutir las distintas opciones terapéuticas con el paciente, explicando los potenciales beneficios de la medicación, los efectos secundarios, las interacciones farmacológicas, la posible existencia de síndromes de discontinuación, el período de latencia del tratamiento y la importancia de mantener los fármacos tras la remisión de la sintomatología, con el objeto de prevenir recaídas (NICE, 2011).

Las benzodiazepinas deben evitarse por el riesgo de dependencia y tolerancia que presentan, en tratamientos a medio o largo plazo. No obstante se utilizan con relativa frecuencia en la práctica clínica habitual (NICE, 2011).

Si una persona con TAG elige un tratamiento psicofarmacológico, se debe ofrecer un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina (ISRS) (como **escitalopram** 10 a 20 mg diarios, **sertralina** o **paroxetina** 20 a 40 mg diarios). Se recomienda ofertar la opción más coste-efectiva (NICE, 2011). Si un ISRS no es efectivo, se debe pautar un ISRS alternativo o bien un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRSN) (**venlafaxina** de liberación retardada 75 a 150 mg diarios o **duloxetina** 30 a 120 mg diarios) (Kornstein SG, 2009), considerando los siguientes factores: tendencia a ocasionar un síndrome de discontinuación (más acusado con paroxetina y duloxetina), perfil de efectos secundarios, interacciones farmacológicas, riesgo de suicidio, toxicidad en sobredosis (especialmente con venlafaxina retard) y la experiencia psicofarmacológica previa del paciente con agentes concretos (NICE, 2011).

Si el paciente no tolera un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina-noradrenalina, se puede considerar el empleo de **pregabalina** (50 a 300 mg diarios), que se puede asociar a ciertos efectos adversos y de la que no existen estudios consistentes a largo plazo (Gale CK, 2011). En la actualidad no se recomienda el uso habitual (por la relación beneficio/riesgo) de: buspirona, hidroxizina o quetiapina (NICE, 2011).

No se debe indicar una benzodiazepina o un antipsicótico para el tratamiento del TAG, excepto en el tratamiento a corto plazo, en situaciones concretas, como los episodios de crisis. Las benzodiazepinas son agentes de segunda línea en el tratamiento de la ansiedad severa a corto plazo. La derivación al nivel de atención especializada debe hacerse en casos de TAG graves, con deterioro funcional, riesgo de suicidio, comorbilidad psiquiátrica o resistencia al tratamiento (NICE, 2011).

En general, la comparación entre diferentes antidepresivos ha mostrado similar efectividad en la reducción de la ansiedad, aunque un estudio encontró una evidencia limitada de un mayor beneficio con **escitalopram**, cuando se compara con **paroxetina** (Gale CK, 2011). La **venlafaxina** y la **duloxetina** también son efectivas, pero no se recomiendan en pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto de miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizarán cuando la hipertensión esté controlada. Los ISRS escitalopram y paroxetina han demostrado su eficacia en la prevención de recaídas en pacientes con TAG. Estos fármacos presentan el beneficio adicional de ser efectivos contra los síntomas depresivos, las preocupaciones obsesivas y rumiaciones (características no exclusivas aunque frecuentes de la ansiedad generalizada), con mayor efectividad que las benzodiazepinas. Los antidepresivos pueden causar sedación, vértigo, caídas, náusea y disfunción sexual (Gale CK, 2011).

En resumen, a pesar de la abundancia de estudios, existe confusión acerca del mejor método para tratar la ansiedad generalizada con psicofármacos. El tratamiento inicial probablemente debería ser una combinación de benzodiazepinas y antidepresivos. Las dosis de benzodiazepinas se deberían reducir a las 2-3 semanas, al tiempo que los antidepresivos empiezan a ser efectivos, y continuar con éstos. Esta pauta es de uso común en la práctica clínica, aunque no está respaldada por estudios controlados. Los pacientes que están siendo tratados sólo con benzodiazepinas, deberían ser tratados con benzodiazepinas y antidepresivos (ISRS), con la intención de retirar éstas en 2-3 semanas, aunque esta retirada no siempre es posible (Tyrer P, 2006).

En el tratamiento a largo plazo de la ansiedad crónica, la **paroxetina**, la **venlafaxina** retard y el **escitalopram** han demostrado su eficacia en tratamientos de más de 6 meses de duración. Tras la discontinuación del tratamiento, el 20-40% de los pacientes con ansiedad generalizada recae en un plazo de 6-12 meses, por lo que éste debe mantenerse al menos 12 meses. Algunos pacientes requieren tratamiento a más largo plazo para prevenir recaídas (Swinson R, 2006). En muchas personas con TAG la evolución tiende a la cronicidad y aunque mejoren con el tratamiento, las recaídas son frecuentes. Para prevenir recurrencias el tratamiento farmacológico se debe mantener al menos durante 6-12 meses, siempre que la eficacia y la tolerabilidad sean adecuadas. La duración del tratamiento se debe adaptar a las necesidades y preferencias individuales de los pacientes (NICE, 2011).

Bibliografía

- Gale CK, Millichamp J. Generalised anxiety disorder. Clin Evid (Online). 2011;2011. pii: 1002. PubMed **PMID: 22030083**
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10. **Texto completo**
- Kornstein SG, Russell JM, Spann ME, Crits-Christoph P, Ball SG. Duloxetine in the treatment of generalized anxiety disorder. Expert Rev Neurother. 2009;9(2):155-65. PubMed **PMID: 19210191**
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. Leicester (UK): British Psychological Society; 2011. PubMed **PMID: 22536620. Texto completo**
- Swinson R. Clinical Practice Guidelines. Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry. 2006;51(Suppl 2). **Texto completo**
- Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006;368(9553):2156-66. PubMed **PMID: 17174708**

Más en la red

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10. **Texto completo**
- Medical Services Commission. Anxiety and depression in children and youth -- diagnosis and treatment. Victoria (BC): British Columbia Medical Services Commission; 2010. Resumen NGC: **http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38904**
- National Collaborating Centre for Mental Health. Common mental health disorders. Identification and pathways to care. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2011. Disponible en: **http://guidance.nice.org.uk/CG123**

Autores

- Carlos Castro Dono Médico Especialista en Psiquiatría
- Jesús Alberdi Sudupe Médico Especialista en Psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

