

# 1. Introducción

El presente documento constituye la GPC *completa* para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. La GPC está estructurada por capítulos, en los que se da respuesta a las preguntas que aparecen al inicio del mismo. Un resumen de la evidencia y las recomendaciones se presentan al final de cada capítulo. A lo largo del texto, en el margen derecho se indica el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo de la bibliografía revisada.

El material donde se presenta de forma detallada la información con el proceso metodológico de la GPC (descripción de las técnicas utilizadas en investigación cualitativa, estrategia de búsqueda para cada pregunta clínica, tablas de guías) está disponible tanto en la página web de *GuíaSalud* como en la de la UETS, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo. En estas páginas web puede consultarse también el *Manual Metodológico de elaboración de GPC*, que recoge la metodología general empleada<sup>1</sup>. Además, existe una versión *resumida* de la GPC, de menor extensión y con los principales anexos de la GPC *completa*, una guía *rápida* con las recomendaciones y algoritmos principales y un *folleto* informativo para pacientes. Estas versiones se encuentran tanto en las páginas web citadas como en edición impresa.

## Prevalencia de la ansiedad y cargas asociadas

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable<sup>2</sup>.

En nuestro contexto se confirma como una de las categorías de causas que más contribuyen a la pérdida de años de vida libre de enfermedad, utilizando como medida de carga de enfermedad la tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad)<sup>3</sup>. Por ello, la salud mental ha requerido una atención especial por parte de todos los agentes implicados, reflejada en las grandes líneas de actuación del documento de “*Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud*”<sup>4</sup>: atención sanitaria a los pacientes, coordinación entre instituciones, sociedades científicas y asociaciones, formación del personal sanitario, fomento de la investigación y sistemas de información y evaluación.

Entre los problemas de salud mental, los *trastornos de ansiedad* se asocian con sustanciales niveles de incapacidad<sup>5</sup>. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica.

Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales<sup>6-8</sup>. La angustia-ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

En nuestro contexto, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20%<sup>9,10</sup>. Los datos del Eurobarómetro dan una prevalencia estimada para cualquier trastorno mental en España del 17,6%, más alta en mujeres (20,8%) que en varones (14,2%)<sup>11</sup>. Los trastornos más frecuentes suelen ser los de ansiedad, seguidos por los depresivos o viceversa, dependiendo de la clasificación que se haya utilizado y de si en los análisis se incluyen o no las fobias.

La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad asociada con los trastornos de ansiedad considerados de manera global es bastante más pequeña que la asociada con los trastornos considerados individualmente. Existen varios factores que explican la heterogeneidad de los porcentajes en estos estudios, como son los criterios diagnósticos de inclusión, los instrumentos diagnósticos, el tamaño de la muestra, el país estudiado y el porcentaje de respuesta. Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad fueron de un 10,6% y un 16,6% respectivamente<sup>12</sup>. Si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria, la prevalencia aumenta, oscilando entre el 20% y 40%<sup>5,6,10,13,14</sup>. Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. En nuestro contexto, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la comunidad, con las dificultades de precisión especificadas, varía en torno al 2,3%-8,9%<sup>9</sup>, llegando a cifras entre el 9% y el 19,5%<sup>5,8,10,14</sup> cuando hablamos de pacientes que acuden a un centro sanitario por tener percepción de malestar.

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad<sup>11,15</sup>, y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, en la que las diferencias fueron menores. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos. Esto parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos<sup>11,15</sup> (véanse las tablas 1-3).

**Tabla 1. Prevalencia-año de los trastornos de ansiedad siguiendo los criterios DSM-IV (datos ponderados a la población española). Años 2001-2002**

Trastornos de ansiedad						
	Total		Hombres		Mujeres	
	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%
Ansiedad generalizada	0,50	(0,30-0,70)	0,44	(0,11-0,78)	1,18	(0,81-1,56)
Fobia social	0,60	(0,33-0,87)	0,57	(0,13-1,00)	0,64	(0,32-0,95)
Fobia específica	3,60	(2,82-4,38)	1,19	(0,68-1,70)	4,20	(3,23-5,16)
Trastorno de estrés postraumático	0,50	(0,30-0,70)	0,25	(0,02-0,48)	0,94	(0,50-1,39)
Agorafobia	0,30	(0,10-0,50)	0,15	(0,02-0,29)	0,60	(0,26-0,95)
Trastorno de angustia	0,60	(0,40-0,80)	0,38	(0,14-0,63)	0,98	(0,60-1,36)
Cualquier trastorno de ansiedad	6,20	(4,63-7,77)	2,53	(1,74-3,31)	7,61	(6,41-8,80)

IC: intervalo de confianza.

Fuente<sup>15</sup>: *Estudio ESEMeD-España*.

**Tabla 2. Prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad siguiendo los criterios DSM-IV (datos ponderados a la población española). Años 2001-2002**

Trastornos de ansiedad						
	Total		Hombres		Mujeres	
	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%
Ansiedad generalizada	1,89	(1,49-2,29)	1,15	(0,64-1,66)	2,57	(1,49-3,16)
Fobia social	1,17	(0,81-1,54)	1,06	(0,51-1,61)	1,28	(0,83-1,73)
Fobia específica	4,52	(3,82-5,23)	2,32	(1,60-3,05)	6,54	(5,38-7,69)
Trastorno de estrés postraumático	1,95	(1,18-2,73)	1,06	(0,00-2,2)	2,79	(1,71-3,87)
Agorafobia	0,62	(0,36-0,89)	0,47	(0,08-0,86)	0,76	(0,39-1,14)
Trastorno de angustia	1,70	(1,32-2,09)	0,95	(0,53-1,37)	2,39	(1,76-3,02)
Cualquier trastorno de ansiedad	9,39	(8,41-10,37)	5,71	(4,57-6,85)	12,76	(11,24-14,29)

IC: intervalo de confianza.

Fuente<sup>15</sup>: *Estudio ESEMeD-España*.

**Tabla 3. Prevalencia-año de trastornos de ansiedad clasificados según DSM-IV por grupos de edad en población española. Años 2001-2002**

Edad	Cualquier trastorno mental	Trastorno de ansiedad
	Prevalencia (IC del 95%)	Prevalencia (IC del 95%)
18-24 años	10,1 (7,3-12,9)	7,8 (5,3-10,4)
25-34 años	8,5 (6,3-10,8)	4,2 (2,9-5,6)
35-49 años	8,4 (6,6-10,2)	4,5 (3,2-5,8)
50-64 años	9,1 (6,8-11,3)	6 (4,3-7,7)
Mayores 65 años	6,6 (5,1-8,1)	3,9 (2,8-5,0)

IC: intervalo de confianza.

Fuente<sup>15</sup>: *Estudio ESEMeD-España*.

## Variabilidad en la práctica clínica

Los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos consultan de forma repetida en los distintos dispositivos sanitarios, sobre todo en el primer nivel de atención, debido fundamentalmente al rápido acceso y a la longitudinalidad en la atención<sup>5,8,16,17</sup>.

De forma general los problemas de salud mental suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de Atención Primaria, y en este nivel de atención se resuelve un importante número de las demandas generadas por estas patologías<sup>18,19</sup>.

Los médicos de familia son los profesionales sanitarios que por su ubicación en la red asistencial pueden detectar de forma precoz los primeros síntomas psiquiátricos en los pacientes que acuden a sus consultas con un trastorno de ansiedad. Algunos estudios realizados en nuestro contexto apuntan una baja detección de los trastornos psiquiátricos, oscilando la prevalencia de los detectados entre un 18%-27% frente a un 36%-47% de patología probable<sup>9,13,14</sup>. La falta de una pauta común de presentación de los diferentes trastornos de ansiedad, la somatización y la asociación con enfermedades crónicas, así como la limitación del tiempo en las consultas de medicina de familia, son algunas de las razones que dificultan el diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria<sup>20,21</sup>.

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y, en ocasiones, prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran.

Por todo ello, existe cierta variabilidad en el manejo de los trastornos de ansiedad. Un estudio realizado en nuestro país, con datos de tres comunidades autónomas, evalúa los principales factores que influyen en la actitud terapéutica de los médicos frente a los trastornos de ansiedad y su variabilidad de abordaje. El tipo de trastorno de ansiedad fue la variable determinante de la terapia escogida y del criterio de derivación. La probabilidad de derivar a los pacientes aumentaba cuando existía un diagnóstico previo de ansiedad. Los pacientes con ansiedad fóbica, pánico o ansiedad mixta tenían una probabilidad de más del doble de ser derivados que los pacientes con ansiedad generalizada. En general, el tratamiento farmacológico se realizó con fármacos apropiados y específicos, existiendo una gran variabilidad que dependía principalmente del tipo y de otras características del proceso, del paciente y del profesional<sup>22</sup>.

La variabilidad en el abordaje de los trastornos de ansiedad responde también a una enorme variabilidad en la formación. Diversos estudios han identificado una fuerte necesidad de formación continua en salud mental para los médicos de Atención Primaria; en particular, en el campo de la entrevista psiquiátrica y en el de los conocimientos, habilidades y actitudes para llevar a cabo la “ayuda psicológica”, especialmente respecto al trastorno de somatización, los problemas psicosexuales y el manejo del estrés<sup>17,23-28</sup>.

En cuanto al uso de tratamientos no farmacológicos, son escasos los estudios que los describen, aunque destaca la baja utilización de intervenciones psicológicas de efectividad probada<sup>6</sup>. Aún es mucho menor la disponibilidad de estudios que evalúen el trabajo reali-

zados por la enfermería y trabajadores sociales de Atención Primaria. Estos profesionales juegan un papel muy importante en el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad en el primer nivel de atención, realizando tanto abordajes individuales como grupales, con técnicas que puedan ser implementadas en Atención Primaria siempre que el profesional haya recibido la formación necesaria.

La búsqueda de un patrón común para la detección y el abordaje de la ansiedad patológica en una consulta de Atención Primaria no es una tarea sencilla. A ello contribuye la gran disparidad de categorías diagnósticas oficiales que existe, la relativamente corta duración de las visitas, la frecuente somatización y la asociación de este tipo de trastornos con otras enfermedades crónicas. Es por ello que en la conclusión de muchos estudios se valora como necesidad básica el proveer a los médicos de familia de guías de práctica clínica claras, prácticas y con criterios de evidencia científica para hacer frente a la tarea de detectar y tratar de manera efectiva los trastornos de ansiedad, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso, en aquel nivel asistencial en el que estén disponibles<sup>78,29</sup>.

Esta guía pretende, por tanto, ser una herramienta útil para todos los profesionales que trabajan en el nivel de Atención Primaria y para los pacientes con estos trastornos de ansiedad, ya que se incluye además un anexo con información específica para éstos últimos, que ha sido elaborada con su participación.