

5. Diagnóstico de la ansiedad

Las preguntas que se van a responder en el presente capítulo son:

- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos de ansiedad?
- ¿Cuáles son los criterios de sospecha de un trastorno de ansiedad?
- ¿Cuál debe ser el estudio inicial de personas adultas con sospecha de trastorno de ansiedad para detectarlo precozmente?
- ¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar los trastornos de ansiedad en la entrevista con el paciente?
- ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta?

5.1. Criterios diagnósticos

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos que deben cumplir los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR⁴⁰. El esquema propuesto es el establecido por el manual de la DSM-IV-TR AP³⁰, en forma de pasos, aunque modificado. Se han considerado los criterios del DSM-IV-TR cuando en el manual del DSM-IV-TR-AP estaban resumidos:

Paso 1

Considerar el papel de una enfermedad médica o el consumo de sustancias y tener en cuenta si la ansiedad se explica mejor por otro trastorno mental:

1A. Considerar el papel de las enfermedades médicas

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1B. Si el sujeto consume una sustancia de abuso o toma medicación, considerar:

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (incluyendo la medicación)

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):
 - (1) Los síntomas del criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
 - (2) El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1C. Considerar el papel de otros trastornos mentales que puedan explicar mejor los síntomas de ansiedad

Comentarios adicionales:

- Diagnóstico diferencial:

Ante un paciente que plantea un diagnóstico diferencial con un trastorno de ansiedad, sería recomendable descartar razonablemente una enfermedad sistémica. Para ello deberíamos tener en cuenta los síntomas físicos que predominan en su presentación, el conocimiento de la historia médica y psicológica previa tanto del paciente como de su familia y las enfermedades que generan trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de que las pueda padecer. No hay que olvidar la gran capacidad de tóxicos como la cafeína, el cannabis o la cocaína y otras drogas de síntesis, para inducir crisis de ansiedad y angustia en personas predispuestas. También hay que considerar la importancia que tiene el alcohol para muchas de las personas que padecen ansiedad (sobre todo ansiedad generalizada, trastorno de angustia y fobia social) ya que es usado como un tranquilizante, que alivia la sintomatología de la angustia. Con todo ello decidiremos las

pruebas adicionales a realizar, según el grado de sospecha y la inmediatez con que éstas deben ser realizadas, en función de los síntomas y la evolución.

- La comorbilidad médica en los trastornos de ansiedad:

Una amplia gama de enfermedades médicas pueden producir síntomas de ansiedad, si bien es éste un campo, el de la comorbilidad, que previsiblemente va a cambiar, ya que cada vez se describen más trastornos somáticos en pacientes afectados de patología ansiosa. La diferenciación actual entre trastornos primarios o “debidos” a enfermedad médica, dará paso a “asociados a patología somática”. Del mismo modo que ocurre en la enfermedad depresiva o bipolar, la coexistencia de patología autoinmune tiroidea, asma, migrañosa, etc. realza progresivamente la probabilidad de que se trate de manifestaciones distintas de un mismo origen sistémico⁴³. En el caso de los pacientes con el diagnóstico de trastornos de ansiedad, varios estudios han constatado una mayor prevalencia de trastornos gastrointestinales, genitourinarios, osteomusculares, tiroideos, alérgicos, así como migraña, cardiopatías e hiperlaxitud articular, comparados con pacientes sin trastornos de ansiedad⁴⁴⁻⁴⁷.

Paso 2

Crisis de angustia

A continuación se definen las crisis de angustia:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

Síntomas cardiopulmonares:

1. Opresión o malestar torácico.
2. Sensación de ahogo o falta de aliento.
3. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.

Síntomas autonómicos:

4. Sudoración.
5. Escalofríos o sofocaciones.

Síntomas gastrointestinales:

6. Sensación de atragantarse.
7. Náuseas o molestias abdominales.

Síntomas neurológicos:

8. Temblores o sacudidas.
9. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
10. Inestabilidad, mareo o desmayo.

Síntomas psiquiátricos:

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o volverse loco.
13. Miedo a morir.

2A. Si las crisis de angustia son inesperadas (se dan “como caídas del cielo”, no se relacionan con un desencadenante situacional) y son clínicamente significativas, considerar:

Trastorno de angustia con agorafobia

A. Se cumplen (1) y (2):

- (1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.
- (2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
 - (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”).
 - (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia:

Los criterios para el diagnóstico de agorafobia son:

- (1) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de *fobia específica* si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de *fobia social* si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

- (2) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- (3) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

O

Trastorno de angustia sin agorafobia

- A. Se cumple el criterio A del trastorno de angustia con agorafobia.
- B. Ausencia de agorafobia.
- CyD. Igual que el trastorno de angustia con agorafobia.

2B. Si las crisis de angustia se relacionan con un desencadenante situacional que se asocia a otro trastorno mental, considerar:

Crisis de angustia que se dan en el contexto de otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo).

Paso 3

Si el síntoma es temor, evitación o anticipación ansiosa a una o más situaciones específicas, considerar 3A, 3B y 3C:

3A. Si los síntomas se relacionan con situaciones sociales o actuaciones en las que el individuo se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás, considerar:

Fobia social

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

3B. Si los síntomas incluyen la evitación de situaciones u objetos específicos, considerar:

Fobia específica

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con

un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos: animal, ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua), sangre-inyecciones-daño, situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados), otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad).

- 3C. Si la ansiedad o la evitación se relacionan con situaciones donde escapar puede resultar difícil o en las que no se dispone de ayuda en el caso de que aparezca una crisis de angustia y no existen antecedentes de crisis de angustia, considerar:**

Trastorno de angustia con agorafobia (véase 2A.)

- 3D. Si el síntoma se relaciona con una situación en la que puede resultar difícil escapar o en la que no se dispone de ayuda en el caso de que aparezca y no existen antecedentes de crisis de angustia, considerar:**

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

- A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia (es decir, sin crisis de angustia recidivantes).
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Paso 4

4. Si la preocupación o la ansiedad están relacionadas con pensamientos persistentes (obsesiones) y/o rituales o actos mentales recurrentes (compulsiones), considerar:

Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las **obsesiones** se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- (2) Los (1) no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- (4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las **compulsiones** se definen por (1) y (2):

- (1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- (2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales excesivas es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento negativo, pero no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I*, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia

* En la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR⁴⁰ se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Paso 5

Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, considerar 5A y 5B:

5A. Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos y los síntomas duran menos de 4 semanas, considerar:

Trastorno por estrés postraumático

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 - (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 - (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
 - (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
 - (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 - (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 - (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 - (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 - (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 - (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 - (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
 - (7) Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 - (2) Irritabilidad o ataques de ira.
 - (3) Dificultades para concentrarse.
 - (4) Hipervigilancia.
 - (5) Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

5B. Si los síntomas persisten al menos 2 semanas pero no más de 4 semanas, considerar:

Trastorno por estrés agudo

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
- (1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
 - (2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
 - (3) Desrealización (alteración de la percepción o experiencia del mundo exterior haciendo que parezca extraño o irreal (p. ej., la gente parece poco familiar o mecánica).
 - (4) Despersonalización (alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, en la que uno siente distanciamiento, o ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo [p. ej., sentirse como si estuviera en un sueño]).
 - (5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flash-back* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

Paso 6

Si los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se relacionan con una variedad de acontecimientos o situaciones, considerar:

Trastorno de ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

La ansiedad o preocupación son exageradas en cuanto a la probabilidad o efecto de los acontecimientos temidos.

- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación intensa.

- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):

(1) Inquietud o impaciencia.

(2) Fatigabilidad fácil.

(3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

(4) Irritabilidad.

(5) Tensión muscular.

(6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

La preocupación se puede asociar por tanto a síntomas de tensión motora, (p. ej., temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (p. ej., boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto, insomnio).

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; 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.

- E. 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.

- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Paso 7

Si los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico, considerar:

Trastorno adaptativo con ansiedad

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:
 - (1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - (2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Paso 8

Si la ansiedad es clínicamente significativa y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos descritos anteriormente, considerar:

Trastorno de ansiedad no especificado

Incluye trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno específico descrito anteriormente. Son ejemplos los siguientes:

- (1) *Trastorno mixto ansioso-depresivo*: se trata de un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes y se acompaña al menos durante 1 mes de otros síntomas depresivos y ansiosos (p. ej., dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza y baja autoestima o sentimientos de inutilidad). Estos síntomas pueden provocar deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- (2) Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p.ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).

- (3) Situaciones en que la alteración es lo suficientemente grave como para requerir un diagnóstico de T. de ansiedad, aunque el individuo no presente el suficiente número de síntomas para cumplir todos criterios de un T. de ansiedad específico.
- (4) Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un T. de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Aspectos culturales en relación con la clínica de la ansiedad

El porcentaje de población inmigrante en España es cada vez mayor. En esta población existen algunas características clínicas específicas en los diferentes trastornos psiquiátricos, con síntomas dependientes de su propia cultura. En el caso de los trastornos de ansiedad, muchos de estos trastornos son diagnosticados como psicosis, debido a la presencia de alucinaciones y miedos de intensidad delirante. Asimismo, las crisis de angustia pueden desencadenarse por miedo a la magia o a la brujería. También existen síndromes ligados a la cultura, descritos ya en nuestro contexto, que se relacionan con los trastornos de ansiedad, como el “Koro” y el “ataque de nervios”⁴⁸⁻⁵².

5.2. Entrevista semiestructurada

Para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica^{53,54}. En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge o se pierde la información necesaria para orientar el diagnóstico y la decisión de estrategias por seguir.

Al intentar sistematizar la técnica, entre una entrevista dirigida y una libre, la entrevista *semiestructurada* combina ambos tipos, adaptándose a las características del encuentro médico-paciente que se da en el ámbito de la Atención Primaria (combina la gestión del tiempo, el abordaje biopsicosocial y se centra en el paciente como experto en sí mismo). Empieza con preguntas más abiertas (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema. Las diferentes partes de la entrevista semiestructurada se describen en la tabla siguiente⁵⁵⁻⁵⁸.

Tabla 8. Fases de la entrevista semiestructurada⁵⁹⁻⁶¹

Fase preliminar	Fase exploratoria	Fase resolutive	Fase final
<ul style="list-style-type: none"> • Recepción empática • Conocer el motivo de consulta • Evitar el “ya que estoy aquí”, delimitando los motivos de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información específica básica: <ul style="list-style-type: none"> – Cómo son los síntomas – Localización – Intensidad – Cronología y evolución • Recoger información específica complementaria: <ul style="list-style-type: none"> – Presencia de patología orgánica o yatrogenia – Factores desencadenantes: cambios, duelos... – Entorno sociofamiliar – Antecedentes personales: episodios maníacos, depresiones previas... – Situaciones que empeoran o mejoran • Exploración de la esfera psicosocial: <ul style="list-style-type: none"> – Creencias y expectativas – Contenido del pensamiento – Afectividad – Personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntesis y enumeración del (los) problema(s) • Información al paciente de la naturaleza del problema • Comprobación de que ha entendido las explicaciones • Implicación del paciente en la elaboración de un plan diagnóstico-terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> – Acuerdos – Negociación – Pactos 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de precauciones • Acuerdo final • Despedida

En la fase exploratoria, de forma habitual, el profesional de Atención Primaria tiene ya recogida previamente mucha de la información complementaria y de la esfera psicosocial de un paciente al que ya conocen tanto él como el resto del equipo, lo cual facilita el proceso. En la fase final de la entrevista debe recalcar el *acuerdo final* como reconversión de ideas y pactos alcanzados⁵⁹⁻⁶¹.

5.3. Uso de escalas

La constatación ya comentada del infradiagnóstico de la ansiedad ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar “posibles casos” de enfermedad.

Muchas de las escalas pretenden ser instrumentos de cribado y, como con todos ellos, una vez detectado el posible caso se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo⁶².

Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Todos estos instrumentos presentan las limitaciones de detectar falsos positivos y negativos, dado que todos tienen una sensibilidad y especificidad inferior al 100%. No es, pues, factible ni recomendable utilizar las escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad^{62,63}.

Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos que utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. A continuación se exponen algunos de ellos en relación con la ansiedad^{59,64,65}.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)⁶⁶

La escala fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria, y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD)⁶⁷

Escala de 14 ítems diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Se trata de una medida de estado que contiene dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio, y de especial interés y utilidad en el contexto de Atención Primaria⁶⁸.

Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) (Chamorro)

Evalúa la intensidad de la ansiedad. Consta de 14 ítems que valoran los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. Un ítem evaluará el ánimo deprimido. Es una escala heteroaplicada. Existe una versión adaptada al castellano por Carrobbles y cols. (1986). Dependiendo del tipo de síntoma, se medirá de menor a mayor gravedad, duración o disfunción.

Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ)⁶⁹

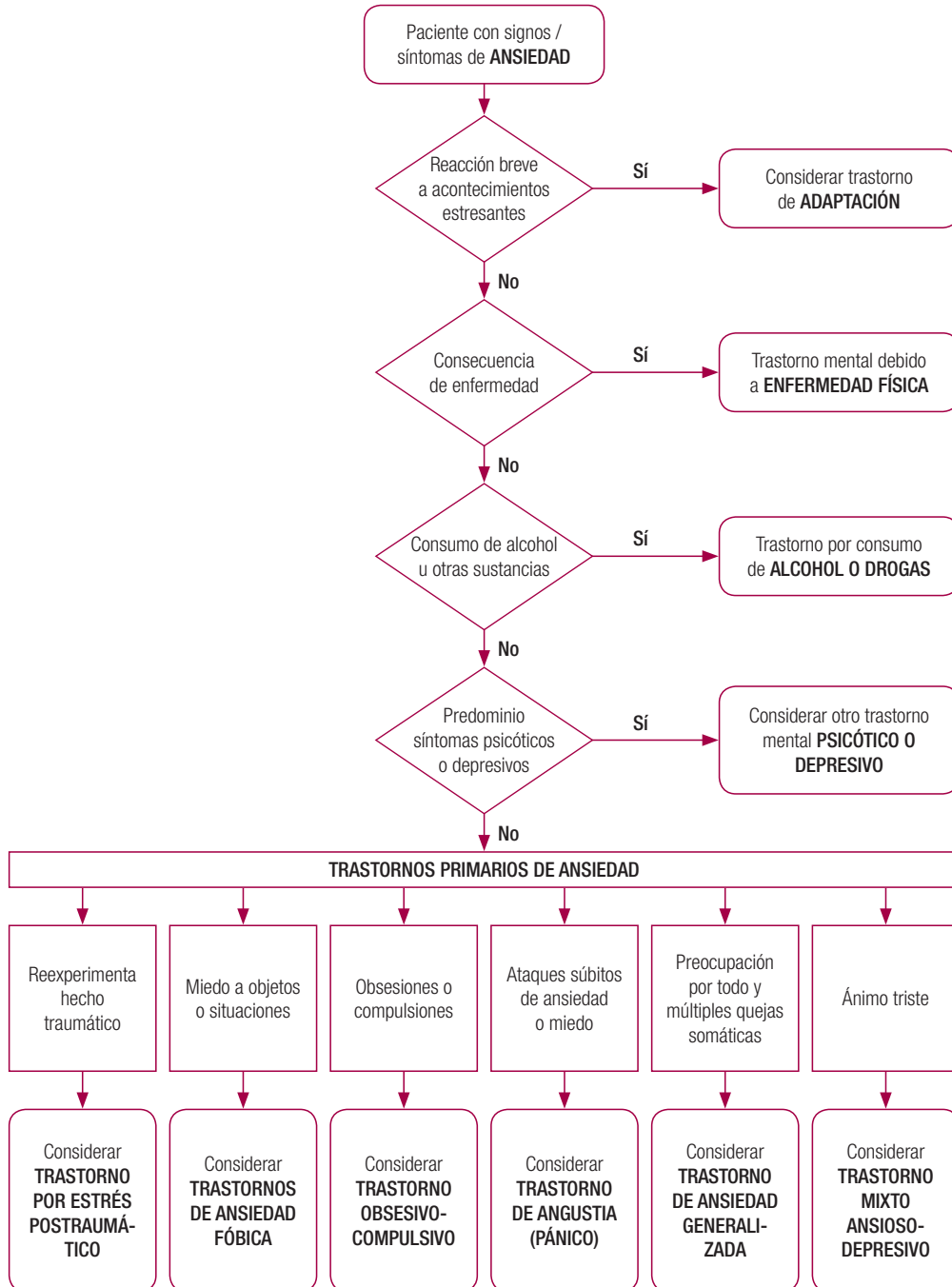
Son escalas heteroadministradas que valoran la gravedad de la sintomatología presente en pacientes diagnosticados de ansiedad. El lapso de evaluación de la CAS comprende los dos últimos días, mientras que el del PQ es la última semana. La CAS se diseñó a partir de las áreas de contenido presentes en la HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) y consta de 7 ítems. Está diseñada especialmente para la evaluación de la sintomatología psicológica y se encuentra poco influida por las manifestaciones somáticas de la ansiedad. El PQ incluye 14 ítems, y evalúa la sintomatología neurótica y su respuesta al tratamiento. La sintomatología que recoge son los síntomas más comúnmente observados y familiares a los médicos generales. Esta prueba incluye una agrupación de síntomas emocionales, otra de síntomas somáticos, una valoración global y 1 ítem independiente que valora la gravedad general del trastorno de ansiedad. Debido a su brevedad, ambas escalas pueden ser útiles en la valoración de los trastornos de ansiedad en asistencia ambulatoria, bien hospitalaria, bien de Atención Primaria.

En los anexos se incluyen dos escalas, una autoadministrada (HAD) y otra heteroadministrada (EADG) (Anexo 2), ya que son fáciles de manejar e interpretar en el ámbito de AP, siendo útiles a la hora de proporcionar preguntas clave para guiar la entrevista clínica y para evaluar los cambios logrados con las distintas intervenciones, pero no para realizar cribado poblacional. Estas escalas no han sido validadas en la población inmigrante, por lo que es posible que tanto su sensibilidad/especificidad como su utilidad clínica, para estos pacientes, sean más limitadas⁴⁸.

Se incluye además en otro anexo una serie de preguntas clave por realizar durante la entrevista con el paciente para ayudar a los profesionales sanitarios a detectar los trastornos de ansiedad, específicamente el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia⁷⁰ (Anexo 3).

5.4. Algoritmo diagnóstico

Como orientación inicial, ante un paciente con síntomas de ansiedad, se presenta el siguiente algoritmo diagnóstico:



Fuente: Modificado de: Pascual Pascual P., Villena Ferrer A., Morena Rayo S., Téllez Lapeira J. M. *El paciente ansioso*. [Internet]. Fistera.com; 2005.