

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso Académico 2016/2017**

**Trabajo Fin de Grado**

**TRASTORNOS DE ANSIEDAD: PROPUESTAS DE TRATAMIENTO  
ALTERNATIVAS A LA FARMACOLOGÍA**

**Autor/a**

**Almudena Martínez García**

**Tutor/a**

**Genoveva Granados Gámez**

# INDICE

RESUMEN .....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
3. METODOLOGÍA .....	3
4. DESARROLLO .....	4
4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	5
4.1.1. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	9
4.2. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	10
4.2.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO .....	10
4.2.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	12
4.2.3 OTRAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.....	13
4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	15
5. CASO PRÁCTICO. ....	16
5.1. PLAN DE CUIDADOS .....	17
6. DISCUSIÓN.....	20
7. CONCLUSIÓN.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	23
ANEXOS.....	26

## **RESUMEN**

El trastorno de ansiedad es una alteración mental que ocurre como respuesta adaptativa a ciertas situaciones estresantes. Si esta situación se mantiene en el tiempo en ausencia de estímulos pasa a ser una alteración patológica. Se pretendía conocer los cuidados de enfermería a personas en estado de ansiedad así como la descripción, clasificación y tratamientos de los distintos trastornos de ansiedad haciendo para ello una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Proquest y Cinhal entre otras.

Se realizó un análisis de varios artículos y guías de práctica clínica focalizando el interés en la prevalencia que tiene los trastornos de ansiedad en la población y los síntomas que subyacen. Además se presta interés también en los posibles tratamientos de estos trastornos y la evidencia de su eficacia.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes de la población y sobretodo afectan más a mujeres que hombres. Existen otras terapias para paliar los síntomas igual de efectivas que los fármacos como el extracto de ciertas plantas, ejercicio físico entre otras, aunque la evidencia demuestra el uso combinado de ambos. Enfermería tiene un papel muy importante en las intervenciones llevadas a cabo como la disminución de la ansiedad, la reestructuración cognitiva entre otras.

## **ABSTRACT**

Anxiety disorder is a mental disorder that occurs as an adaptive response to certain stressful situations. If that situation is maintained in time without stimulus, it becomes a pathological alteration. It was intended to know the nursing care to people in an anxiety state as well as the description, classification and treatments of the different anxiety disorders by doing a bibliographic review in databases such as Medline, Proquest and Cinhal among others.

An analysis of several articles and clinical practice guidelines was conducted focusing the interest in the prevalence of population's anxiety disorders and their symptoms. In addition, interest is also given in the possible treatments of these disorders and the evidence of their effectiveness.

Anxiety disorders are the most prevalent mental disorders in the population and affect women more than men. There are other therapies to alleviate the symptoms as effective as drugs like the extract of certain plants, physical exercise among others although the evidence shows the combined use of both. Nursing has a very important role in the interventions carried out like the reduction of anxiety, the cognitive restructuring among others.

## 1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad se puede definir como un estado emocional en el que la persona siente nerviosismo derivado de alguna preocupación existente (Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Navarro-Artieda, & Rejas-Gutiérrez, 2009) . Es un estado de activación del SNC debida a una respuesta (normal o exagerada) a ciertos estímulos o producida por algún trastorno médico o psiquiátrico (Jordana, 2010). Este estado suele ser normal ante ciertas situaciones exigentes y actúa como mecanismo adaptativo, ayudando a la persona a prepararse y a adoptar las medidas necesarias frente a determinadas circunstancias, de manera que, cuando lo afrontamos y resolvemos cesa. Sin embargo, puede llegar un momento en el que la ansiedad y los miedos sean persistentes y desproporcionados ante una situación, de forma que interceptan de alguna manera en la vida diaria de forma prolongada afectando negativamente a la calidad de vida de la persona y sin un estímulo aparente, entonces es cuando pasa a considerarse que es un estado patológico (López, Hernández, Almirall, Molina, & Navarro, 2012).

La ansiedad es un trastorno psiquiátrico muy frecuente, en España según un estudio epidemiológico realizado en los últimos años se muestra una tasa de prevalencia-año en la población adulta del 6.2% y por género se ha comprobado que el porcentaje de mujeres diagnosticadas duplica al de hombres. Ante esto no se han visto factores específicos que lo expliquen, pero se contempla que puedan existir factores de vulnerabilidad como procesos bioquímicos, hormonales o incluso sociales (Bernaldo-de-quirós et al., 2012). Además, se calcula que a lo largo de la vida cerca del 20% de la población presenta algún trastorno de ansiedad (Barrondo, Alejandra, Martínez, & González, 2008).

Según la clasificación dada por el DSM-IV los tipos de trastornos de ansiedad se pueden dividir como fobia simple, fobia social, agorafobia, crisis de angustia (pánico), trastorno de ansiedad generalizado (TAG), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno por estrés postraumático (TEP) (Jordana,2010).

Los trastornos de ansiedad cursan con una sintomatología como inquietud, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteración del patrón del sueño, temblores, taquicardias, nauseas, entre otros (Gámez & Bujalón 2011). La ansiedad es un factor que contribuye a la percepción negativa de la calidad de vida, unos niveles altos prevén problemas emocionales que acompañan a otras patologías (Olmedilla Zafra, Ortega Toro, & Madrid Garrido, 2008). Los TA son un problema de salud pública, suelen ser incapacitantes como otra enfermedad física crónica, relacionándose con un importante impacto tanto en las relaciones sociales como en la productividad en el trabajo, siendo estos trastornos, junto con los trastornos del ánimo, los que más influencia tienen en la morbilidad y con

una alta carga económica siendo muy frecuentes en atención primaria donde se calcula que uno de cada diez pacientes que se atienden en un día presentan algún TA (López et al., 2012).

El conocer este problema y la actuación de los profesionales de enfermería, permite la familiarización con el diagnóstico y tratamiento del mismo, siendo importante ya que por su frecuencia en atención primaria constituye un problema de salud pública, generando alto impacto económico debido a la alta tasa de prescripción farmacológica para su tratamiento. Se pretende identificar los estudios que relacionen terapias complementarias con la ansiedad y apoyar, de esta manera, tratamientos que son fiables y no farmacológicos que permitan reducir los síntomas, con la intención de evitar los efectos adversos que los ansiolíticos producen, preservando así la calidad de vida del paciente. Es por ello que su estudio se convierte en el propósito de este trabajo.

## **2. OBJETIVOS**

Los objetivos que se pretenden alcanzar en este trabajo son los siguientes:

- Como objetivo general:
  - Explorar los conocimientos sobre los cuidados de enfermería a personas en estado de ansiedad.
- Los objetivos específicos serán:
  - Describir los conceptos sobre la ansiedad, su clasificación, efectos y tratamientos. Modelos y teorías explicativas de ansiedad.
  - Identificar los cuidados de enfermería a la persona tanto en la prevención como en el tratamiento. Modelos de intervención.
  - Elaborar un caso clínico en el que se integren los conocimientos actuales sobre el tema.

## **3. METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión bibliográfica de los distintos estudios publicados en relación con la ansiedad. En la localización de los documentos se utilizó el portal de la Biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería para acceder a las distintas bases de datos divididas en dos categorías, primero

utilizamos las bases de datos multidisciplinarias que abarcan más materias siendo estas: Dialnet, Proquest, ScienceDirect y Scopus. Después se realizó una búsqueda más exhaustiva en bases de datos de ciencias de la salud: Cochrane, Cinahl, Elsevier y Scielo.

Las palabras claves fueron las mismas para todas las bases de datos: ansiedad, trastorno ansiedad, tratamiento ansiedad, terapias alternativas, epidemiología ansiedad, prevalencia trastornos ansiedad.

Entre los criterios de exclusión se estableció un máximo de antigüedad de diez años, ya que de años más recientes encontramos muy poca bibliografía útil, aunque consideramos importante la inclusión de un artículo de 2006. Como criterios de inclusión, se restringió el idioma a bibliografía en español y en inglés recopilando de este último dos artículos. En cuanto al tipo de estudio no hubo restricciones haciendo uso de revisiones sistemáticas, casos clínicos, guías de práctica clínica, etc., aunque sí se delimitó que la bibliografía encontrada estuviera a texto completo online o formato papel, sin hacer uso de préstamos interbibliotecarios. Una vez establecidos estos criterios se hizo una lectura del título y del resumen para así poder descartar aquellos no se ajustaban a los objetivos del presente trabajo. Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre la epidemiología de los trastornos de ansiedad, el proceso fisiopatológico y sus síntomas y los distintos tratamientos.

Posteriormente se hizo una lectura crítica de la bibliografía seleccionada, usando los criterios que propone la Guía CASPe (anexo 1) para controlar la calidad de la bibliografía evaluando fundamentalmente tres aspectos: la validez de los resultados, cuáles son los resultados y si son aplicables a nuestro medio.

Por último, para poder llevar la información a la práctica, se presenta un caso práctico como ejemplo de TA donde se desarrolló la evaluación del paciente en función de los patrones funcionales de Gordon, posteriormente se elaboraron los diagnósticos enfermeros así como el establecimiento de los objetivos intervenciones y actividades, para ello se hizo uso de los manuales NANDA, NOC y NIC.

#### **4. DESARROLLO**

En este apartado se presenta todo lo recopilado por las bibliografías acerca de los cuidados de enfermería a personas con algún trastorno de ansiedad, explicando el problema de manera que aporte una visión clara de en qué consiste, con una clasificación de los distintos trastornos de ansiedad, la sintomatología que conlleva y los distintos tipos de tratamientos. Por último, los conocimientos actuales sobre el tema se recopilan en un caso clínico.

#### 4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La ansiedad es un estado emocional universal, es una respuesta normal ante determinadas situaciones exigentes o estresantes de modo que constituye un mecanismo adaptativo a ciertas circunstancias de la vida ayudando a la persona a prepararse para afrontar dichas situaciones. Cuando esta ansiedad se hace muy intensa durante un periodo de tiempo y ante la inexistencia de un motivo aparente por el cual se produzca este estado pasa a ser patológica, creando un estado desadaptativo que provoca en la persona malestar interfiriendo en el proceso de relación con el medio, por tanto se podía hablar de ansiedad normal y ansiedad patológica recogándose en la siguiente tabla(ver tabla 1) las principales características que las diferencian (López et al., 2012).

*Tabla 1: diferencias ansiedad fisiológica y ansiedad patológica*

ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD PATOLÓGICA
Respuesta a amenaza real	Respuesta a amenaza no real ni peligrosa
Activación proporcionada a un estímulo	Activación desproporcionada al estímulo
Limitada en el tiempo	Ilimitada
Menor componente somático	Mayor componente somático
Respuesta adaptativa	Respuesta desadaptativa

El estado de ansiedad conlleva unas respuestas fisiológicas reguladas por el sistema nervioso autónomo. Ante una situación de emergencia o estresante el hipotálamo produce un aumento del tono simpático estimulando la liberación de catecolaminas desde la médula suprarrenal hacia las vías adrenérgicas modulando la respuesta del sistema simpático- adrenal ubicado en el *locus coeruleus*. Esta estimulación afecta a otras estructuras cerebrales como la amígdala, hipocampo y la corteza prefrontal encargadas de la regulación de las emociones e implicadas en el comportamiento del miedo y la ansiedad (Gámez., & Bujalón,2011), y afecta del mismo modo al núcleo *accumbens* encargado de la liberación del neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutárico), produciéndose una disminución del mismo teniendo como consecuencia esta hiperactividad del SNC. Reyes-Ticas, J (2010) afirma que existen investigaciones sobre las vías serotoninérgicas pero no se sabe bien si resulta por exceso, defecto o alteración de la sensibilidad de receptores de serotonina, aunque se ha demostrado eficacia con el tratamiento de los ISRS que aumentan la cantidad de serotonina, no obstante se cree en un déficit de las transmisiones GABAérgicas y serotoninérgicas debido a que los fármacos agonistas de los receptores de

GABA como las benzodicepinas o los receptores de serotonina como la buspirona o prozac resultan eficaces como tratamiento (Gámez, G., & Bujalón, M.,2011).

Antiguamente se pensaba solo que los TA eran causados por problemas intrapsíquicos pero a lo largo de los años y tras el estudio del tema se comprobó que hay varios factores desencadenantes:

#### A. Factores biológicos

La predisposición genética es mayor en gemelos homocigóticos que dicigóticos con tasas de entre 40-80% de probabilidad. Es más relevante en los trastornos de pánico y en el trastorno obsesivo-compulsivo (Barrondo et al., 2008). Así mismo podemos destacar la importancia de la vulnerabilidad biológica, es decir, una hipersensibilidad neurobiológica a desencadenar un estado de ansiedad ante ciertos estímulos y que viene determinada del mismo modo por factores genéticos (Gámez,& Bujalón.,2011).

Los rasgos de personalidad también condicionan la aparición de los TA, por ejemplo se ha comprobado que personas tímidas son más susceptibles, especialmente en el trastorno de agorafobia, encontrándose en estas personas relación con una alta excitabilidad de la amígdala, probablemente una hipersensibilidad de ésta es lo que las hace susceptibles. De igual modo ocurre en personas con sensibilidad a la ansiedad, generalmente en relación con el trastorno de pánico, estas personas suelen malinterpretar síntomas como palpitaciones, ruidos abdominales temblores, etc. como sensación de muerte inminente y por consiguiente desarrollar un estado de ansiedad. (Anónimo, 2011)

#### B. Factores psicosociales

Juegan un papel muy importante en el desarrollo de ansiedad, hablamos de problemas de relaciones interpersonales, académicas, laborales, necesidades sociales y económicas, etc. teniendo importancia sobre todo en el trastorno de ansiedad generalizado. Otros agentes desencadenantes suelen ser situaciones de pérdidas, accidentes, violaciones etc. siendo el caso del trastorno de ansiedad postraumático.(Reyes-Ticas, 2010)

Además de estos factores que hacen vulnerable a la persona de desarrollar un TA, en los últimos años se profundizó en el estudio de los factores que protegen a la salud mental y el bienestar, se abrió camino para investigaciones acerca de los factores de protección así como de variables positivas en relación con la ansiedad. En este aspecto se comprobó que las variables optimismo y felicidad estaban estrechamente ligadas entre sí y que tenían una relación negativa con la ansiedad y positiva para variables como satisfacción con la vida, autoestima y bienestar dando como resultado la protección de la aparición de



síntomas negativos. En un estudio se identificó que las personas que tenían una actitud optimista ante el sufrimiento de una enfermedad tenían una mejor calidad de vida, buscaban soluciones y beneficios a su situación, en relación también con un mejor sistema inmunológico y una mayor dedicación a su trabajo y mejor salud física que personas que se sentía abrumadas y con una actitud pesimista a su enfermedad. (Pavez, Miranda, & Villarroel, 2012)

Los trastornos de ansiedad cursan con manifestaciones clínicas derivadas del sistema nervioso simpático como palpitaciones, temblores, mareos, etc. y por otro lado las que pertenecen al sistema límbico y la corteza cerebral como apatía, conductas de evitación o miedo a perder el control.

*Tabla 2: Síntomas físicos y psíquicos*

SÍNTOMAS FÍSICOS	SINTOMAS PSIQUÍCOS
Taquicardia y opresión torácica	Desrealización
Mareos y nauseas	Despersonalización
Temblores y sacudidas, tensión muscular	Dificultad para concentrarse o mente en blanco y perturbaciones del sueño
Disnea o sensación de ahogo	Sentimiento de incapacidad para hacer algo
Manos frías, sudorosas, rubor facial	Irritabilidad
Parestesia o sensación de hormigueo	Devaluación de su estima personal
Dificultad para tragar o nudo en la garganta	Aprensión

No obstante, se comprobó en estudios epidemiológicos que existía gran demanda a causa de estos síntomas en atención primaria en busca de atención médica, además de que condicionaba la aparición de enfermedades somáticas o se exacerbaban las ya existentes. Hay investigaciones en las que se veía que en pacientes con enfermedades somáticas sobre todo del tipo cardíacas, respiratorias o digestivas existía un alto nivel de ansiedad. Esto conllevaba al empeoramiento del pronóstico y a un aumento de la morbimortalidad (Pascual et al., 2008).

Una de las clasificaciones más recientes de los trastornos de ansiedad viene recogida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) estableciéndose en función del tipo de objetos o situaciones que los provocan y de la cognición asociada. En la tabla 3 se recoge dicha clasificación (DSM V, 2014).

**Tabla 3: Clasificación trastornos de ansiedad DSM V**

309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación	300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (fobia social)
313.23 (F94.0) Mutismo selectivo	300.01 (F41.0) Trastorno de pánico
300.29 (._.) Fobia específica especificar si: (F40.218) Animal	300.22 (F40.00) Agorafobia
(F40.228) Entorno natural	300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada
(._.) Sangre, inyección, herida	293.84 (F06.4) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
(F40.230) Miedo a la sangre	300.09 (F41.8) Otro trastorno de ansiedad especificado
(F40.231) Miedo a las inyecciones	300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado.
(F40.232) Miedo a otra atención médica	
(F40.233) Miedo a una lesión	
(F40.248) Situacional	
(F40.298) Otra	

Por otro lado, la clasificación de los trastornos de ansiedad vino dada por la Organización Mundial de la Salud en su publicación del CIE-10 (Tabla 4). En esta edición se refiere a los trastornos de ansiedad como *trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos*. (OMS, 1992)

**Tabla 4: Clasificación trastornos de ansiedad CIE-10**

F40. Trastornos de ansiedad fóbica	F42 Trastorno obsesivo- compulsivo
F40.0 Agorafobia	F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
F40.1 Fobias sociales	F43.0 Reacción a estrés agudo
F40.2 Fobias específicas (aisladas)	F43.1 Trastorno de estrés post- traumático
F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica	F43.2 Trastorno de adaptación
F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación	F43.8 Otras reacciones a estrés grave
F41 Otros trastornos de ansiedad	F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación
F41.0 Trastorno de pánico	F44 Trastornos disociativos
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	F45 Trastornos somatomorfos
F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo	F48 Otros trastornos neuróticos
F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad	
F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados	
F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación	

#### 4.1.1. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En 2002 se realizó un estudio epidemiológico coordinado por la OMS con el nombre de Proyecto ESEMeD-España. Nos mostraba datos epidemiológicos sobre los trastornos mentales, podemos resumir en la siguiente tabla (tabla 5) la prevalencia-año y la prevalencia- vida de los distintos trastornos de ansiedad en los últimos años siguiendo la clasificación de la DMS-IV (Haro et al., 2006).

*Tabla 5: prevalencia año y prevalencia vida de los trastornos de ansiedad en la población adulta española según el estudio ESEMeD-España.*

	Prevalencia-año (%)			Prevalencia-vida (%)		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Trastorno ansiedad generalizada	0.44	1.18	0.50	1.15	2.57	1.89
Fobia social	0.57	0.64	0.60	1.06	1.28	1.17
Agorafobia	0.15	0.60	0.30	0.47	0.56	0.62
Fobia específica	1.19	4.20	3.60	2.32	6.54	4.52
Trastorno por estrés postraumático	0.25	0.94	0.50	1.06	2.79	1.95
Trastorno de angustia	0.38	0.98	0.60	0.95	2.39	1.70

El proyecto ESEMeD- España (2002) también relacionó la probabilidad de padecer algún trastorno de ansiedad en función de las características demográficas de la población. En la siguiente tabla (tabla 6) se recopilan los datos obtenidos de dicho estudio.

*Tabla 6: Prevalencia año de padecer cualquier trastorno de ansiedad según factores demográficos.*

CUALQUIER TA	PREVALENCIA AÑO (%)	
Sexo	Varón	2.5
	Mujer	7.6
Edad (años)	18-24	7.8
	25-34	4.2
	35-49	4.5
	50-64	6.0
	>65	3.9
Estado civil	Casado o en pareja	5.0
	Previamente casado	7.1
	Nunca casado	4.8
Educación (años)	5-8	5.7
	9-12	5.0
	>13	4.7
	Empleo	Empleo remunerado
	Desempleado	7.8
	Jubilado	3.9
	Ama/o de casa	6.6
	Estudiante	4.5
	Baja maternal	7.3
	Discapacidad	9.0

## **4.2. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

El objetivo terapéutico que se ha pretendido conseguir es ante todo aliviar los síntomas de los trastornos de ansiedad, prevenir las recaídas y evitar las secuelas. Para ello se ha recurrido durante todos estos años a fármacos como los antidepresivos tricíclicos y los ISRS, más frecuentemente, y ante un fracaso de éstos las benzodiazepinas (Jordana, 2010).

### **4.2.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Según Campos (2008) las guías NICE, Canadian Psychiatric Association y MOH establecieron los antidepresivos como tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La evidencia ha constatado que con los antidepresivos se obtenía mejores resultados entendiendo esto como “ausencia de respuesta”, “tasa de abandono” y “efectos secundarios”, realizándose ensayos clínicos con placebo y tres tipos de antidepresivos: imipramina, paroxetina y venlafaxina, aunque sí se constató que tenían más efectos adversos que el placebo. En cuanto a este último fármaco la NICE destacó que había una mayor interrupción del tratamiento por sus efectos adversos.

Del mismo modo se hizo ver en ensayos posteriores con placebo una ampliación de antidepresivos en este caso con la sertralina, escitalopram y opipramol con los que se comprobó un aumento de las tasas de respuesta y mejora de los síntomas. A pesar de su buena condición terapéutica no quedan exentos de efectos adversos, aunque en algunos ensayos no se haya encontrado significación estadística, estos se asocian frecuentemente con sequedad de boca, mareos, náuseas, sedación, estreñimiento y disfunción sexual.

Muchos de ellos pertenecen al grupo de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) siendo elegidos también para el trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), fobia simple y trastorno por estrés postraumático. En varios estudios se asoció la interrupción brusca del tratamiento con efectos adversos como mareos, cefaleas, vómitos, diarrea, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales así como del ánimo y anorexia. Así mismo se comprobó que se debía de tener un especial cuidado con estos fármacos ya que existía un riesgo de conductas autolesivas de la persona y casos de suicidios.

Por otro lado, Campos (2008) la FDA (Food and Drug Administration) advirtió del peligro de los antidepresivos durante el embarazo provocando en el feto malformaciones congénitas, problemas del sistema respiratorio, del sistema parasimpático y sistema nervioso central.

La Canadian Psychiatric Association (2006) estableció el uso de las benzodiazepinas como tratamiento de segunda línea para el TAG, también se incluía para el trastorno de pánico, fobias. La evidencia ha avalado su efectividad como tratamiento de la ansiedad disminuyendo la actividad nerviosa en el cerebro por su efecto gabaérgico, produciendo un alivio rápido de los síntomas sobre todo los somáticos. Su utilización se recomienda a corto plazo debido a sedación, riesgo de dependencia, riesgo de accidente de tráfico y tras su retirada un efecto rebote de ansiedad. Para determinar su toxicidad durante el embarazo no ha habido estudios que respondieran si las ventajas para la madre superaban los riesgos para el feto siendo estos hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hiponatremia.

Dentro de la farmacología para el TAG, además de los ya citados, se han incluido también ansiolíticos (buspirona); se realizaron estudios con placebo y éstas y se vio que eran útiles a corto y plazo y sobre todo si los pacientes no habían tomado benzodiazepinas. En el ensayo clínico no fue posible determinar si la buspirona era mejor que los antidepresivos y benzodiazepinas, lo que sí se determinó fue que los efectos adversos no eran de carácter grave y se resumían a mareos, somnolencia y náuseas. A pesar de su aprobación como tratamiento para el TAG, en España su uso está muy limitado.

Otros estudios compararon anticonvulsivos (pregabalina) con placebo. La evidencia demostró que era muy eficaz tratando la sintomatología del TAG sobre todo de tipo psíquicos y somáticos siendo sus efectos adversos dolor de cabeza, vértigos y somnolencia pero su experiencia clínica quedó limitada.

Se encontró utilidad para el tratamiento de la ansiedad con la hidroxicina (antihistamínico) viendo que aliviaba los síntomas con su efecto sedante y tranquilizante, cuando se comparó con un placebo se vio que sí que mejoraba los síntomas, sin embargo en estudios posteriores de ésta con la buspirona o bromazepam no se obtuvieron diferencias significativas, además entre sus efectos adversos se encontró dolor de cabeza y somnolencia, por tanto su experiencia clínica también está limitada.

Con los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona y ciperasidona) se encontró beneficios como fármacos adyuvantes para el tratamiento del TAG refractario, aunque se siguen necesitando ensayos para comprobar su eficacia y seguridad, al contrario que para el trastorno de angustia quedando contraindicado en este último caso (Campos, 2008).

Se comprobó que debido a estos efectos que interferían de manera negativa a la calidad de vida, debían suspenderse en ciertas ocasiones incluso antes de cumplir con el objetivo terapéutico deseado (Sáez et al., 2015).

Tabla 7: Resumen tratamiento farmacológico y sus efectos adversos para cada tipo de trastorno de ansiedad.

Fármacos	Trastorno de ansiedad	Efectos adversos
<b>Antidepresivos</b>	TAG, fobia simple, TOC, TEP, trastorno de pánico, fobia social.	Nauseas, sedación, vómitos, estreñimiento, cefaleas, riesgo conductas autolesivas y suicidio, malformaciones congénitas del feto.
<b>Benzodiacepinas</b>	Agorafobia, fobia simple, TAG, trastorno de pánico	Sedación, riesgo de dependencia, efecto rebote tras retirada, hipotonía neonatal, síndrome de retirada en lactantes e hiponatremia.
<b>Ansiolíticos</b>	TAG	Mareos, náuseas, somnolencia
<b>Anticonvulsiantes</b>	TAG	Dolor de cabeza, vértigos, somnolencia.
<b>Hidroxicina</b>	No se especifica para uno en concreto.	Dolor de cabeza, somnolencia
<b>Antipsicóticos atípicos</b>	Coadyuvantes para TAG refractario	No se detallan.

\*TAG: trastorno ansiedad generalizado; TOC: trastorno obsesivo compulsivo; TEP: trastorno estrés postraumático

#### 4.2.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El abordaje cognitivo y conductual pretende identificar y modificar los procesos cognitivos que perturban a la persona y sustituirlos por otros. Es decir, ayuda a la persona a darse cuenta de los acontecimientos cotidianos que le generan malestar o bienestar psicológico, pudiendo de esta manera ser consciente de sus conductas desadaptativas e intentar cambiarlas (Gámez, & Bujalón, 2011).

Se estudió la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y su eficacia en el tratamiento de la ansiedad generalizada y el trastorno de pánico resultando beneficiosa en comparación con otros tratamientos que crean dependencia y/o efectos secundarios. En concreto, para tratar el TAG resultó ser más efectiva frente a los fármacos para la reducción de los principales síntomas (Gálvez, 2008). También se habló en otro estudio donde los pacientes recibieron intervenciones con TCC y relajación muscular progresiva, de la combinación de estos métodos con los fármacos para el TAG donde se constató de mejora de la calidad de vida del paciente así como de un cambio global de la sintomatología y de menos incidencia de derivación al psicólogo con la TCC por sí misma o en combinación. En cuanto al trastorno de pánico

con o sin agorafobia se vio que la TCC era tan eficaz como el tratamiento farmacológico y que además si se combinan ambos el resultado era más eficaz que cada uno solo. De esta forma la revisión concluía que se podía elegir cualquiera de ellos de acuerdo con las preferencias del paciente. No obstante la bibliografía no está muy clara en este sentido, aún se necesitan más estudios de las TCC frente a los fármacos para comprobar su completa eficacia así como sus aspectos negativos. (Campos, 2008)

Para Gálvez (2008) la relajación formaba parte de otra técnica más de tratamiento psicológico, siendo su eficacia comprobada para el TAG y el trastorno de pánico. Consiste en un control por parte del paciente y sin ayuda de recursos externos sobre su estado de activación, es decir, cambiar los componentes fisiológicos centrándose en los componentes somáticos mediante dos procedimientos: control respiratorio y relajación muscular progresiva.

- Técnica de control de la respiración.

Se debe comenzar sentado o tumbado y con los ojos cerrados, en un ambiente tranquilo a fin de que se pueda identificar las sensaciones corporales que se producen en la inspiración y espiración, sin estimulación ambiental ni nada que perturbe la situación. Mediante una respiración abdominal (inspiración dura cuatro segundos y espiración ocho segundos) se consigue absorber la máxima cantidad de oxígeno posible así como canalizar energía hacia el cuerpo.

- Relajación muscular progresiva.

Desarrollada por Jacobson en los años 1934 argumentó que la ansiedad conllevaba tensión muscular de manera que se podía reducir la ansiedad aprendiendo a relajar los músculos. Esta técnica consiste en contraer y relajar grupos específicos de músculos discriminando ambas sensaciones, para ello los pacientes debían adoptar una postura cómoda, con ropa holgada, y realizar primero una respiración profunda. A continuación debían contraer un grupo de músculos y relajarlos centrándose en las sensaciones que les proporcionaba dichos movimientos (Gámez, & Bujalón ,2011). ( anexo 2)

### **4.2.3 OTRAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS**

Según Gálvez (2008) la medicina complementaria ha aumentado en los últimos diez años, se consideraba importante abordar este tipo de tratamiento. Los trastornos de ansiedad han sido explorados con técnicas como la fitoterapia, aromaterapia, acupuntura, yoga y hay evidencias de su efectividad como tratamiento para cuadros ansiosos, como por ejemplo el ejercicio físico ya que ayuda a aumentar el bienestar psicológico, mejora el estado de ánimo así como el autoconcepto y la autoestima. Algunos

autores consideraron el ejercicio físico como un factor importante que tiene relación con la calidad de vida, creando hábitos y actitudes aconsejables sobre la salud mental (Olmedilla et al., 2008). Existe bastante investigación sobre la materia que confirma como factor de protección a la actividad física, tanto de problemas médicos como psicológicos del tipo ansiedad, depresión y demencia.(Olmedilla, Ortega, & Candel, 2010)

Las guía clínica de la NICE y guías de la práctica clínica del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo incluyeron la actividad física como tratamiento a la ansiedad. Estudios en España comprobaron que alrededor del 42% de la población adulta no realizaba ningún tipo de ejercicio físico, aunque se vio que la población más activa iba aumentando conforme aumentaba la edad siendo la actividad más frecuente pasear. Otro aspecto desfavorecedor para la práctica de deporte era el índice de masa corporal (IMC), conforme aumentaba el IMC la práctica de ejercicio disminuía (Iglesias, Olaya, Gómez , 2014). Se aconsejó caminar 30 minutos diarios con una intensidad media así como la práctica de ejercicio aeróbico, especialmente en el trastorno de pánico ya que existía una mejora significativa para este tipo de pacientes.(Gálvez, 2008)

El uso del extracto de algunas plantas con fines terapéuticos (fitoterapia) fue considerado efectivo para el tratamiento ansioso. Hay varios estudios sobre ciertas plantas que avalan la efectividad de cada una de ellas como poder ansiolítico. Así pues, ensayos clínicos comprobaron la efectividad sedante de la *Valeriana officinalis* siendo una alternativa a las benzodiacepinas y sin efectos adversos para el paciente, su eficacia fue muy buena en el 87,2% de los casos así como su tolerabilidad para el 96,8% mejorando de forma rápida los síntomas(Gálvez, 2008). Otra planta de interés fue la *Passiflora peduncularis* (planta endémica de los andes peruanos) cuando se comprobó que a las dos semanas de tratamiento había cambios significativos en cuanto a la reducción del nivel de ansiedad. Se explicó que su efecto ansiolítico era debido a que contenía flavonoides surgiendo la hipótesis de que estos compuestos actuaban como moduladores del sistema gabaérgico. Lo mismo ocurre con otra especie de la planta llamada *Passiflora incarnata* o “flor de la pasión” así como con la comúnmente llamada manzanilla. (Sot & Alvarado, 2016). En otro estudio se comprobó la efectividad de la planta *Galphimia glauca* en comparación al lorazepam cuando a la primera semana de tratamiento se mostró que el extracto de esta era muy parecido al fármaco además con mayor tolerancia (Gálvez, 2008).

Otros estudios hablaban de la eficacia del yoga como terapia para la ansiedad. Esta técnica combinaba relajación con ejercicios activos que requieren concentración, de esta manera se podía estimular la región cognitiva y favorecer la distracción de pensamientos perturbadores. Tradicionalmente fue conocida como terapia para reducir los efectos fisiológicos y psicológicos de respuesta al estrés ya que



en los estudios se comprobó que disminuía los niveles de presión arterial y el ritmo cardiaco, por tanto también se consideró para tratar a personas con estado de ansiedad. A nivel fisiológico se podía pensar que el mecanismo de acción era la activación del sistema parasimpático, más concretamente por un aumento del neurotransmisor GABA. Se comprobó mejoras en la calidad de vida en general, disminución del dolor, aumento de energía y disminución de síntomas depresivos (Gálvez, 2008; Sharma & Haider, 2013)

La aplicación de la música en el ámbito de la salud fue despertando interés desde los años 80 ya que se obtuvieron resultados satisfactorios en diversos estudios. Se demostró que la musicoterapia resultó ser beneficiosa para paliar y reducir los síntomas de la ansiedad. El fundamento de esta práctica según Saperstein (1995), estaba en el proceso de sincronización y resonancia, es decir, la música al igual que los procesos fisiológicos como el ritmo cardíaco, la presión arterial, frecuencia respiratoria. etc. tiene unas oscilaciones que ocurren de manera regular y periódica interfiriendo unas en las otras. Se debía seleccionar solo aquella música con efecto terapéutico, es decir, que tuviera unos ritmos regulares (menos de ocho redobles por minuto) con una melodía suave y fluida (Robb et al., 1995) Se comprobó que aprovechándose de ciertos ritmos musicales se inducía la sincronización de los ritmos fisiológicos y podía llevar a la persona a un estado de relajación, además de ocupar el centro de atención del paciente y hacer que entre en una sensación placentera alejándose de los pensamientos perturbadores y centrándose en la música. Según Bensimon, Amir y Wolf (2008) la composición musical también tiene efecto terapéutico ya que se comprobó que la percusión reducía los síntomas del trastorno por estrés postraumático en un grupo de soldados siendo la vía de escape de la ira y les daba sensación de recuperar el control. Otro estudio mostró satisfactoriamente sus resultados con mujeres supervivientes de cáncer de mama que habían terminado el tratamiento oncológico y que sufrían ansiedad debido a la enfermedad. El procedimiento consistió en 8 sesiones de 90 minutos semanalmente. Para evaluar el estado de ansiedad antes y después de la intervención con musicoterapia se les pasó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión donde la puntuación descendió post-intervención, disminuyendo los niveles de ansiedad producidos por la enfermedad en todas las sesiones (Snyder & Lindquist , 2011).

### **4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Según la bibliografía recopilada, para el diagnóstico y evaluación se puede recurrir a escalas como por ejemplo la Escala de Ansiedad y Depresión de Gold-berg o para la evaluación sobre de los síntomas somáticos la Escala de Hamilton. (anexo 3)

En la entrevista se debe de tener especial atención a la sintomatología somática que presenta el paciente, como la capacidad de expresarse, tono de voz, movimientos de manos, sudoración y comportamientos evitativos. Por medio de la psicoterapia debemos de ser capaces de establecer una relación terapéutica de confianza con el fin de que el paciente se sienta cómodo y exprese sus emociones, con el propósito también de tener conocimiento sobre la adherencia al tratamiento y llevar un seguimiento para conocer una posible recaída.

Enfermería juega un papel fundamental para integrar terapias complementarias en el plan de cuidados. Su formación en base al modelo del cuidado holístico y el continuo trato con el paciente y familia, hace que sean capaces de identificar las carencias y necesidades del paciente y comunicarlo al equipo multidisciplinario. Por ello, el enfermero es capaz de identificar la cobertura óptima a las necesidades con una atención médica convencional en combinación con otras estrategias complementarias. Además enfermería está en constante renovación y están en relación con el uso adecuado de terapias complementarias. (Snyder & Lindquist , 2011)

Es importante también el abordaje familiar ya que se puede instruir en técnicas como la relajación y el control respiratorio para que se pueda dar atención al paciente en el propio domicilio o fuera del contexto hospitalario.

## **5. CASO PRÁCTICO.**

Irene es una mujer de 34 años, natural de un pueblo de Almería, que vive sola en la ciudad por motivos de trabajo. Mantiene buena relación con su familia, especialmente con su hermana menor, y dispone de buenas relaciones sociales. Es licenciada en derecho y actualmente se encuentra opositando, aunque comenzó hace cinco años aproximadamente aún no lo ha conseguido. No tiene pareja ni hijos.

Está atravesando una situación familiar complicada debido a la separación de los cónyuges. Su madre fue intervenida de adenoma hipofisiario hace diez años con secuelas de pérdida del campo de visión reconocido con un 30% de invalidez lo que le llevó a la jubilación anticipada, pudiendo hacer las tareas del hogar. El padre era el cabeza de familia, se ocupaba de todo. A raíz de la separación la situación de la madre empeoró debido a depresión, no pudiendo ser autosuficiente y necesitando la ayuda de una cuidadora cuatro días a la semana. La hermana menor está estudiando lejos del domicilio familiar, por tanto el peso de la situación recae sobre la paciente. El resto de la familia (hermanos de la madre) ayuda a la madre en tareas como hacer la compra y acudir a revisiones médicas, pero Irene siente que le concierne a ella.

Acude a consulta refiriendo que no puede dormir por las noches, se despierta con frecuencia, siente palpitaciones y tensión muscular en la zona cervical. En la entrevista con la enfermera, Irene hace mención de su preocupación ya que lo primordial para ella son sus estudios y conseguir aprobar las oposiciones, pero debido a esta situación no puede apartar sus pensamientos, se distrae y no consigue mantener la concentración, refiere que “la situación le supera y no sabe qué hacer”.

Además, nos confiesa que se siente frustrada por no haber logrado aun lo que lleva tiempo intentando conseguir, lo que le conlleva a sentimiento de desrealización que la hace incapacitante.

Su estado de ansiedad le ha llevado a problemas como ligera hipertensión, continuo dolor de cabeza, pérdida de cabello, ocasionales mareos y bruxismo. Se le pasa la escala de valoración de la ansiedad de Hamilton (1969) obteniendo una puntuación de 20.

## **5.1. PLAN DE CUIDADOS**

VALORACIÓN: Por patrones funcionales de Gordon

### 1. Percepción y mantenimiento de la salud.

Reconoce su estado de salud y que es producido por un problema familiar. Fumadora de 5 cigarrillos al día

### 2. Patrón nutricional metabólico.

Refiere pérdida de apetito.

### 3. Patrón eliminación

Sudoración y ocasionales estreñimientos teniendo que hacer uso de laxantes

### 4. Descanso / sueño.

Sueño no reparador, refiere despertarse varias veces durante la noche.

### 5. Actividad/ejercicio

Nula actividad física, va del trabajo a casa.\_

### 6. Autopercepción/ autoconcepto

No sabe cómo afrontar la situación familiar, siente que su vida está estancada y que de esta forma no va a aprobar. A lo largo de la entrevista muestra sentimiento afligido.

7. Cognitivo/perceptivo

Se siente triste y estancada sin esperanza de un futuro alentador.

8. Rol/relaciones

Vive sola en un piso en la ciudad. Del trabajo se va a casa para estudiar, aunque hay buen ambiente en el trabajo refiere que no tiene tiempo para quedar con la gente.

9. Adaptación/estrés

Escaso control sobre sus emociones, refiere que a veces llora sin motivo. Respuesta inapropiada ante ciertas situaciones, se siente agobiada.

PLANIFICACIÓN.

Establecimiento de los diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones con sus correspondientes actividades.

<b>(00146) Ansiedad R/C situación familiar estresante M/P palpitaciones, nerviosismo e irritabilidad</b>		
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p><b>(1402) Autocontrol de la ansiedad</b></p> <p>✓ Indicadores:</p> <p>(140207) utiliza técnicas para reducir la ansiedad</p> <p>Escala desde nunca manifestado a constantemente manifestado</p> <p>RO: 1 RE: 4</p> <p>(140215) Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.</p> <p>RO: 1 RE: 5</p>	<p>(5820) Disminución de la ansiedad</p> <p>(5820) Disminución de la ansiedad</p>	<p>- Fomentar la realización de actividades no competitivas</p> <p>- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente</p> <p>- Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente</p> <p>- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad.</p> <p>- Reducir o eliminar los estímulos que creen ansiedad.</p>
<p><b>(1302) Afrontamiento de los problemas</b></p> <p>✓ Indicadores</p> <p>(130205) Verbaliza aceptación de la situación</p> <p>Escala: desde nunca manifestado a constantemente manifestado</p> <p>RO: 2 RE: 5</p>	<p>(0200) Fomento del ejercicio</p>	<p>- Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p>

**(00198) Deterioro del patrón del sueño R/C preocupación constante M/P varios despertares durante la noche.**

NOC	NIC	Actividades
(0004) Sueño	(5230) Aumentar el afrontamiento	- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
✓ Indicadores		- Fomentar un dominio gradual de la situación
Escala desde extremadamente comprometido a no comprometido		- Animar al paciente a desarrollar relaciones
(000404) Calidad del sueño	(1460) Relajación muscular progresiva	- Enseñar al paciente ejercicios de relajación de la mandíbula
RO:3 RE:5		- Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos
(000406) Sueño ininterrumpido		- Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados
RO: 3 RE:5		- Animar al paciente a que practique las sesiones regulares.

**(00148) Temor R/C cambio de rol en la familia M/P disminución en la capacidad para resolver problemas**

NOC	NIC	Actividades
(1404) Control del miedo	(4700) Reestructuración cognitiva	- Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa que está sintiendo
✓ Indicadores		- Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual
Escala: desde nunca manifestado a manifestado constantemente		- Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, por interpretaciones basadas más en la realidad.
(140406) utiliza estrategias de superación efectivas		
RO: 2 RE:4		
(140413) Mantiene el control sobre su vida		
RO: 3 RE:5		

**EJECUCIÓN:**

Se planifica con la paciente el plan de cuidados y se le explica la importancia de su cumplimiento. Se le instruye acerca de las técnicas de relajación para que las pueda practicar en casa con regularidad, y se le

da indicaciones de la importancia del ejercicio físico, tiempo de ocio con los amigos, animándola a que acuda al gimnasio o haga deporte al aire libre como método para eliminar pensamientos perturbadores.

Para ver el progreso de su evolución se cita a la paciente a consulta de enfermería en un plazo de un mes.

## EVALUACIÓN:

En la visita planificada del mes pudimos observar los siguientes cambios:

- La paciente admite haber cumplido con el plan de cuidados establecido, utiliza a diario las técnicas de relajación en los momentos en los que se siente agobiada.
- Practica yoga y acude al gimnasio cercano al domicilio tres o cuatro veces por semana, refiere que se siente mejor cuando lo hace, con “sensación de liberación”.
- Estudia todos los días con más motivación e ilusión ya que decidió ir a la biblioteca para sentirse más motivada.
- En cuanto a la situación familiar no refiere cambios, cuando va a ver a la madre siente el mismo sentimiento de descontrol de la situación pero refiere calmarse y buscar soluciones.
- Afirma que desde hace dos semanas consigue “dormir del tirón” sin despertarse.
- El psiquiatra le ha disminuido la dosis del tratamiento.

## 6. DISCUSIÓN

En esta revisión bibliográfica que tiene como objetivo explorar los conocimientos sobre los cuidados de enfermería a personas en estado de ansiedad, así como los efectos y tratamientos disponibles, nos ha permitido tener una visión más clara acerca de la materia.

En primer lugar hay que remarcar que hay diferencias a la hora de establecer una clasificación de los trastornos de ansiedad por los sistemas de clasificación DSM-V y CIE-10. El primero no incluye al trastorno obsesivo- compulsivo, tampoco lo hace con los trastornos disociativos, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados con traumas como por ejemplo el trastorno de estrés postraumático,

sin embargo, en la clasificación dada por el CIE-10 estos mencionados son considerados como trastornos del espectro ansioso. Además otra diferencia remarcable es que este último sistema agrupa los TA bajo el epígrafe de “*Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos*”. El más utilizado es el DSM, y a pesar de que la bibliografía recopilada no es muy antigua, en todos se hace mención sobre la cuarta edición en lugar de la última, por haber sido esta recientemente actualizada, como se puede observar en la clasificación presentada en la página 8.

Por otro lado, cabe destacar que el papel de la enfermería es fundamental en la práctica clínica, aportando sus conocimientos sobre cuidado en el equipo multidisciplinar. Sin embargo, son escasos los estudios encontrados en la bibliografía sobre esa actividad. En los estudios se tratan los trastornos de ansiedad desde una perspectiva médica y epidemiológica sin hacer demasiada referencia a la labor por parte de enfermería. Nuestro objetivo era abordar el tema desde esta perspectiva y los resultados obtenidos no han sido los esperados en este aspecto.

Otro punto a destacar es acerca del tratamiento de estos trastornos, hay abundante información sobre evidencias de estudios poblacionales en los que destacan los beneficios del deporte como tratamiento ansioso, del yoga y demás terapias descritas en el trabajo, pero no hemos conseguido encontrar cómo lo hacen, es decir, cómo la intervención influye a nivel fisiológico para reducir los niveles de ansiedad y en los cambios que se producen.

Finalmente, en cuanto al caso clínico, es importante destacar que, su elaboración, me ha permitido integrar los contenidos aprendidos en otras materias de la carrera con la información encontrada en los documentos de la revisión bibliográfica.

## **7. CONCLUSIÓN**

Como aportación de este trabajo en primer lugar hay que destacar que:

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes y debido a su sintomatología son los de mayor demanda en atención primaria, siendo las mujeres más afectadas que los hombres por este trastorno.

Entre los tratamientos el farmacológico es el más efectivo, aunque también tienen poderes ansiolíticos otras terapias alternativas como el ejercicio, el extracto de plantas medicinales etc. La evidencia confirma la importancia del tratamiento combinado.

Se identifica la necesidad de más investigaciones sobre los factores de protección de la ansiedad, así como el desarrollo de nuevas teorías que expliquen el porqué de una mayor incidencia en mujeres.



## BIBLIOGRAFIA

1. Anónimo, (2011). What causes anxiety? *Harvard health publications*, 4-11.
2. Barrondo, S. M., Martínez, P. A. S., & González, M. P. G. P. (2008). Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Jano: medicina y humanidades*, (1714), 9-14.
3. Bernaldo-de-quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-arias, I., Gómez, L., & Blanco, C. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad, *24*, 396–401.
4. Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey, J..(2011)*Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (1 st ed.) Madrid: Elsevier
5. Campos, A. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Madrid: Plan Nacional Para El SNS Del MSC.*, 9,10.
6. Carlos Pascual, J., Castaño, J., Espluga, N., Díaz, B., García-Ribera, C., & Bulbena, A. (2008). Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. *Medicina Clínica*, *130*(8), 281–285. <https://doi.org/10.1157/13116589>
7. *CIE 10*. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. (1st ed.). Madrid.
8. Galve, J. J. G. (2008). Guía clínica naturista de la ansiedad y crisis de pánico. *Medicina naturista*, *2*(3), 57-64.
9. Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, *126*(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
10. Herdman, T. (2010). *Diagnósticos enfermeros* (1st ed.). Barcelona: Elsevier.
11. Iglesias B., Olaya I., Gómez M., 2014). (2014). Atención Primaria Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y, *47*(xx), 428–437.
12. Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2011). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (1st ed.). Madrid,: Elsevier.
13. Jordana, G. B. (2010). Trastornos por ansiedad. *El Farmaceutico Hospitales 195*, vol 195, 12–16.

14. López, O. I. F., Hernández, B. J., Almirall, R. B. A., Molina, D. S., & Navarro, J. R. C. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur*, 10(5), 466–479. [En línea] Disponible en <http://www.medisur.sld.cu>; Recuperado el 06/03/2017 de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1822/1016>
15. Olmedilla, A., Ortega, E., & Candel, N. (2010). Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. *Apunts Medicina de l'Esport*, 45(167), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.apunts.2010.03.001>
16. Olmedilla Zafra, A., Ortega Toro, E., & Madrid Garrido, J. (2008). Exercise, sociodemographics, anxiety and depression: A correlational study among women | Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Revista Internacional de Medicina Y Ciencias de La Actividad Fisica Y Del Deporte*, 8(31).
17. Pavez, P., Miranda, L. E. M., & Villarroel, P. E. V. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2), 369–380.
18. Reyes-Tica J.A. (2010). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca virtual en salud.Honduras. [en línea]. Disponible en:[www.bvs.hn](http://www.bvs.hn) ; Recuperado el 11/03/2017 de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
19. Sáez, G. D., Balmy, S., Rubio, A. S., García, M. L. R., Tirado, C. R., & Villet, S. (2015). Estudio epidemiológico sobre trastornos de ansiedad en atención primaria: integración de la homeopatía en el abordaje terapéutico. *Revista Médica de Homeopatía*, 8(2), 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.homeo.2015.07.003>
20. Sharma, M., & Haider, T. (2013). Yoga as an Alternative and Complementary Therapy for Patients Suffering From Anxiety. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 18(1), 15–22. <https://doi.org/10.1177/2156587212460046>
21. Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., & Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atencion Primaria*, 41(2), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.008>
22. Snyder, M. & Lindquist, R. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. (2011). México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno, 92-99

23. Soto- Velásquez, M, Alvarado-García P. (2016) Efecto del extracto fluido de las flores *Passiflora peduncularis* “puro puro” y meditación guiada en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada. *Medicina naturista*, 10(2), 69-74
24. Vieta i Pascual, E., Ayuso Mateos, J., & Arango López, C. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1st ed.). Madrid: Médica Panamericana.

# ANEXO 1. TABLAS VALORACIÓN CRÍTICA GUIAS CASPE

Tabla 1. CASPe: Valoración Crítica ESTUDIOS PRIMARIOS  
TIPO DE ESTUDIO

ENSAYO CLÍNICO	PRUEBA DIAGNÓSTICA	ETIOLOGÍA	PRONÓSTICO
A: ¿Son válidos los resultados del ensayo?			
Preguntas "de eliminación"			
1 ¿Se orienta el ensayo sobre una pregunta claramente definida?	1 ¿Existió una prueba de referencia adecuada?	1 ¿Se han utilizado unos grupos de comparación claramente identificados que sean similares en cuanto a factores determinantes importantes del resultado aparte del que se investiga?	1 ¿Fue una muestra representativa y bien definida de pacientes en un momento similar en el curso de la enfermedad?
2 ¿Se realizó la asignación de los pacientes a los tratamientos de manera aleatoria?	2 ¿Incluyó la muestra de pacientes un espectro adecuado de pacientes?	2 ¿Se han evaluado las exposiciones y los resultados de la misma forma en los grupos que se comparan?	2 ¿Fue el seguimiento lo suficientemente prolongado y completo?
3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	3 ¿Existe una adecuada descripción de la prueba?	3 ¿Ha sido el seguimiento suficientemente largo y completo?	
¿Merece la pena continuar? Preguntas detalladas			
4 ¿Se ha mantenido un diseño "ciego" respecto al tratamiento, tanto de los pacientes, clínicos y personal del estudio?	4 ¿Hubo evaluación "ciega" de los resultados?	4 ¿Es correcta la relación temporal?	3 ¿Se utilizaron criterios objetivos y no sesgados para los resultados?
5 ¿Eran similares los grupos al inicio del ensayo?	5 ¿Influyeron los resultados de la prueba objeto de evaluación en la realización del estándar de referencia?	5 ¿Existe un gradiente en la relación dosis-respuesta?	4 ¿Se hizo un ajuste por los factores pronósticos importantes?
6 Aparte de la intervención experimental, ¿se ha tratado a los grupos de la misma forma?			
B: ¿Cuáles son los resultados?			
7 ¿Cuál es la magnitud del efecto?	6 ¿Se presentan los cocientes de probabilidad (likelihood ratios) o los datos para calcularlos?	7 ¿Cuál es la fuerza de la asociación entre la exposición y el resultado?	5 ¿Cuál es la probabilidad del(los) evento(s) en un periodo de tiempo determinado?
8 ¿Cómo es la precisión de la estimación del efecto del tratamiento?	7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?	8 ¿Qué precisión tiene la estimación del riesgo?	6 ¿Cuál es la precisión de las estimaciones?
C: ¿Son los resultados aplicables en tu medio?			
9 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio o población local?	8 ¿Serán satisfactorios en mi ámbito la reproducibilidad de la prueba y su interpretación?	9 ¿Son aplicables los resultados a mi práctica clínica?	7 ¿Son los pacientes del estudio similares a los míos?
10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	9 ¿Es aceptable la prueba en mi paciente?	10 ¿Cuál es la magnitud del riesgo?	8 ¿Conducen los resultados a seleccionar o a evitar un tratamiento?
11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	10 ¿Modificarán los resultados de la prueba la decisión sobre cómo actuar?	11 ¿Debo intentar detener la exposición?	9 ¿Son útiles los resultados para tranquilizar o aconsejar a los pacientes?

## Tabla 2. CASP: Valoración Crítica ESTUDIOS CUALITATIVOS ESTUDIO CUALITATIVO

A: ¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

- 1 ¿La Investigación pretende estudiar un fenómeno en profundidad?
- 2 ¿Estaba bien definido el problema de investigación?
- 3 ¿La estrategia de muestreo es la adecuada para conseguir los objetivos?
- 4 ¿Fueron identificados con claridad y minuciosidad los métodos de recogida de datos, el escenario y los participantes?
- 5 ¿Se utilizó alguna técnica de triangulación?
- 6 ¿Se ha considerado de modo adecuado la interrelación entre investigadores y participantes?

B: ¿Cuáles son los resultados?

- 7 ¿Son explícitos y fáciles de entender?
- 8 ¿Hay datos suficientes para justificar los resultados expuestos?
- 9 ¿Hay recomendaciones que pueden ser aplicables a la práctica clínica?

C: ¿Son los resultados aplicables en tu medio

- 10 ¿Las características del grupo estudiado eran marginales?
- 11 ¿Contribuirán estos hallazgos a mejorar tu práctica asistencial?
- 12 ¿Puede servirte para conocer mejor el problema de un paciente concreto?

Tabla 3. CASPe: Valoración Crítica ESTUDIOS SECUNDARIOS  
TIPO DE ESTUDIO

REVISIÓN SISTEMÁTICA	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	USO APROPIADO	ANÁLISIS ECONÓMICO
<b>A: ¿Son válidos los resultados del ensayo?</b>			
Preguntas "de eliminación"			
1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	1 ¿Quedaron claramente especificadas todas las opciones de decisión y resultados previsible importantes?	1 ¿Se utilizó un procedimiento explícito y sensato para identificar, seleccionar y combinar las evidencias?	1 ¿Está bien definida la pregunta u objetivo de la evaluación?
2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuados?	2 ¿Fue posible identificar, validar y combinar de forma razonable y explícita las evidencias pertinentes para cada opción de decisión?	2 ¿La calidad de las evidencias usadas en los criterios es buena?	2 ¿Existe una descripción suficiente de todas las alternativas posible y sus consecuencias?
¿Merece la pena continuar? Preguntas detalladas			
3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y relevantes?	3 ¿Es posible identificar y considerar de forma explícita las preferencias que los interesados adjuntan a las decisiones de los resultados (incluyendo beneficios, riesgos y costes)?	3 Si fue necesario ¿se utilizó un proceso explícito, sistemático y fiable para recabar la opinión de expertos?	3 ¿Existen pruebas de la efectividad de la intervención o del programa evaluado?
4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho lo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	4 La guía ¿Es resistente a las variaciones clínicamente sensatas impuestas por la práctica?	4 ¿Se utilizó un proceso explícito y sensato para considerar los valores relativos de los diferentes resultados?	4 ¿Los efectos de la intervención (o intervenciones) se identifican, se miden y se valoran o consideran adecuadamente?
5 Si se han "combinado" los resultados de la revisión, ¿era razonable hacer eso?		5 Si la calidad de las evidencias usadas en la formulación de los criterios fue débil ¿los criterios se correlacionan con los resultados de los pacientes?	5 ¿Los costes en que se incurre por la intervención (intervenciones) se identifican, se miden y se valoran adecuadamente? 6 ¿Se aplican tasas de descuento a los costes de la intervención (intervenciones)?, ¿y a los efectos?
<b>B: ¿Cuáles son los resultados?</b>			
6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	5 ¿Ofrece la oportunidad de mejorar de forma significativa la calidad de la asistencia sanitaria? ¿Varía mucho del ejercicio actual?	6 ¿El proceso de aplicación de los criterios fue fiable, no sesgado y con probabilidades de producir conclusiones sólidas?	7 ¿Cuáles son los resultados de la evaluación?
7 ¿Cuán precisos son los resultados?	6 ¿Se dan recomendaciones prácticas y clínicamente importantes? ¿Cuál es la fuerza de esas recomendaciones?	7 En las clasificaciones de los procesos asistenciales ¿Cuál es el impacto de la incertidumbre asociada con las evidencias y los valores?	8 ¿Se realizó un análisis adecuado de sensibilidad?
	7 ¿Cuál es el impacto de la incertidumbre asociada con la evidencia y con los datos incluidos en la guía? ¿Contiene nuevas evidencias que pueden tener un impacto importante sobre el tratamiento? ¿Afectaría al tratamiento de tantas personas, o a individuos de tan alto riesgo, o implicaría gastos tan altos, que hasta los cambios más pequeños en la práctica tendrían impactos fundamentales sobre los resultados o los recursos sanitarios?		
<b>C: ¿Son los resultados aplicables en tu medio?</b>			
8 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	8 ¿Es el objetivo principal de la guía compatible con tus objetivos?	8 ¿Son relevantes los criterios para el contexto de tu práctica?	9 ¿Sería el programa igualmente efectivo en tu medio?
9 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	9 ¿Son las recomendaciones aplicables a sus pacientes? ¿Qué obstáculos dificultan su aplicación?	9 ¿Se han examinado sobre el terreno la viabilidad de la aplicación de los criterios en diversos contextos?	10 ¿Serían los costes trasladables a tu medio?
	10 ¿Es posible la colaboración de colegas clave? (Se refiere a la presencia de personas relevantes que puedan impulsar la implantación de la guía)		11 ¿Vale la pena aplicarlos a tu medio?
	11 ¿Puede cumplir las condiciones educativas, administrativas y económicas que posiblemente determinen el éxito o el fracaso de la aplicación de la estrategia?		

## ANEXO 2. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

1. **Manos.** Primero con la mano derecha. Apretar el puño, tensar con fuerza (8-10 segundos) y destensar. Los dedos se extienden y se relajan después (unos 15 segundos). Seguir igual con mano izquierda.
2. **Bíceps y tríceps.** Los bíceps se tensan. Tensar los tríceps doblando los brazos en la dirección a los hombros. Relajar, quedando de nuevo alineados a lo largo del cuerpo.
3. **Hombros.** Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y tensar. Relajarlos.
4. **Cuello (hacia atrás).** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente y con cuidado hacia atrás, hasta donde se pueda, notar tensión y después relajar.
5. **Cara.** Levantar las cejas tanto como se pueda. Tensar los músculos de la frente. Relajar.
6. **Ojos.** Cerrarlos tan fuertemente como se pueda y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
7. **Boca.** Con la boca cerrada, apretar los labios y dientes con precaución de no hacerse daño. Relajar.
8. **Lengua (paladar y base).** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar.
9. **Cuello (hacia adelante).** Llevar el mentón hacia el pecho, tensar. Después relajarlo volviendo a la postura inicial.
10. **Espalda.** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, cama o colchoneta, tirar del cuerpo hacia atrás de manera que la espalda quede arqueada. Relajar. Ser cuidadoso con esto.
11. **Pecho.** Inspirar lenta y profundamente. Suave retención del aire. Expulsar el aire y relajar.
12. **Estómago y abdomen.** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible y poner duro el abdomen. Relajar completamente.
13. **Glúteos.** Tensar y elevar la pelvis. Relajar.
14. **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tensar el estómago. Relajar.
15. **Pantorrillas.** Flexionar con fuerza los dedos de los pies hacia la cara anterior (hacia el rostro) y tensar. Relajar ahora.
16. **Pies.** Apretar los pies en el suelo (solo si la postura es de sentado). Relajar.
17. **Dedos.** (Ídem a la anterior). Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo. Relajar.

### ANEXO 3. ESCALA DE HAMILTON

<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave/ Incapacitante</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4



<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	