



Facultad de Enfermería
de Gijón.



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Trabajo de fin de grado

Intervenciones de enfermería en el manejo de la ansiedad.

Nursing interventions in anxiety management

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería de Gijón

David Pérez-Landaluce Álvarez

Tutor: David González Pando

Curso 2021/2022

1. Índice

Resumen	p.2
Palabras clave	p.2
Introducción y justificación	p.3
Objetivos	p.4
Método	p.5
Desarrollo	p.5
• La ansiedad y sus efectos	p.5
• Evaluación de la ansiedad	p.9
• Tratamiento de la ansiedad	p.12
▪ Terapia no farmacológica	p.12
▪ Terapia farmacológica	p.14
• Intervenciones de Enfermería	p.15
Discusión	p.15
Conclusiones	p.16
Agradecimientos	p.17
Bibliografía	p.18
Anexo	p.21

2. Resumen

Introducción: La ansiedad es una experiencia desagradable derivada de la activación psicofisiológica que se produce frente a una amenaza inespecífica. La ansiedad es un síntoma presente de manera universal en todas las personas y en todas las condiciones.

Objetivos: Conocer el manejo enfermero de la ansiedad y sus beneficios en la salud.

Método: Revisión bibliográfica. Se utilizaron fuentes primarias y secundarias.

Desarrollo: La ansiedad crónica tiene graves repercusiones en la salud. La ansiedad se manifiesta en tres planos: cognitivo, motor y fisiológico. Las herramientas que existen para la evaluación de la ansiedad son las escalas estandarizadas, la evaluación sintomática y la entrevista clínica. El tratamiento de primera elección es el no farmacológico, que consiste en la aplicación de psicoterapia e intervenciones psicológicas basadas principalmente en técnicas cognitivo-conductuales, algunas de las cuales tienen su correspondiente intervención enfermera. El tratamiento farmacológico consiste en la administración de ansiolíticos y antidepresivos y está indicado como complementación o refuerzo de terapias no farmacológicas.

Conclusiones: La ansiedad causa daños en el organismo, provoca sufrimiento y empeora la calidad de vida. La evaluación de la ansiedad se lleva a cabo de forma multimétodo. Los profesionales de enfermería pueden reducir la ansiedad aplicando técnicas cognitivo-conductuales de forma autónoma.

3. Palabras clave

Palabras clave:

- Ansiedad.
- Distrés psicológico.
- Cuidados de Enfermería.
- Trastornos de ansiedad.

Keywords:

- Anxiety
- Psychological distress
- Nursing care
- Anxiety disorders

4. Introducción y justificación

La ansiedad es una sensación que experimentan todas las personas en mayor o menor medida a lo largo de sus vidas¹. Se define como una respuesta anticipatoria a un daño o una desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión, o conductas evitativas¹.

La *North American Nursing Diagnosis Association*² recoge la ansiedad como un diagnóstico enfermero más, identificándola como una vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo. La ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como aumento de la presión arterial. De acuerdo con la misma fuente, las personas con trastornos de ansiedad suelen tener preocupaciones o pensamientos intrusivos recurrentes. Pueden evitar ciertas situaciones por preocupación y también pueden presentar síntomas físicos como sudoración, temblores, mareos o palpitaciones³.

La ansiedad es un síntoma universalmente presente a diario en los servicios sanitarios, así como en todas las condiciones clínicas ya sean trastornos, enfermedades, accidentes, consultas o circunstancias que requieren atención sanitaria¹. Este síntoma tiene un valor adaptativo, pero cuando se presenta en situaciones donde de manera normal no debería, con una frecuencia o intensidad desproporcionada, lo que antes era una respuesta perfectamente normal se convierte en un trastorno que puede comprometer gravemente la calidad de vida.

El manejo de la ansiedad es un tema relevante en el campo de la enfermería dado que nuestros pacientes muy frecuentemente presentan niveles elevados de ansiedad. Es preciso tener en cuenta el carácter aversivo de muchos procedimientos clínicos y la inevitable incertidumbre que estos generan. Además, unos altos niveles de ansiedad en los pacientes guardan una relación directa con los niveles de dolor, la analgesia necesaria para su manejo clínico, la percepción de gravedad o la satisfacción. La ansiedad puede alterar las cifras de morbilidad postoperatoria e incrementar la experiencia subjetiva de sufrimiento^{4,5,6}.

Un campo donde es fundamental el manejo adecuado de la ansiedad es en el de las adicciones, ya sea a sustancias como de tipo comportamental⁷. Un manejo correcto de la ansiedad puede ser un factor predictor del éxito en la deshabituación de las adicciones⁸.

Según la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2017⁹ una de cada 10 personas de 15 años o más ha sido diagnosticada de algún problema de salud mental. Es relevante la perspectiva de género pues los problemas de ansiedad y depresión se dan con al menos el doble de frecuencia en el sexo femenino que en el masculino. De igual manera, la prevalencia de ansiedad y depresión se duplica en los sectores de la población que se encuentran en situación de desempleo. Los trastornos de ansiedad también están presentes en la población infantil, aunque en una proporción mucho menor y con un curso benigno, destacando las fobias⁹.

El consumo de ansiolíticos en España ha variado mucho a lo largo de los años tal como se muestra en los informes de la agencia española del medicamento^{12,13}. Según el informe publicado en 2014 sobre el uso de ansiolíticos en hipnóticos en España, representó más de la mitad de incremento entre los años 2000 y 2012. Según el último informe interactivo publicado,

la tendencia sigue siendo la misma, detectándose un pico en el consumo coincidente con la pandemia de COVID-19. Entre los años 2000 y 2020 la dosis media diaria para los españoles ha sufrido también un drástico aumento. Otro punto para destacar es que, según el INE (Instituto Nacional de Estadística) las mujeres toman aproximadamente dos veces más ansiolíticos que los hombres en nuestro país¹⁴. Además, el consumo de psicofármacos se considera un factor causal en una parte de los accidentes de tráfico¹⁸. Todos estos datos apuntan la necesidad de apostar por intervenciones no farmacológicas para el manejo de la ansiedad, un campo donde la enfermería puede jugar un papel muy importante.

La ansiedad y sus trastornos suponen un coste económico muy alto. El 42% de las personas que acuden a atención primaria (AP) en España cumplen criterios diagnósticos para al menos un trastorno de ansiedad, depresión o somatización²¹. Según el mismo estudio de revisión, en el año 2010 los costes asociados a los trastornos depresivos, ansiosos y las somatizaciones supusieron 22,778 millones de euros. Lo que significa 488 euros per cápita al año²¹. Los trastornos mentales del tipo ansiosodepresivo y las somatizaciones suponen unos costes anuales equivalentes el 2.2% del PIB y la mitad de los costes de todos los trastornos mentales.

Por si fuera poco, la pandemia de COVID-19 ha generado un aumento significativo de la sintomatología relacionada con la ansiedad y la depresión en todo el mundo, tanto en pacientes como en profesionales sanitarios o en la población general¹⁰. También ha sido demostrada la relación entre los niveles de ansiedad de los profesionales sanitarios y la calidad del servicio que puedan ofrecer o su competencia, así como el agravamiento de las situaciones de colapso sanitario que puedan tener lugar en el futuro¹¹.

El tema de este estudio fue elegido por su magnitud y relevancia, así como por la convicción de que la salud mental es una parte integral de la salud y condiciona todos los procesos de atención y la evolución clínica de todas las enfermedades y trastornos. Además, la Enfermería puede jugar un papel relevante en su manejo y abordaje en distintos contextos, con la posibilidad de reducir un consumo de ansiolíticos que alcanza tasas alarmantes en nuestra sociedad.

5. Objetivos

Objetivo general:

- Conocer el manejo enfermero de la ansiedad y sus beneficios en la salud.

Objetivos específicos:

- Definir el concepto de ansiedad y su impacto en el organismo.
- Explicar distintas formas de evaluar la ansiedad.
- Explicar distintas formas de reducir la ansiedad desde enfermería basadas en la evidencia.

6. Método

Para la realización de este trabajo se ha hecho una búsqueda bibliográfica recurriendo tanto a fuentes secundarias como primarias. Se consultaron guías de práctica clínica de diferentes instituciones, manuales reconocidos internacionalmente y portales web de numerosas instituciones científicas. A su vez, se ha realizado una búsqueda en los principales portales de búsqueda de contenido científico sanitario, incluyendo Pubmed, Scielo y Elsevier y utilizando los términos del lenguaje estructurado, es decir, los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). Los criterios de inclusión y exclusión aplicados fueron estudios de 5 años de antigüedad, solo para humanos y que trataran de la ansiedad como síntoma como tema principal del estudio.

Para la base de datos Pubmed se aplicó un filtro de tiempo de 5 años (2017-2022) así como el filtro de búsqueda “*humans*”. El texto en la cadena de búsqueda fue el siguiente: (*anxiety*) AND (*nursing care*) AND (*stress*) NOT (*psychiatry*). Se obtuvieron un total de 660 documentos, de los cuales seis llegaron a ser tenidos en cuenta una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión.

Para la base de datos Elsevier se aplicaron los filtros de “*artículos*”, “*acceso al texto completo*”, “*Enfermería*” y “*ciencias de la salud*”. El texto en la cadena de búsqueda fue “*ansiedad*”. Se obtuvieron un total de 158 documentos, de los cuales dos llegaron a ser tenidos en cuenta una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión.

Para la base de datos Scielo se aplicó un filtro de tiempo de 5 años (2017-2022) así como los filtros de búsqueda “*ciencias de la salud*”, “*Enfermería*” y “*citables*”. El texto en la cadena de búsqueda fue el siguiente: (*ansiedad*) AND (*Enfermería*). Se obtuvieron un total de 130 documentos, de los cuales uno llegó a ser tenido en cuenta una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión.

También, de manera complementaria, se utilizó la técnica de bola de nieve basada en la revisión de las referencias bibliográficas presentes en los documentos obtenidos.

7. Desarrollo

-La ansiedad y sus efectos

El término ansiedad proviene del latín “*anxietas*”, y significa congoja o aflicción. Angustia, así como ágor o angina provienen de una misma raíz latina, significando constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren a la sensación de opresión precordial y epigástrica o al desasosiego que caracteriza la ansiedad¹⁵.

El término estrés deriva del latín “*stringere*”, cuyo significado es provocar tensión. A comienzos del siglo XX, este término fue incorporado por Walter B. Cannon y popularizado por H. Seyle, el cual lo definió como una respuesta global, total y automática del ser humano ante las exigencias externas e internas que no se pueden controlar, y que amenazan su equilibrio homeostático. Esto origina en el individuo lo que Seyle llamó “síndrome general de adaptación”. Se habla de estrés positivo o eustrés y estrés negativo, más conocido como distrés¹⁵.

Los términos “ansiedad” y “estrés” son conceptos habitualmente confundidos o utilizados de manera indistinta. Los dos términos hacen referencia al mismo tipo de activación psicofisiológica y tienen prácticamente las mismas características. Sin embargo, la ansiedad tiene una connotación de carácter emocional de la que el término estrés carece. Por ese motivo, un alto nivel de estrés genera ansiedad y a su vez un alto nivel de ansiedad genera estrés. De este punto en adelante, no se realizará distinción alguna entre los dos términos, empleándolos de manera indiferenciada¹⁶.

La ansiedad es una respuesta emocional adaptativa en el ser humano que prepara al organismo frente a un peligro potencial e inminente. Se percibe como una sensación desagradable de agitación y es acompañada de una serie de cambios repentinos en el organismo cuyo objetivo es provocar una reacción adaptativa ante dicho peligro. La respuesta de ansiedad esta mediada por la activación del sistema nervioso simpático, el cual provoca que sean secretadas una serie de hormonas como la adrenalina o el cortisol que activan al organismo para una reacción inmediata¹⁶.

En la sociedad del bienestar, podemos experimentar ansiedad en su sentido adaptativo original en muy contadas ocasiones puesto que existen muy pocas amenazas objetivas tales como depredadores. Sin embargo, todo el mundo está muy familiarizado con este concepto. Experimentamos ansiedad en circunstancias que no representan un peligro físico inmediato para nosotros, de ahí que se haya definido la ansiedad como el “miedo sin objeto”. Existen infinidad de ejemplos: la infelicidad, los nervios ante un evento decisivo, cuando nuestra salud o las de nuestros seres queridos se encuentra comprometida o la reacción ante una mala noticia¹⁵.

Cuando la ansiedad se presenta de una manera regular y se convierte en crónica, ésta puede afectar no solo a la salud psíquica, sino también agravar notablemente la salud física. La ansiedad crónica merma de forma drástica la calidad de vida de la persona que la experimenta. La ansiedad se manifiesta en tres planos que se conocen como el triple sistema de respuesta: la respuesta fisiológica, la respuesta motora y la respuesta cognitiva²³.

La respuesta fisiológica que provoca la ansiedad sobre los distintos órganos o sistemas, de acuerdo con la *American Psychological Association* (APA), es la siguiente¹⁷:

- Sistema musculoesquelético: La ansiedad produce un aumento de la tensión muscular y está directamente relacionada con multitud de dolores musculares tales como cefaleas tensionales, cervicalgias o dorsalgias. El origen se debe a que la persona que padece ansiedad crónica está en un estado de tensión muscular prolongada que acaba ocasionando síntomas como dolor o entumecimiento.
- Aparato respiratorio: La ansiedad produce una respuesta broncoconstrictora. Las personas con afecciones respiratorias tales como asma o EPOC sufren un agravamiento de estas cuando sufren ansiedad crónica. Además, la ansiedad se caracteriza por hiperventilación y taquipnea, que pueden conducir a otros síntomas debido a la alcalosis respiratoria que generan.

- Aparato cardiovascular: La ansiedad prolongada aumenta el riesgo de padecer infartos, hipertensión y accidentes cerebrovasculares. El motivo es una exposición continuada a cambios bruscos tanto en la frecuencia cardiaca como en la tensión arterial. Estos cambios están mediados por las hormonas del estrés.
- Sistema endocrino: La activación crónica del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal aumenta la producción de glucocorticoides de forma muy notoria. Los glucocorticoides, entre los que se encuentra la hormona cortisol, son los encargados de regular el sistema inmune y disminuir la inflamación. Cuando el estrés se presenta de manera crónica y estas sustancias son liberadas frecuentemente, se produce una deficiente comunicación entre el sistema inmune y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Estos cambios conducen con el tiempo a numerosos desordenes metabólicos, físicos y psíquicos, así como a una débil respuesta inmunitaria.
- Sistema digestivo: La ansiedad crónica está asociada con cambios en la microbiota intestinal que implican un mayor riesgo de padecer enfermedades intestinales y cambios en la eliminación fecal. Además, debido a la ansiedad, las personas pueden tener varias respuestas comportamentales, tales como una mayor ingesta de alcohol, de alimentos perjudiciales o mayor o menor ingesta general de alimentos. Esto también induce cambios negativos de toda clase en la salud general y en el sistema digestivo en particular.
- Sistema nervioso: Con la ansiedad crónica, el sistema nervioso autónomo se activa de manera continuada, lo cual produce agotamiento y desgaste del organismo. Este desgaste incluye al sistema inmune. El sistema nervioso simpático, el cual está relacionado con la respuesta de “lucha o huida”, modifica la gestión de recursos del organismo para llevar a cabo las acciones necesarias en situaciones de peligro. El sistema nervioso parasimpático es el encargado, entre otras cosas, de devolver al cuerpo su estado normal una vez pasada la fase aguda de la ansiedad.
- Aparato reproductor: La ansiedad también tiene efectos sobre los sistemas reproductores masculino y femenino, pudiendo alterar la menstruación, inhibir el deseo sexual u ocasionar impotencia.

Hay que conocer también el concepto de “órganos diana”. Cada persona tiene una serie de órganos concretos que se ven afectados selectiva y especialmente bajo estrés o ansiedad. Los cuales pueden verse gravemente afectados a lo largo del tiempo. Cada persona tiene una manera concreta de expresar la ansiedad a nivel corporal o somatizarla; a unas personas se les cae el pelo, otras presentan un apetito disminuido, otras aumentado etc.²³.

La ansiedad y el estrés corresponden siempre al mismo patrón temporal cuando se manifiestan, discurrendo a través de tres fases muy reconocibles. La primera se denomina “reacción de alarma”. Se caracteriza por la liberación de adrenalina y noradrenalina, hormonas que preparan al organismo para la respuesta de “lucha o huida” (en inglés *fight or flight*)¹⁶. La “fase de resistencia” viene a continuación. Aquí el organismo moviliza un gran volumen de recursos para

reparar el daño o el desajuste. Se caracteriza por una respuesta más lenta en la que se intensifica la liberación de cortisol. Si la situación de alarma se prolonga, el cuerpo permanece en estado de alerta, pasando directamente a la tercera fase. La tercera y última fase es conocida como la "fase de agotamiento". En esta fase la homeostasis del organismo se ve alterada y pueden producirse diferentes alteraciones. Comúnmente se ven afectados el sistema nervioso autónomo, el endocrino y el inmunológico. Los otros dos elementos del triple sistema de respuesta son la respuesta motora y la respuesta cognitiva²³.

La respuesta motora a la ansiedad es toda acción o actitud que se toma a causa de esta, tales como llorar, mostrarse agresivo, amenazante, huir o confrontar. La respuesta cognitiva se caracteriza por las distorsiones en el pensamiento. Existen una serie de pensamientos recurrentes que son predominantes en los estados de ansiedad²³. Entre ellos se encuentran el catastrofismo (percepción reiterativa de situaciones catastróficas sin razón aparente), exigencias y perfeccionamiento (rígidas en sus formas, no permiten en ningún momento la posibilidad de planteamientos flexibles sobre lo que cada individuo espera de sí mismo y de los demás), sobregeneralización (creencia de que si algo ha ocurrido alguna vez, podrá volver a ocurrir otras tantas), negación (tendencia a negar reiteradamente los problemas, errores o debilidades), pensamiento dicotómico (tendencia a clasificar las experiencias en categorías que pueden llegar a ser opuestas o extremas, obviando los valores y hechos intermedios), etiquetas globales (Se etiqueta a los sujetos con uno o dos rasgos de su personalidad), personalización (Cuando se muestra preocupación por lo que las personas hacen, dicen o pretenden realizar), razonamiento emocional (busca interpretar el estado de ánimo de manera objetiva), lectura de pensamiento (se cree saber lo que piensan las personas que le rodean), abstracción selectiva (solo atender a cuestiones negativas de las personas, obviando el resto) o sesgo confirmatorio (sesgo en los recuerdos y percepciones que buscan justificar ideas preconcebidas). La sintomatología de ansiedad también se manifiesta en el campo emocional, con sensaciones displacenteras de disforia, nerviosismo, agitación o falta de concentración²³.

Hay que añadir, además, que todo el sufrimiento y la reducción de la calidad de vida que conlleva la ansiedad afecta negativamente al estado de ánimo. Esto puede suponer la aparición de trastornos mentales asociados entre los que destaca la depresión. La ansiedad y la depresión se presentan en comorbilidad con una elevada frecuencia. Más de la mitad de los pacientes ansiosos presentan depresión y viceversa. De igual manera, las relaciones interpersonales laborales, sociales o familiares, resultan afectadas gravemente a causa de los cambios producidos por la ansiedad o el estrés²³.

La ansiedad presente en niños y adolescentes está relacionada de manera directa con una disminución brusca de su rendimiento académico, así como de su capacidad de atención y de concentración. En niños de corta edad puede suponer un déficit en el desarrollo del lenguaje o un aprendizaje deficiente en las bases de áreas de estudio que tendrá que desarrollar más adelante en su vida, generándose un círculo vicioso. De igual manera, las relaciones sociales entre los niños en edad escolar también se ven fuertemente afectadas por esto, lo cual puede desembocar en problemas de adaptación y conductas de riesgo.

Cuando la ansiedad se presenta de forma intensa o desproporcionada, se convierte en un trastorno. Muchos de ellos son ampliamente conocidos por la población general y relativamente

frecuentes tales como las fobias simples. Otros sin embargo son altamente incapacitantes y pueden condicionar por completo la vida de la persona que los padece, tales como los trastornos de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada^{1,22}.

Evaluación de la ansiedad

La ansiedad es una parte fundamental de nuestra naturaleza y tiene una función adaptativa. El hecho de experimentar ansiedad en determinadas situaciones conlleva un aumento en nuestro rendimiento, de hecho, percibir niveles elevados de ansiedad puede ser normal, dependiendo de las demandas a las que estemos expuestos en ese determinado momento²³.

El problema con la ansiedad comienza cuando se establece un círculo vicioso entre la ansiedad y las conductas de evitación. Cuando una persona percibe una amenaza, sea del tipo que sea (física, social, económica o laboral), se genera la respuesta de ansiedad. La persona asocia entonces esa sensación displacentera a la amenaza percibida e intenta evitarla en el futuro. Esto funciona a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo se está reforzando la evitación como primera conducta para la reducción de la ansiedad, lo cual resulta en la anulación de la persona y en la limitación de actividades valiosas y significativas (relaciones sociales, trabajo, ocio o estudio)²⁴.

En un mundo estresante como en el que vivimos, los niveles de ansiedad de las personas pueden verse elevados hasta superar su capacidad de autorregulación, lo cual puede llevar a algunas personas a experimentar ataques de pánico²³. Sin llegar a un trastorno de ansiedad clínico, las personas pueden sufrir inmensamente cuando se ven sometidas a altos niveles de estrés o ansiedad. También se puede desarrollar ansiedad anticipatoria, lo que es comúnmente descrito como un miedo al miedo, siendo el miedo un ataque de pánico sufrido con anterioridad. Suele conducir a conductas de evitación²³. La valoración de la ansiedad mediante el triple sistema de respuesta es una herramienta fundamental de detección de la ansiedad como síntoma general y como problema potencial.

De acuerdo con el triple sistema de respuesta, se puede evaluar la ansiedad como síntoma individual atendiendo a las alteraciones que tienen lugar en los tres planos descritos: fisiológico, motor y cognitivo. La respuesta fisiológica es un conjunto de alteraciones a nivel físico. Pueden darse cambios en las constantes vitales, aparición de somatizaciones o cambios en el funcionamiento de los llamados “órganos diana” de la ansiedad. A nivel motor puede evaluarse de manera visible el grado de inquietud o tensión que se observa, así como la actitud percibida y el lenguaje corporal. Cuando la persona manifiesta tener pensamientos de carácter intrusivo con características propias de las manifestaciones de la ansiedad, se puede observar la respuesta cognitiva²³.

Cada uno de los trastornos de ansiedad que se conocen tiene una forma subclínica que no cumple los criterios diagnósticos establecidos para un trastorno de ansiedad clínico. Sin embargo, pueden interferir de igual manera en el funcionamiento normal de las personas, causándoles gran sufrimiento y provocando secuelas físicas, sociales, laborales²³.

Se puede decir que la ansiedad se convierte en un problema cuando sobrepasa la capacidad adaptativa de la persona que la padece, ya sea por intensidad (como en el trastorno de pánico) o por duración (como en el trastorno de ansiedad generalizada). También puede acarrear

consecuencias de otra índole tales como el aislamiento social (en el trastorno de ansiedad social) o la incapacidad de salir del domicilio (como en la agorafobia). Al margen de los sentimientos y consecuencias de la ansiedad, proporcionan aún más problemas añadidos²⁵.

El primer paso para la evaluación de la ansiedad es una correcta anamnesis a través de la entrevista clínica. El primer objetivo es tratar de diferenciar si la ansiedad es una condición de entidad suficiente como para recibir atención o no. Habitualmente, si la consulta se produce en un entorno médico, se realizan pruebas para descartar que la ansiedad responda a causas orgánicas. Descartada la organicidad, es el momento de evaluar la ansiedad desde un punto de vista psicológico. A tal fin se utilizan instrumentos como la escala de ansiedad-depresión de Goldberg (Ver fig. 1), la escala de ansiedad de Hamilton (Ver fig. 2) o la escala de ansiedad y depresión hospitalaria o HAD (Ver fig. 3)¹.

La escala STAI permite evaluar la ansiedad subdividiendo dos conceptos independientes: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. La ansiedad como estado se define como un estado emocional transitorio, caracterizado por elementos subjetivos de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, percibidos de forma consciente. La ansiedad como rasgo señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones amenazadoras²⁷.

La entrevista clínica, además de recabar información tiene por objeto reducir la sensación de aislamiento social es los pacientes y promover su autoconfianza. Además, utilizando la escucha activa y la validación de los sentimientos e ideas del paciente, se favorece la expresión de emociones, lo cual posibilita reconfortarlo y se refuerza su autonomía¹.

La ansiedad debe entenderse de tres formas, como síntoma, como síndrome inespecífico o como síndrome específico. Entendida como síndrome específico el DSM-5 establece un total de 12 trastornos de ansiedad diferentes. A modo de ejemplo, se reflejan aquí los criterios diagnósticos para algunos de ellos²⁶.

- *Trastorno de ansiedad social o fobia social:*
 - Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
 - Miedo a actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.
 - Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
 - Las actuaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad.
 - Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
 - El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
 - El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.
 - El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
 - El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.
 - Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

- Trastorno de pánico:

-Ataques de pánico imprevistos recurrentes en los que se producen, al menos 4 de los siguientes síntomas:

- i. Palpitaciones.
- ii. Sudoración.
- iii. Temblores.
- iv. Sensación de asfixia.
- v. Sensación de ahogo.
- vi. Dolor torácico.
- vii. Náuseas o malestar abdominal.
- viii. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- ix. Escalofríos o sensación de calor.
- x. Parestesias
- xi. Desrealización o despersonalización
- xii. Miedo a perder el control o a “volverse loco”
- xiii. Miedo a morir.

-Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

- i. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o sus consecuencias.
- ii. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques.

-La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

-La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

- Trastorno de ansiedad generalizada:

-Ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses.

-Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

-La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

- i. Inquietud o sensación de estar atrapado
- ii. Fácilmente fatigado
- iii. Dificultad para concentrarse
- iv. Irritabilidad
- v. Tensión muscular
- vi. Problemas de sueño

-La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

-La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

-La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de la una sustancia.

Tratamiento de la ansiedad

La ansiedad, al estar presente en forma de síntoma en todas las personas, es un factor que no puede ser eliminado. La conducta adecuada pasa por la aceptación y el manejo adecuado. El primer paso para una buena gestión de la ansiedad es su prevención. Realizar ejercicio de manera regular, así como llevar una vida sana con una adecuada higiene del sueño, dieta equilibrada y sin ningún consumo de riesgo de ningún tóxico (alcohol, tabaco, drogas) contribuye a una menor aparición de ansiedad. De igual manera, disminuir los factores estresores que estén dentro del control de la persona (relaciones sociales nocivas, ruidos, ambientes que provoquen angustia etc.) ayudará a prevenirla²³.

Otro factor clave en la prevención de la ansiedad es la inteligencia emocional. Es la habilidad para mejorar los sentimientos y las emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones. Dicho de otra manera, es la capacidad para reconocer los propios sentimientos y poder dominarlos o evitar que te dominen. Un desarrollo personal que proporcione un nivel adecuado de inteligencia emocional ayudara a disminuir la respuesta ansiosa y a gestionarla de manera correcta. Esto también ayuda a disminuir la ansiedad en las personas del entorno ya que una adecuada inteligencia emocional permite distinguir mejor los sentimientos de otras personas. Esto, junto con unas habilidades de comunicación efectivas, constituye un pilar indispensable en la gestión de la ansiedad²³.

Terapia no farmacológica.

Cuando la ansiedad se da como síntoma en una persona que se encuentra en un entorno sanitario, los profesionales tienen la capacidad de influir en el entorno además de hacerlo en el paciente. Es recomendable en estos casos eliminar todos los factores estresores, sean sustancias estimulantes, ruidos, exceso de aforo o cualquier elemento que pueda causar confusión o contribuir a la sensación de angustia. Los profesionales tienen que adoptar una actitud serena, calmada, ofrecer apoyo emocional y aportar seguridad²³.

Para un buen control de la ansiedad cuando esta se presenta como síntoma, existen una serie de técnicas y ejercicios tales como el control de la respiración o la meditación mindfulness. Los ejercicios de relajación mediante la respiración consisten en adoptar una respiración profunda, fluida, diafragmática y no forzada, estableciendo una breve pausa entre inspiración y exhalación²³. La meditación mindfulness se centra en mantener la atención en el momento actual, utilizando técnicas de respiración muy parecidas a la relajación como ancla para fijar la concentración y evitar que la mente divague. La práctica del mindfulness de manera habitual tiene numerosos beneficios para la gestión del estrés y su prevención, así como un aumento de la capacidad de concentración y agilidad mental.

La relación terapéutica entre un profesional y su paciente es considerada una terapia en sí misma, cuando el profesional hace uso del buen arte de la entrevista clínica, el profesional construye una relación desde la escucha activa y valida los sentimientos e ideas de la persona. Favorece la expresión de emociones y desde ahí reconforta, informa y refuerza la autonomía del paciente²⁵.

Cuando la ansiedad se empieza a convertir en un problema, sea subclínico o como trastorno manifiesto, la primera línea de tratamiento consiste en el tratamiento psicológico o psicoterapia. Dentro de la terapia psicológica, la que más destaca para el tratamiento de la ansiedad es la terapia cognitivo-conductual.

-Terapia cognitivo-conductual.

Bajo este término se agrupa un conjunto de terapias de conducta y terapias cognitivas. Las terapias de conducta consideran que los síntomas son un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad corregirlos. Por otro lado, las terapias cognitivas atribuyen la causa de la sintomatología a una distorsión de procesos afectivos y cognitivos. Su objetivo es el análisis y la relación de estos procesos con los síntomas y el establecimiento de técnicas adaptativas de respuesta.

En la terapia cognitivo-conductual (TCC) se usa un abanico de técnicas y diferentes abordajes a la sintomatología del paciente para manejarla adecuadamente, enseñando recursos de gestión del estrés, relajación, terapias de exposición o resolución de problemas²⁵.

Las técnicas de tipo conductual se agrupan comúnmente en:

- Técnicas de relajación
- Técnicas de exposición
- Técnicas de autocontrol
- Entrenamiento en habilidades sociales

Las técnicas de tipo cognitivo habitualmente se agrupan en:

- Auto instrucciones
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad
- Distracción cognitiva y detención del pensamiento
- Técnicas de resolución de problemas
- Reestructuración cognitiva.

Según numerosas guías de práctica clínica²⁵, la TCC es considerada como el tratamiento de elección frente al trastorno de ansiedad generalizada y para el trastorno de angustia. También se ha descrito una similar eficacia a corto plazo entre TCC y terapia farmacológica. A largo plazo, los beneficios del tratamiento son mantenidos en la TCC.

-Terapia psicodinámica.

Se trata del conjunto de terapias que han derivado de los estudios de Sigmund Freud y el psicoanálisis. Esta clase de terapias psicológicas se centran en averiguar el origen del conflicto que está teniendo lugar en el individuo e integrar estos conocimientos para poder tener un mejor funcionamiento. Se da mucha importancia al análisis de las experiencias tempranas o a las motivaciones inconscientes. En la actualidad, la terapia psicodinámica ha incorporado elementos de las terapias cognitivo-conductuales dado que son estas las que más efectividad y eficiencia presentan en el campo de la ansiedad^{24,25}.

Terapia farmacológica.

Las dos familias de fármacos más usados para el tratamiento de la ansiedad son los antidepresivos y las benzodiazepinas.

-Antidepresivos:

Numerosos estudios demuestran la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de trastornos de ansiedad. No existe sin embargo una diferencia de eficacia comparativa entre los antidepresivos tricíclicos clásicos y las versiones más modernas de los mismos (ISRS).

Los fármacos antidepresivos tienen una serie de efectos adversos, algunos de los cuales disminuyen con su administración a largo plazo (más de 6 meses) sin llegar a desaparecer definitivamente. Algunos de ellos son sedación, mareos, náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, caídas y disfunción sexual. A su vez, cuando la terapia antidepresiva es interrumpida dentro del intervalo del primer año, existe entre un 20% y 40% de posibilidades de recaída. Por ello el tratamiento a largo plazo es necesario en la mayoría de los casos. Si la terapia con ISRS es interrumpida en cualquier momento de forma brusca, esta se asocia a efectos adversos tales como insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargia o anorexia. También están contraindicados en caso de embarazo. La utilización de antidepresivos está considerada por múltiples guías clínicas como tratamiento de elección para trastorno de ansiedad generalizada y para trastornos de pánico²⁵.

-Benzodiazepinas:

Las benzodiazepinas son fármacos depresores del sistema nervioso central, los cuales tienen una acción gabaérgica (provocan respuestas de relajación física y mental). Han demostrado tener eficacia para hacer frente a la ansiedad como trastorno y como síntoma y representa un tratamiento de segunda línea para trastornos como la ansiedad generalizada²⁵.

La evidencia científica señala que producen un alivio rápido y eficaz de la ansiedad, pero sus efectos son similares al placebo en tratamientos que superan el margen de las 4 o 6 semanas. A esto hay que añadirle los efectos adversos que se presentan con el uso prolongado de estos fármacos entre los que destacan el riesgo de dependencia, tolerancia, sedación y efectos en la retirada en forma de ansiedad de rebote. Otro problema añadido es que estos fármacos solo palian la ansiedad en el plano físico y no tienen ningún efecto en el componente emocional de la ansiedad. Por ello se recomienda su utilización a corto plazo cuando el control de la sintomatología física es lo primordial mientras están en marcha otros tratamientos más eficaces como la terapia con antidepresivos o la TCC²⁵.

Por lo general se opta por un enfoque conservador en lo que a la terapia farmacológica se refiere debido a los efectos secundarios que puedan tener lugar. La ansiedad es multifactorial y algunos de los efectos adversos que provocan estos fármacos pueden llegar a contribuir o reforzar la respuesta ansiosa, así como contribuir a mermar la calidad de vida de la persona que la padece. Sin embargo, la TCC además de efectiva es inocua; en lugar de limitarse a tratar el problema, aporta recursos para la prevención de la ansiedad y refuerza las conductas de afrontamiento y aceptación^{19,20}.

Intervenciones de Enfermería

Los profesionales de enfermería tienen la capacidad autónoma de llevar a cabo una serie de intervenciones para disminuir la ansiedad en sus pacientes, así como darles unas pautas para aumentar su capacidad de autogestión del estrés y la ansiedad enfocadas a su vida diaria²⁵. A modo explicativo se reflejan a continuación algunas de ellas.

- La reestructuración cognitiva es una técnica que consiste en la sustitución de pensamientos irracionales por otros de carácter más racional. Se centra en desarrollar la capacidad de discriminación de cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios.
- La relajación simple, trata de alcanzar un estado de hipoactivación fisiológica que ayude a controlar la ansiedad. Se realiza de manera progresiva y se lleva a cabo mediante el control de la respiración.
- La distracción cognitiva y detección del pensamiento se basa en desviar la atención de la persona, centrándola en estímulos neutros y no amenazantes.
- Las autoinstrucciones consisten en la detección y corrección de las autoverbalizaciones de carácter negativo (*no puedo conseguirlo*) por autoinstrucciones positivas (*puedo hacerlo*).
- La escucha activa se basa en escuchar a la persona con atención plena en su discurso y comunicación no verbal.

Las intervenciones de enfermería también consisten en la administración de la terapia farmacológica prescrita por un facultativo, así como su seguimiento y control de efectos secundarios. Es importante que el profesional informe al paciente de lo que puede sentir cuando este tomando la terapia farmacológica, así como darle instrucciones sobre qué síntomas son normales y lo que puede hacer para paliarlos, y qué síntomas son considerados de alarma y requieren la revisión por parte de un profesional.

8. Discusión

La prevalencia de ansiedad en la población española no ha parado de aumentar con los años, cuando ocurren eventos como la crisis económica o la pandemia de COVID-19 las cifras de ansiedad se incrementan enormemente. Además, una parte de los casos no llegan a formar parte de las estadísticas. Si miramos las cifras de consumo de fármacos, particularmente a las de consumo de ansiolíticos, vemos que se incrementan a la par que la ansiedad. El caso de la ansiedad constituye un ejemplo perfecto de la hipermedicalización de nuestra sociedad. La primera respuesta que está instaurada en la población y en las recomendaciones de la mayoría de los profesionales es la medicación. Frente a cualquier pequeño dolor, mareo, incluso hasta sensación de cansancio excesivo, la primera respuesta en la mayoría de los casos es la medicación. Cuando el problema tiene que ver con la psicología o con la salud mental o emocional de las personas, la primera respuesta que se tiene no es diferente al resto de problemas.

Con demasiada frecuencia la ansiedad es combatida mediante la prescripción de ansiolíticos. Si bien los ansiolíticos eliminan de manera rápida la sensación displacentera que acompaña a la

ansiedad, también dejan sin resolver la causa precipitante de la misma, de manera que es susceptible de volver a aparecer en cualquier momento. Por si fuera poco, el consumo de ansiolíticos lleva consigo el fenómeno de tolerancia, por lo que las personas que los consumen con frecuencia necesitan cada vez más dosis para lograr el mismo efecto. De igual manera, los fármacos ansiolíticos crean dependencia, lo que significa que cuando se cese el consumo aparecerá el síndrome de abstinencia que acarreará consigo elevados niveles de ansiedad.

Las personas que consumen ansiolíticos de manera frecuente están sometidas a un refuerzo negativo continuado, eliminando de una forma rápida el estímulo aversivo que representa la ansiedad. Esto provoca que no se adapten a la presencia de la ansiedad como parte habitual de la vida, viviéndola de manera más intensa cuando se presenta y no pueden consumir el fármaco. Los fármacos que en un principio se toman para evitar la ansiedad, acaban cronificándola.

La primera línea de tratamiento para casos tanto leves como graves de ansiedad es la TCC, dejando la terapia farmacológica para los casos que necesiten de complementación y para cuando el control de síntomas sea algo crucial. Aunque la eficacia de la terapia farmacológica pueda ser en algunos escenarios similar a la TCC, ésta conlleva una batería de efectos secundarios que no se dan con la TCC. Estos efectos secundarios, además de disminuir la calidad de vida, reactivan la respuesta de ansiedad y algunos de ellos pueden interferir con aspectos importantes de la vida, tales como la vida sexual o la vida social.

Como norma general, las recomendaciones reflejadas en las guías de práctica clínica no se cumplen. La realidad es que a cualquier persona que acuda al servicio de salud con un problema de ansiedad, el tratamiento que se le administre sea, con mayor probabilidad, una prescripción de benzodiazepinas o antidepresivos junto con unas breves indicaciones de cómo usarlo. Las personas que puedan pagárselo tienen la posibilidad de acudir a una consulta privada con un psicólogo que les trate, y las que no puedan se verán obligadas a aceptar la terapia farmacológica mientras esperan un tiempo excesivo para que les pueda atender un psicólogo del sistema sanitario.

A modo de resumen, la ansiedad es un problema relevante y en crecimiento en nuestra sociedad, y al igual que en otros problemas de salud mental, no existen los recursos para hacerle frente de forma correcta. No se destinan los recursos necesarios para que las personas que lo necesitan tengan una asistencia rápida con TCC y no se entrena a los profesionales sanitarios a manejar la ansiedad como síntoma.

9. Conclusiones

La ansiedad es una sensación de agitación displacentera que, experimentada de forma crónica, causa daños en el organismo a todos los niveles, provoca sufrimiento y empeora la calidad de vida de quien la padece. El estado de ánimo se ve afectado y pueden surgir comorbilidades con otros problemas de salud mental, el más común es la depresión. La ansiedad puede llegar a convertirse en un trastorno específico.

La evaluación de la ansiedad se lleva a cabo mediante escalas estandarizadas como la STAI, la escala de ansiedad-depresión de Goldberg, la escala de ansiedad de Hamilton o la HAD. La

valoración de la sintomatología de acuerdo con las alteraciones en el triple sistema de respuesta y la entrevista clínica combinada con la relación terapéutica.

Los profesionales de enfermería pueden reducir la ansiedad de forma autónoma aplicando técnicas cognitivas y conductuales basadas en la evidencia, así como administrando el tratamiento farmacológico prescrito. Las autoninstrucciones, la relajación simple, la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento o la escucha activa son algunas de ellas.

10. Agradecimientos

A David González Pando por su esfuerzo como tutor de este trabajo, a la facultad de Enfermería de Gijón y a mi familia por su apoyo.

11. Bibliografía

- 1) Quiroga L, Espiñeira M, González J. Guías clínicas: Trastornos de la ansiedad, Fistera (internet) Fecha última revisión 10/06/2020, (consultado 3 Feb. 2021) Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad/#top>
- 2) NANDA. "00146, Ansiedad, Definición de la etiqueta NANDA". (internet) Consultado 15 Feb.2021. Disponible en: <https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=146>
- 3) American Psychological Association (APA). Topics, Anxiety. (internet). Consultado 15 Feb. 2021. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- 4) Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, Cattano D. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anesthesiol.* 2018 Nov;84(11). Disponible en: doi 10.23736/S0375-9393.18.12520-X.
- 5) Che YJ, Gao YL, Jing J, Kuang Y, Zhang M. Effects of an Informational Video About Anesthesia on Pre- and Post-Elective Cesarean Section Anxiety and Recovery: A Randomized Controlled Trial. *MedSciMonit.* 2020 Apr 8. Disponible en: doi 10.12659/MSM.920428.
- 6) Tyser AR, Gaffney CJ, Zhang C, Presson AP. The Association of Patient Satisfaction with Pain, Anxiety, and Self-Reported Physical Function. *J Bone Joint Surg Am.* 2018 Nov 7. Disponible en: doi 10.2106/JBJS.17.00372.
- 7) Becker HC. Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. *Neuropharmacology.* 2017 Aug 1. Disponible en: doi 10.1016/j.neuropharm.2017.04.028..
- 8) Matar Boumosleh J, Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students- A cross sectional study. *PLoSOne.* 2017 Aug 4. Disponible en: doi 10.1371/journal.pone.0182239.
- 9) Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Nota técnica, encuesta nacional de salud España 2017. *Salud mental.* (Internet). Publicado 26 Junio 2018. Consultado 09/ Mar. 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- 10) Nicolini H. "Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19". *Cirugía y cirujanos.* (internet) (publicado 27/5/2020, Consultado 27/01/2021). 88(5). Disponible en: https://cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=354
- 11) El-Hage W, Hingray C, Lemogne C. Les professionnels de santéface à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pourleursanté mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *Encephale.* 2020 Jun. Disponible en: doi 10.1016/j.encep.2020.04.008.

- 12) Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. "Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012" (internet). Publicado 27/01/2014 (consultado 5 Feb. 2021) Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf
- 13) Ministerio de sanidad. "Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2010-2019". (internet) (Consultado 5 Feb. 2021) Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos-espana-2010-2018/>
- 14) Instituto nacional de estadística. Asistencia sanitaria, cifras absolutas, consumo de medicamentos. "Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas según sexo y país de nacimiento". (internet) (Consultado 5 Feb. 2021) Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p02/&file=07010.px#!tabla>
- 15) Virues R. "Estudio sobre la ansiedad". Revista Psicologiacientífica.com. (internet). Consultado 27/03/2021. Publicado 25 Mayo 2005. Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- 16) Clínica de la Ansiedad. "Ansiedad y estrés". Clinicadeansiedad.com. Consultado 30/03/2021. (internet). Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-estres/>
- 17) American Psychological Association (APA). "Stress effects on the body". Psychology, topics, stress. (Internet) Publicado 01 Noviembre 2018. Consultado 1/04/2021. (internet). Disponible en: <https://www.apa.org/topics/stress/body>
- 18) Delgado A. Revista DGT. "Fármacos y conducción, una peligrosa combinación". Publicado 08/02/2019. Consultado 20/04/2021. (internet). Disponible en: <https://revista.dgt.es/es/noticias/nacional/2019/02FEBRERO/0208medicamentos.shtml>
- 19) Watts E., Turnell A, Kladnitski N. "Treatment as usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression." Journal of Affective Disorders. (internet) 2015 (consultado en abril 2021). 175 (152-167). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714008118>
- 20) OruetaR, Santos C, González E. Medicalización de la vida (I). Rev Clin MedFam [Internet]. 2011 jun [citado 2021 Abr 22] ; 4(2): 150-161. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011
- 21) Ruíz-Rodríguez P, Cano-Vindel A, Muñoz R. "Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica". Ansiedad y estrés (internet). Publicado Julio- diciembre 2017 (Consultado 12/04/2021). 23 (2-3). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-impacto-economico-carga-trastornos-mentales->

[S1134793717300635#:~:text=De%20acuerdo%20con%20los%20datos,euros%20per%20c%C3%A1pita%20y%20a%C3%B1o.](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/ansiedad-generalizada/#35559)

- 22) ÁlvarezM, Triñanes Y. Guías clínicas: Trastorno de ansiedad generalizada. Fisterra (internet). Revisado 01/04/2021. Consultado 03/05/2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/ansiedad-generalizada/#35559>
- 23) Megías-Lizancos F, Castro-Molina F. En: Difusión Avances de Enfermería, editor. Manejo del estrés en profesionales sanitarios. Primera edición, 2018. Ediciones DAE (grupo paradigma). P48-70.
- 24) Andrews G, Bell C, Boyce P. “Royal Australian and New Zeland college of psychiatrics clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalized anxiety disorder”. Publicado 2018. Consultado 11/11/2021. Disponible en: https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/anxiety-cpg.aspx
- 25) Consejería de sanidad y consumo de la comunidad de Madrid. “Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria”. Publicado 2008. Consultado 15/11/2021.
- 26) American psychiatric association. “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V”. American psychiatric publishing. London, Washington DC. 2014.
- 27) C.D. Spielberger, R. L. gorsuch, R. E. Lushene. “STAI cuestionario de ansiedad estado-rasgo”. 9ª edición. Publicado en Madrid año 2015. TEA ediciones.

12. Anexo

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre

Fecha

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

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

Fig.1. Escala de ansiedad de Hamilton.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fig. 2. Escala de ansiedad- depresión de Goldberg

HADA $\alpha=.80$ HADD $\alpha=.85$	Subescala HADA	Subescala HADD
1. Me siento tenso/a o nervioso/a	.530	
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre		.674
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	.501	
4. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas		.669
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones	.517	
6. Me siento alegre		.595
7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente	.525	
8. Me siento lento/a y torpe		.449
9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos en el estómago"	.562	
10. He perdido el interés por mi aspecto personal		.557
11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme	.450	
12. Tengo ilusión por las cosas		.784
13. de repente experimento sensaciones de gran angustia o temor	.632	
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de TV		.594

Fig. 3. Escala HAD