

# Terapéutica de los trastornos de ansiedad y del sueño

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción universal que se considera normal como respuesta del organismo al estrés. Se caracteriza por un estado de hiperalerta, cambios físicos y activación adrenérgica. Se considera patológica cuando no existe un estímulo desencadenante proporcional, y cuando genera gran malestar en la persona.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada.

La **síntomatología** de los trastornos de ansiedad es muy diversa y la podemos dividir en dos grandes grupos:

- **Signos somáticos:** consisten en temblor, contracciones, agitación, dolor de espalda, cefalea, tensión muscular, disnea, hiperventilación, fatigabilidad, respuesta de sobresalto, hiperactividad vegetativa (rubefacción y palidez, taquicardia, palpitaciones, sudación, manos frías, diarrea y sequedad de boca), parestesias y disfagia.
- **Síntomas psicológicos:** sensación de terror, dificultades de concentración, hipervigilancia, insomnio, disminución de la libido, "nudo en la garganta", molestias gástricas o sensación de muerte inminente.

Distintas investigaciones han mostrado que existen **factores de riesgo** para los trastornos de ansiedad tanto **genéticos** como **ambientales**. Se considera que en el origen de los trastornos de ansiedad participan **múltiples factores**, cuya combinación desencadena la enfermedad.

El **tratamiento** puede incluir farmacoterapia, psicoterapia o incluso otras modalidades de terapia, pudiendo emplearse tanto solas como combinadas. El objetivo del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico es reducir la ansiedad de una manera eficaz.

1. **Trastornos de ansiedad generalizada (TAG):** se define como una si-

tuación de ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) desproporcionada ante una serie de acontecimientos que se produce durante un mínimo de 6 meses. El individuo presenta dificultades para controlar la preocupación. Los pacientes experimentan inquietud, facilidad para fatigarse, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular y problemas del sueño.

- **Farmacoterapia:** Los grupos farmacológicos más comúnmente empleados en el tratamiento del TAG son:

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** sertralina es el fármaco recomendado por las guías NICE. Otros fármacos del grupo empleados son paroxetina y escitalopram.
- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):** venlafaxina y duloxetine.
- **Otros antidepresivos:** clomipramina, imipramina o trazodona. Otros fármacos usados, aunque no autorizados oficialmente con esta indicación, son: mirtazapina, bupropion y vortioxetina.
- **Benzodiazepinas:** son útiles, sobre todo, en las primeras semanas cuando el tratamiento de elección (antidepresivo) aún no ha ejercido su efecto.
- **Pregabalina:** autorizada en el TAG en adultos, como primera línea y como adyuvante.
- **Antipsicóticos atípicos:** quetiapina como segunda y tercera línea. Risperidona, olanzapina y aripiprazol como adyuvantes en casos de TAG resistentes al tratamiento.
- **Hidroxyzina:** aprobado en adultos y en niños. Está contraindicado en pacientes con prolongación del intervalo QT o factores predisponentes y ancianos.
- **Vortioxetina:** en España se ha autorizado únicamente en depresión mayor.

- **Terapias extrafarmacológicas:** entre las terapias no farmacológicas, contamos con el **tratamiento psicológico y/o ejercicio físico**. Algunos estudios sugieren que la **meditación** y el **yoga** podrían ser útiles, como tratamiento coadyuvante, en algunos pacientes.

2. **Trastorno de ansiedad social:** se considera trastorno de ansiedad social el miedo o la ansiedad relacionada con situaciones sociales en las que la persona está expuesta a otras. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. Debido a esto, se intenta evitar cualquier situación social. Este miedo es persistente y dura más de 6 meses.

- **Farmacoterapia:** como primera opción de tratamiento se recomiendan los ISRS. Si no hubiera respuesta a ISRS o existiera mala tolerabilidad, se ofrecería como alternativa otro ISRS o un IRSN. Las benzodiazepinas se usan ampliamente en casos de **trastorno de ansiedad social de exposición** (clonazepam, bromazepam y alprazolam). Para esta situación también se han empleado betabloqueantes (propranolol). Los anticonvulsivos como la gabapentina se recomiendan como tratamiento de segunda línea.

- **Terapias extrafarmacológicas:** la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** es considerada el *gold standard* del tratamiento no farmacológico del trastorno de ansiedad social. Se basa en la reestructuración y cambio de pensamientos desadaptativos, con terapia de exposición. La **terapia basada en mindfulness** también ha sido asociada con mejoras en los síntomas.

3. **El trastorno de pánico y la agorafobia:** el **trastorno de pánico** se caracteriza por crisis de pánico imprevistas, recurrentes, definidas como oleadas abruptas de miedo intenso o incomodidad intensa. Al menos, una de las crisis debe haber sido posterior a un mes o más de inquietud continua acerca de otros ataques de pánico o sus consecuencias, o un cambio desadaptativo del comportamiento encaminado a evitar nuevos ataques (evitar ciertas situaciones). Por su parte, la **agorafobia** es el miedo o ansiedad intensa que aparece durante más de 6 meses en relación a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas: transportes públicos, lugares abiertos, hacer colas, estar en medio de una multitud y/o estar solo fuera de casa. El individuo suele generar una evitación activa de los desencadenantes, se requiere la presencia

de un acompañante o se afrontan a costa de un intenso sufrimiento.

- **Farmacoterapia:** según las guías NICE, las benzodiazepinas no están recomendadas, aunque son útiles al inicio del tratamiento. Tampoco es recomendable la administración de antihistamínicos o antipsicóticos. Los antidepresivos –ISRS y antidepresivos tricíclicos (ADT)– suponen la única intervención farmacológica eficaz a largo plazo.

- **Terapias extrafarmacológicas:** La **psicoterapia** mediante TCC ha sido ampliamente estudiada para el tratamiento del trastorno de pánico. Para el tratamiento de la agorafobia, los mejores resultados se obtienen de la combinación de técnicas y del trabajo en casa, junto con seguimiento intensivo. Como terapias alternativas se han realizado estudios de **entrenamiento respiratorio y ejercicio aeróbico** que parece reducir la ansiedad y la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico.

4. **Trastornos de ansiedad más prevalentes en la infancia:** los trastornos con un inicio más temprano son el trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas (de 7 a 14 años). Es primordial su diagnóstico y tratamiento temprano, ya que puede suponer un impacto sustancial a largo plazo, predisponiendo a los niños a un alto riesgo de trastorno depresivo mayor (TDM), a otros trastornos de ansiedad o al consumo de sustancias en la edad adulta.

- **Trastorno de ansiedad por separación:** se considera como tal el miedo o la ansiedad intensa y persistente relacionado con la separación de una persona con la que se tiene un vínculo estrecho. La persona experimenta malestar excesivo cuando prevé la separación, preocupación excesiva de que sus figuras de apego puedan sufrir un daño, rechazo a salir para no alejarse de casa por miedo a la separación, pesadillas repetitivas en relación a la separación o quejas de síntomas físicos cuando se prevé la separación. Esta sintomatología debe estar presente durante un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes. Es el trastorno de ansiedad más prevalente entre la población de niños menores de 12 años.

- **Farmacoterapia:** se recomienda un tratamiento multifactorial que incluya terapias farmacológicas y no farmacológicas. Los ISRS (fluoxetina y fluvoxamina) se recomiendan

como primera línea de tratamiento. No se recomiendan benzodiazepinas.

- **Terapias extrafarmacológicas:** la TCC es eficaz en el tratamiento de esta patología; no obstante, la combinación de sertralina con TCC parece más eficaz que ambas monoterapias por separado.

- **Mutismo selectivo:** es la incapacidad persistente para hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe realizarse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (normalmente en casa y ante familiares inmediatos). Esta alteración interfiere con el rendimiento escolar o la comunicación social. Debe durar como mínimo un mes. Es una enfermedad relativamente infrecuente.

- **Farmacoterapia:** la evidencia científica plantea utilizar tratamientos no farmacológicos.

- **Fobias específicas:** consisten en la aparición de miedo o ansiedad intensa y persistente por un objeto o situación concreta. Se desarrollan conductas de evitación del objeto o situación temida o se soportan a costa de un intenso miedo o ansiedad. Este miedo es desproporcionado al peligro real que suponen. Estos síntomas deben persistir durante más de 6 meses.

- **Farmacoterapia:** hay un papel mínimo para la farmacoterapia en el tratamiento.

- **Terapias extrafarmacológicas:** los tratamientos basados en la exposición son los tratamientos de elección y están asociados a altas tasas de éxito.

5. **Trastornos obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno por estrés post-traumático (TEPT):** el **trastorno obsesivo compulsivo** se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones son pensamientos recurrentes e intrusivos que producen ansiedad, y que se intentan neutralizar con otro pensamiento o acción-compulsión. Las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a una obsesión. Todo ello consume tiempo, más de una hora al día, o es causa de una angustia significativa. Por su parte, el **trastorno por estrés posttraumático** se produce cuando la persona ha sufrido una experiencia cercana a la muerte, lesión grave o violación sexual de manera directa, en una persona cercana o ha estado expuesta a los detalles del

trauma. Se presenta con síntomas de intrusión en forma de recuerdos perturbadores recurrentes, involuntarios e intrusivos, y sueños angustiantes. Se produce una evitación de los recordatorios externos. Pueden llegar a presentar alteraciones cognitivas. La duración de la sintomatología es mayor a un mes y los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro del funcionamiento.

- **Farmacoterapia:** en el tratamiento del TOC, se recomienda el uso de clomipramina e ISRS, los cuales han demostrado ampliamente su eficacia. Si el tratamiento farmacológico es eficaz, debe administrarse durante un periodo mínimo de 1 a 2 años una vez alcanzada la remisión. El tratamiento farmacológico del TEPT es efectivo a corto plazo, existiendo una mayor evidencia de eficacia para los ISRS y venlafaxina. Se pueden emplear otros antidepresivos, como trazodona o mirtazapina, si predomina el insomnio.

- **Terapias extrafarmacológicas:** en el abordaje psicológico del TOC, la TCC ha demostrado un efecto beneficioso. Otras técnicas sugeridas de las que son necesarios más estudios son: la **estimulación magnética transcraneal (EMTr)** y las **intervenciones quirúrgicas** (capsulotomía, cingulotomía) que podrían reducir los síntomas en casos excepcionales. En el abordaje psicológico del TEPT, las terapias se basan en la educación sobre el trastorno y su tratamiento y a la exposición de señales que remeden al hecho traumático. Se ha descrito la eficacia de las técnicas de la TCC. En pacientes con TEPT refractaria, algunos estudios sugieren que podría ser útil la **terapia electroconvulsiva (TEC)**.

## TRASTORNOS DEL SUEÑO

1. **Trastorno de insomnio:** el insomnio se define como una dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad, que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo, acompañándose de un nivel significativo de malestar o deterioro de varias áreas de la vida del individuo.

- **Terapéutica del insomnio:** Las primeras medidas para el tratamiento del insomnio consisten en **terapias no farmacológicas**. En

el **tratamiento farmacológico** se deben tener en cuenta la duración del trastorno y el tipo.

## 2. Otros trastornos del sueño

- **Narcolepsia**: se caracteriza por ataques de sueño diurnos irresistibles de corta duración (menos de 15 minutos). Asimismo, pueden presentar cataplejía, que se caracteriza por una pérdida súbita del tono muscular, parálisis del sueño o alucinaciones al despertar o al dormirse. Es una enfermedad rara y puede presentarse secundariamente a un evento estresante. El **tratamiento farmacológico** se basa en fármacos estimulantes

para el tratamiento de la somnolencia diurna, y en antidepresivos (ADT o ISRS) para el tratamiento de la cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas, ya que disminuyen el sueño REM.

- **Síndrome de las piernas inquietas**: también llamado *síndrome de Willis-Ekbom*, se caracteriza por presentar sensaciones desagradables en los miembros inferiores en reposo, sintiendo la necesidad imperiosa de moverlos, ya que se alivian con el movimiento. Esto genera dificultades en la conciliación del sueño. Las opciones farmacológicas en el tratamiento

del síndrome de piernas inquietas idiopático son: **agentes dopaminérgicos de acción central** (rotigotina, ropinirol), algunos **anticonvulsivantes** (gabapentina, pregabalina y carbamazepina), y ciertos **opioides** (codeína, oxycodona) en casos graves, por su capacidad para estimular la relajación y disminuir el dolor. Los pacientes con síntomas leves o intermitentes pueden encontrar alivio con **benzodiazepinas** (clonazepam, diazepam, etc.), que facilitan un sueño más reparador, pero no alivian los síntomas y pueden causar somnolencia diurna.

## INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES (CENTRO DE ATENCIÓN COLEGIAL)		
<a href="mailto:cac@redfarma.org">cac@redfarma.org</a>	902 460 902 / 91 431 26 89	L-J: 9:00-14:00 h / 16:00-17:30 h / V: 9:00-14:30 h
LÍNEA DIRECTA DEL PNFC <sup>(1)</sup>		
<a href="mailto:pnfc@redfarma.org">pnfc@redfarma.org</a> / <a href="mailto:tutoriafc@redfarma.org">tutoriafc@redfarma.org</a>	91 432 81 02	L-V: 9:00-14:30 h
SECRETARÍA TÉCNICA ADMINISTRATIVA <sup>(2)</sup>		
<a href="mailto:secretariatecnicacgcof@redfarma.org">secretariatecnicacgcof@redfarma.org</a>	91 432 41 00 / Fax 91 432 81 00	L-V: 9:00-14:30 h

<sup>(1)</sup> Consultas sobre contenidos técnico-científicos.

<sup>(2)</sup> Consultas sobre corrección de exámenes y certificados.

## DIRECCIONES DE INTERÉS

CUESTIONARIOS / SUGERENCIAS	Consejo General de Farmacéuticos: c/ Villanueva, 11 - 7.ª 28001 Madrid
SECCIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA EN PORTALFARMA	<a href="http://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada">http://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada</a>
PLATAFORMA DE FORMACIÓN ONLINE	<a href="https://formacion.nodofarma.es">https://formacion.nodofarma.es</a>

## CURSOS

### CALENDARIO PREVISTO DEL PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

Curso*	Plazos de inscripción	Inicio	Cierre
Buenas prácticas de distribución farmacéutica 2ª edición	Cerrado	16/9/19	18/11/19
Vacunación frente al rotavirus 2ª edición	Hasta el 30/9/19	7/10/19	8/11/19
Conceptos generales de vacunas y vacunación del viajero 3ª edición	Hasta el 7/10/19	14/10/19	15/11/19
Vacunación antimeningocócica 3ª edición	Hasta el 21/10/19	28/10/19	29/11/19
Trastornos del aparato digestivo, metabolismo y sistema endocrino	Hasta el 14/10/19	6/11/19	18/5/20
Gestión de los productos de autocuidado en la farmacia comunitaria 2ª edición	Hasta el 5/1/20	15/1/20	16/4/20
Medicamento biológicos: innovadores y biosimilares 3ª edición	Hasta el 7/1/20	13/1/20	13/7/20

\* En todos los cursos del Consejo General se solicita la acreditación oficial a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.