

Javier García-Campayo<sup>1</sup>  
Fernando Caballero<sup>2</sup>  
María Pérez<sup>3</sup>  
Vanessa López<sup>3</sup>

# Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría  
Miguel Servet Hospital y Universidad de Zaragoza, España.  
Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria  
Red de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud  
(REDIAPP) (G06/170)

<sup>2</sup>Departamento de Investigación Clínico-Epidemiológica  
Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria  
Madrid, España

<sup>3</sup>Unidad Médica  
Pfizer España  
Alcobendas (Madrid), España

**Introducción.** El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el trastorno de ansiedad más invalidante, un alto porcentaje de pacientes permanece sin diagnóstico a nivel de atención primaria. El objetivo de este estudio fue determinar las características clínicas de los pacientes recién diagnosticados de TAG.

**Método.** Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, transversal, observacional en los servicios de atención primaria. Los pacientes con TAG fueron diagnosticados según la entrevista psiquiátrica MINI, y fueron incluidos en el estudio si su puntuación en el GAD-7 fue  $\geq 10$ . Los niveles de depresión y ansiedad, y las alteraciones del sueño fueron determinados por el HADS y la escala de sueño MOS, respectivamente. También se recogieron los datos respecto al tratamiento farmacológico y la asistencia a los servicios de salud en los 3 meses previos.

**Resultados.** 2.232 pacientes fueron seleccionados; el promedio en la puntuación en el GAD-7 fue de  $14,1 \pm 2,7$  (la duración del síntoma principal  $32,3 \pm 43,3$  meses). El 96,9% de los pacientes tenía una enfermedad médica comórbida, con un 83,9% de pacientes que sufrían dolor. Las comorbilidades psiquiátricas estuvieron presentes en el 66,4% de los pacientes (ansiedad social 37%, depresión mayor 19,1%). Las puntuaciones en depresión del HADS mostraron un 28,4% y un 55,9% de los pacientes como probables y casos depresivos, respectivamente. El sueño de los pacientes puntuó  $6,2 \pm 1,9$  de promedio en una escala analógica visual de 1 a 10. Sólo el

34,9% de los pacientes estaban siguiendo un tratamiento no farmacológico y el 86,5%, el 69,4% y el 49,7% estaban tratados con benzodiazepinas, antidepresivos y antiepilépticos respectivamente. La media del número de visitas al médico de atención primaria en los 3 meses previos fue de 5.

**Limitaciones.** Diseño transversal; no permite inferir causalidad.

**Palabras clave:** Trastorno de ansiedad generalizada, Atención primaria, Tratamiento, Recursos sanitarios

*Actas Esp Psiquiatr 2012;40(3):105-13*

## Prevalence and Clinical Features of newly diagnosed Generalized Anxiety Disorder patients in Spanish Primary Care Settings: The GADAP study

**Background.** Generalized anxiety disorder (GAD) is the most impairing anxiety disorder, a high percentage of patients remain undiagnosed at the primary care level. The aim of this study was to determine the clinical features of newly diagnosed GAD patients.

**Method:** Multicentre, cross-sectional observational study conducted in primary care settings. GAD patients were diagnosed according to the MINI psychiatric interview, and were included in the study if their score for GAD-7 was  $\geq 10$ . Anxiety and depression levels, and sleep disturbances were determined by HADS and MOS-sleep scales, respectively. Data regarding pharmacological treatment and healthcare resources in the previous 3 months were collected.

Correspondencia:  
Javier García Campayo  
Departamento de Psiquiatría  
Hospital Miguel Servet y Universidad de Zaragoza, España  
Avda Isabel la Católica 1  
50009 Zaragoza, España  
Fax: 34976254006  
Teléfono: 34976253621  
Correo electrónico: jgarcamp@gmail.com

**Results.** 2,232 patients were recruited; average GAD-7 score was  $14.1 \pm 2.7$  (mean symptom duration  $32.3 \pm 43.3$  months). 96.9% of patients had a comorbid medical illness, with 83.9% patients suffering from pain. Psychiatric comorbidities were present in 66.4% of patients (social anxiety 37%, major depression 19.1%). HADS-depression scores rendered 28.4% and 55.9% of patients as probable and depressive cases, respectively. Patients' sleep rated  $6.2 \pm 1.9$  on average in a 1 to 10 visual analogue scale. Only 34.9% of patients were following non-pharmacological treatment and 86.5%, 69.4% and 49.7% were treated with benzodiazepines, antidepressants and antiepileptics, respectively. The mean number of visits to the primary care physician in the previous 3 months was 5 times.

**Limitations.** Cross-sectional design; does not allow to infer causality.

**Keywords:** Generalized anxiety disorder Primary care, Treatment, Healthcare resources

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los trastornos del ánimo más comunes y su síntoma principal es la preocupación patológica. Los criterios diagnósticos para el TAG descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)-IV TR incluyen preocupación excesiva con una duración de al menos 6 meses, asociado con al menos otros tres síntomas entre los siguientes: inquietud o impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración y fatiga<sup>1</sup>. La prevalencia vital del TAG ha sido estimada en alrededor del 6% en los Estados Unidos y del 3% en Europa<sup>2,3</sup>.

Los trastornos de ansiedad y el TAG en particular, son muy frecuentes en el servicio de atención primaria, estimándose su prevalencia anual entre el 3 y el 8%<sup>4-6</sup>. EL TAG se caracteriza también por su alta tasa de comorbilidad; de hecho, los pacientes con TAG tienen un 90% de probabilidades de ser diagnosticados con al menos otro trastorno comórbido a lo largo de su vida<sup>7,8</sup>. Esta alta tasa de comorbilidad hace del manejo del TAG un gran desafío para el médico de atención primaria.

Las tasas de remisión para el TAG son bajas y normalmente se convierte en una enfermedad crónica, que se traduce en una reducción del funcionamiento de estos pacientes<sup>9</sup>. A este respecto, varios estudios han demostrado un funcionamiento social más bajo en pacientes con TAG en comparación con la población general<sup>10</sup> y con pacientes

con condiciones médicas que acarrearán una gran incapacidad, como diabetes o artritis<sup>11,12</sup>. Es más, los pacientes con TAG están entre los usuarios más frecuentes de servicios de salud. En los servicios de atención primaria, se evidenció que el coste anual de atención a los pacientes con TAG ascendía a 970,59 € frente a los 547,69 € consumidos por el grupo control<sup>13</sup>. Además, un estudio europeo estimó el coste por paciente de TAG en 1.804 €, siendo este coste mayor que en cualquier otro trastorno de ansiedad<sup>14</sup>.

El diagnóstico de pacientes con TAG en el nivel de atención primaria es la clave para iniciar un tratamiento apropiado en el inicio del curso de la enfermedad. Sin embargo, más del 50% de los trastornos mentales están infradiagnosticados e infratratados en el nivel de atención primaria<sup>15</sup>. Una razón que explica la alta tasa de infradiagnóstico para el TAG es que en estos casos, el motivo principal de consulta no es la ansiedad sino las quejas somáticas<sup>4</sup>. Como el TAG presenta normalmente comorbilidades médicas y psiquiátricas; el diagnóstico apropiado se retrasa, llevando a tratamientos inadecuados e incrementando los costes<sup>16</sup>. Un mejor conocimiento acerca de los síntomas del paciente con TAG en los servicios de atención primaria permitirá un mejor manejo de estos pacientes y un mejor reparto de los recursos de salud.

El estudio GADAP fue diseñado para examinar la comorbilidad entre el TAG y el dolor en los servicios de atención primaria. Los resultados presentados en este manuscrito provienen del estudio mencionado e ilustra las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con TAG en los servicios de atención primaria españoles. El estudio GADAP recogió datos relacionados con todas las áreas funcionales afectadas por el TAG: las enfermedades médicas y psiquiátricas comórbidas, prevalencia e intensidad del insomnio y síntomas depresivos. Además, nuestro estudio se completó con datos relativos a la utilización de los recursos de salud y la productividad. Los resultados del estudio ayudarán a entender mejor la situación real del paciente con TAG en el servicio de atención primaria, lo que permitirá planificar una formación médica y asignar recursos de una manera más realista.

## MÉTODO

### Diseño del estudio y muestra

Este estudio multicéntrico, transversal, observacional se llevó a cabo en 447 centros españoles de atención primaria entre abril del 2009 y septiembre del 2009. Estos centros fueron seleccionados en las 17 regiones españolas y su presencia en la muestra fue proporcional a la población de cada región. Los centros de salud fueron escogidos en cada provincia por ser representativos de las ciudades principales. El objetivo principal era determinar la comorbilidad entre el TAG y el dolor en el servicio de atención primaria. Los

pacientes fueron seleccionados siguiendo un muestreo estratificado sin reposición. Los pacientes seleccionables eran hombres y mujeres mayores de 18 años con una puntuación en el GAD-7  $\geq 10$ . Los criterios de exclusión incluían el diagnóstico previo de TAG y la incapacidad o dificultad para entender los cuestionarios en español. La recopilación de los datos incluyó: datos demográficos, síntomas actuales del TAG, entrevista MINI<sup>17</sup>, la versión validada en español del GAD-7<sup>18</sup> y las escalas HADS<sup>19</sup>, principal motivo de consulta, calidad del sueño (Escala de sueño de MOS<sup>20</sup>), información sobre enfermedad psiquiátrica y médica, farmacología actual y tratamientos no farmacológicos, utilización de los recursos de salud y productividad.

El estudio fue aprobado por el comité local de ética y fue llevado a cabo según la declaración de Helsinki. Se pidió a los pacientes su consentimiento informado por escrito antes de formar parte del estudio.

Un total de 447 médicos de atención primaria seleccionaron la muestra. Se solicitó a cada investigador participante que tras el comienzo del estudio seleccionaran los 5 primeros pacientes que acudieran a su consulta con quejas de síntomas de ansiedad. Los pacientes que rehusaron ser entrevistados fueron sustituidos por los siguientes pacientes con síntomas de ansiedad. La participación en el estudio no modificó el trato clínico normal de los médicos. El tamaño de la muestra fue calculado teniendo en cuenta el estudio de la variable principal: prevalencia de dolor entre los pacientes con TAG en atención primaria. Se estimó una muestra de 2.250 pacientes evaluables asumiendo una tasa del 30% de datos no evaluables y un intervalo de confianza bilateral de 95% para determinar la prevalencia de los síntomas de dolor con un error estimado  $\leq 2,5\%$ .

## Medidas de resultado funcionales

- *Escala GAD-7*: La escala GAD-7 es una herramienta de *screening* útil para discriminar síntomas del TAG desarrollada por Spitzer<sup>21</sup> y adaptada al español por García-Campayo<sup>18</sup>. Sólo pacientes con una puntuación en el GAD-7  $\geq$  fueron incluidos en el estudio.
- *Escala HADS*: Esta es una escala autoadministrada de 14 ítems para el diagnóstico de ansiedad y depresión, con 2 campos (ansiedad y depresión), puntúa de 0 (lo mejor) a 21 (lo peor), categorizado en 4 grupos de severidad: normal (0-7), depresión ligera (8-10), moderada (11-14) y grave (15-21)<sup>22</sup>, adaptada al español por Herrero<sup>19</sup>.
- *Mini Neuropsychiatric Diagnostic Interview (MINI)*: Se trata de una entrevista diagnóstica breve y estructurada, desarrollada para los trastornos psiquiátricos según el DSM-IV TR y la CIE-10 que puede ser usada por médicos psiquiatras y no psiquiatras<sup>17</sup>. Esta entrevista psiquiátrica fue usada para confirmar diagnósticos psiquiátricos.
- *Inventario breve de dolor- Forma corta (Brief Pain Inventory-Short Form) (BPI-SF)*: Es un instrumento autoadministrado adaptado al español para medir la intensidad del dolor y la interferencia con las actividades diarias. Para nuestro estudio se usaron los 11 ítems de la versión corta. Cada ítem tiene un rango desde 0 (nada de dolor ni interferencia) a 10 (dolor máximo e interferencia completa)<sup>23</sup>.
- *Escala de sueño para estudios de resultados médicos. (MOS-SLEEP)*: La escala MOS-SLEEP evalúa el impacto o la interferencia con el sueño de cualquier enfermedad o tratamiento. Esta escala consiste en 7 subescalas y 2 índices globales. Las 7 subescalas son alteraciones del sueño (4 ítems), ronquidos (1 ítem), despertares sin respiración o con dolor de cabeza (1 ítem), cantidad (1 ítem), sueño óptimo (1 ítem), idoneidad (2 ítems), y somnolencia (3 ítems). Esta escala tiene además un índice de problemas de sueño que oscila desde 0 (ninguna interferencia) a 100 (máxima interferencia posible y una subescala de problemas de sueño). Cada ítem es considerado de forma independiente con la puntuación más alta de interferencia excepto para las escalas de idoneidad del sueño, de cantidad y sueño óptimo<sup>20</sup>. Se preguntó a los pacientes por su sueño en las 24 horas previas en una escala analógica en la cual 0 era la peor calidad del sueño y 10 la mejor.

## Análisis estadístico

Para el análisis estadístico, solo los pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión fueron incluidos. Los estadísticos descriptivos fueron preparados para las variables continuas del estudio. Se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el ajuste de los datos a una distribución gaussiana. Los datos se analizaron con el software estadístico SAS en la versión del 8.2.

## RESULTADOS

### Características del paciente

De los pacientes invitados a participar en el estudio, 41 (2%) rehusaron formar parte de éste. Las características sociodemográficas de los pacientes que renunciaron fueron similares a aquellos que se incluyeron en el estudio. Un total de 1.871 pacientes formaron finalmente parte de la muestra. La media de edad fue de 52,8 años y un 69% de ellos fueron mujeres. Las características demográficas de la muestra del estudio están recogidas en la Tabla 1. La escala GAD-7 es una herramienta diagnóstica desarrollada específicamente para el servicio de atención primaria. La puntuación media observada en este estudio fue de 14,1  $\pm$  2,7, con un 60,1% y un 39,9% de los pacientes que presen-

Tabla 1	Características iniciales de los sujetos
TOTAL	
N	1871
Género (Mujer) (%)	1.298 (69,4%)
Edad (años)	52,8 ± 13,8
Altura (cm)	165,3 ± 8,4
Peso corporal (Kg)	72,6 ± 12,9
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	26,5 ± 4,3
Clasificación IMC (%)	
Normal o infrapeso	689 (36,8%)
Sobrepeso	853 (45,6%)
Obesidad	329 (17,6%)
Ansiedad	
Severa	747 (39,9%)
Moderada	1.124 (60,1%)
Duración sintomatología del TAG (meses)	32,5 ± 43,3
Edad de aparición de la sintomatología (años)	50,3 ± 13,3
Nivel educativo alcanzado (%)	
Sin estudios	112 (6%)
Primaria	722 (38,6%)
Secundaria	335 (17,9%)
Universidad o superior	702 (37,5%)
Estado laboral (%)	
Empleado	876 (46,8%)
Desempleado	138 (7,4%)
Ama de casa	466 (24,9%)
Pensionista	286 (15,3%)
Otro	105 (5,8%)
Estado civil (%)	
Soltero	270 (14,4%)
Casado/ En pareja	1.225 (65,5%)
Divorciado	176 (9,4%)
Viudo	200 (10,7%)

taban ansiedad moderada y severa, respectivamente. Como se describe en la Tabla 1, la duración media del síntoma fue de 32,5 ± 43,3 meses con una edad media de 50,3 ± 13,3 años en el comienzo del síntoma.

Tabla 2	Motivos de consulta para acudir al médico de atención primaria informada por los pacientes del estudio
MOTIVO DE CONSULTA	Nº PACIENTES (%)
Dolor	1.558 (72,9%)
Ansiedad	1.488 (69,6%)
Alteraciones del sueño	1.080 (50,5%)
Depresión	733 (34,3%)
Trastorno gastrointestinal	258 (12,1%)
Trastorno cardiovascular	118 (5,5%)
Diabetes	114 (5,3%)
Trastorno especificado	61 (2,9%)
Asma	44 (2,1%)
Otros trastornos	138 (6,5%)

## Comorbilidad

Se preguntó a los pacientes por el motivo de consulta en el momento del estudio. Los tres motivos de consulta más comunes comunicados por los pacientes fueron dolor (n=1.558; 72,9%), ansiedad (n=1.488; 69,6%), y alteraciones del sueño (n=1.080; 50,5%), seguidos por depresión, trastorno gastrointestinal, enfermedad cardíaca, diabetes, trastornos psiquiátricos no especificados, asma y otras enfermedades.

Casi todos los pacientes del estudio (96,9%) tenían una enfermedad comórbida (Tabla 2). El dolor crónico fue la enfermedad más frecuente en la muestra del estudio con un 83,9% de pacientes que lo padecían. Las características del dolor en estos pacientes se describirán en otra publicación. Con una prevalencia mucho menor, los trastornos gastrointestinales (34%) y cardiovasculares (17,3%) fueron la segunda y tercera respectivamente comorbilidades médicas más frecuentes entre los pacientes del estudio. En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas, el 66,4% de los pacientes del estudio tenían un diagnóstico de al menos otro trastorno psiquiátrico comórbido; siendo la fobia social (37%) y la depresión mayor (19,1%) los más prevalentes (Tabla 3).

## Puntuaciones del HADS

La escala HADS se usó para evaluar los síntomas de ansiedad y de depresión; como se esperaba, la media de las puntuaciones para la ansiedad fue 12,2 ± 3,2 con un 60,1%

Tabla 3 Comorbilidades asociadas en los pacientes recién diagnosticados de TAG	
COMORBILIDAD	NÚMERO DE PACIENTES (%)*
Enfermedades médicas	
Dolor crónico	1.701 (83,9%)
Trastornos gastrointestinales	689 (34%)
Trastornos casrdiovasculares	350 (17,3%)
Diabetes	284 (14%)
Trastornos genitourinarios	124 (6,1%)
Trastorno del metabolismo de los lípidos.	45 (2,2%)
Enfermedades bronquiales	39 (1,9%)
Enfermedades de las articulaciones	34 (1,7%)
Trastornos tiroideos	30 (1,5%)
Trastornos psiquiátricos	
Ansiedad social	750 (37%)
Depresión mayor	387 (19,1%)
Fobias	283 (14%)
Trastorno de pánico	218 (10,7%)
Trastorno obsesivo compulsivo	162 (8,0%)
Trastornos depresivos	24 (1,2%)
Otros	187 (9,2%)

\*El % total es mayor que 100% porque un paciente podía presentar más de una enfermedad médica comórbida

(N=1.124) de los pacientes puntuando en ansiedad moderada y un 9,9% (N=747) para el nivel de ansiedad severa. Respecto a la depresión, la puntuación media para la subescala de depresión fue de 11,5 ± 3,7. Seiscientos treinta y cinco pacientes (28,4%) fueron clasificados como caso probable de depresión, mientras que 1.248 pacientes (55,9%) fueron clasificados como deprimidos. Más de la mitad de los pacientes presentaban de ligero a moderado nivel de depresión (29,8%, N=557 ligera; 38,8%, N=726 moderada); el 29,8% (N=557) tenían depresión severa y se consideró que sólo un 1,1% (N=31) presentaba niveles normales.

### Calidad del sueño

La media de la tasa de calidad de sueño fue de 6,2 ± 1,9, al realizar la medida mediante una escala analógica. La calidad del sueño medida mediante la escala de sueño MOS, era de una puntuación media de alteraciones del sueño de 54,1 ± 14,7 y en la subescala de del sueño de 54,3 ± 15,1. Más de la mitad de los pacientes (56,9%) manifestaban entre 30 y 60

Tabla 4 Privación de sueño y características del sueño medidas por una escala visual analógica y las escala de sueño MOS-SLEEP	
	MEDIA (SD)*
Calidad del sueño (EVA)*	6,2 (1,9)
MOS-SLEEP	
Alteraciones del sueño	56,8 (18,1)
Ronquido	36,3 (28,3)
Despertar sin aliento o con dolor de cabeza	37,0 (24,6)
Cantidad de sueño	5,4 (1,2)
Idoneidad del sueño	30,3 (19,5)
Somnolencia diaria	41,3 (17,3)

\* EVA: Escala visual analogical entre 0 (el mejor sueño posible) y 10 (el peor sueño posible)

minutos de latencia en el inicio del sueño mientras la media de las horas de sueño por noche en las 4 semanas previas fue de 5,4. Así mismo, sólo el 16,2% de los pacientes manifestaron haber dormido lo suficiente como para sentirse descansado muchas veces, casi siempre o siempre. La puntuación de los demas items fue: ronquidos (36,3 ± 28,3), despertar con falta de respiración o con dolor de cabeza (37,0 ± 24,6). También se midió la idoneidad del sueño (30,3 ± 19,5) y la somnolencia diurna (41,3 ± 17,3).

### Tratamiento

Con el objeto de controlar su ansiedad, los pacientes estaban bajo tratamiento no farmacológico (34,9%) y varios tratamientos farmacológicos (Tabla 4). El tratamiento más común de los no farmacológicos fue la relajación, con una media de 5 sesiones en los últimos 3 meses. Respecto a los tratamientos farmacológicos, las benzodiazepinas (86,5%, N=1.813) fueron las más frecuentemente usadas para el control de la ansiedad, seguidas de los antidepresivos (69,4%, N=1.453) y antiepilépticos (49,7%, N=1.041) (Tabla 5). El tratamiento con fármacos antiepilépticos fue el más corto en el tiempo (media: 21,5 meses) si se comparan con las benzodiacepinas (media: 23,9 meses), y antidepresivos (media: 28,6 meses). Entre otros tratamientos usados para trastornos comórbidos, los agentes usados más frecuentemente fueron los analgésicos (acetaminofeno 8,4%; ibuprofeno 6%; y tramadol 3,1%) y los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol 6,9%).

**Tabla 5** Tratamiento actual seguido por los pacientes del estudio. Los tratamientos con fármacos se presentan como grupo farmacológico y se presentan 3 de las moléculas más frecuentes

	Número de pacientes (%)	Media de número de sesiones /mes (SD)
Tratamiento no farmacológico	744 (34,9%)	4,8 (4,5)
Terapia de relajación	395 (18,5%)	4,8 (4,2)
Psicoterapia	186 (8,7%)	2,4 (1,8)
Terapia cognitivo conductual	153 (7,2%)	2,7 (1,9)
Grupo de apoyo	132 (6,2%)	2,7 (2,0)
Otros tratamientos	77 (3,6%)	8,4 (5,6)
Tratamiento farmacológico		
Benzodiazepinas	1.813 (86,5%)	
Alprazolam	737 (35,1%)	19,3 (27,9)
Lorazepam	455 (21,7%)	25,3 (41,2)
Diazepam	326 (15,5%)	18,4 (28,0)
Antidepresivos	1.453 (69,4%)	
Paroxetina	292 (13,9%)	19,6 (25,3)
Venlafaxina	288 (13,7%)	14,6 (16,6)
Escitalopram	273 (13,0%)	11,0 (12,5)
Antiepilépticos	1.041 (49,7%)	
Pregabalina	920 (43,9%)	6,4 (8,4)
Gabapentina	94 (4,4%)	8,7 (8,3)
Topiramato	26 (1,2%)	13,9 (14,1)
Otros tratamientos farmacológicos	699 (8,4%)	
Acetaminopheno	177 (8,4%)	24,3 (32,5)
Omeprazol	145 (6,9%)	33,5 (31,7)
Ibuprofeno	127 (6,0%)	16,9 (23,2)

### Utilización de recursos de salud

Como se muestra en la Tabla 6, los pacientes acudieron a consulta con su médico una media de 5 veces en los últimos 3 meses. Los médicos de atención primaria fueron los más visitados con una media de 3 visitas. La ansiedad tuvo un alto impacto en la productividad, en realidad, los pacientes manifestaron haber perdido de media casi un tercio de los días laborables (28) en los últimos tres meses a causa de la ansiedad. También, los pacientes comunicaron que habían

**Tabla 6** Utilización de los recursos de salud y productividad informado por los pacientes del estudio

	Media (SD)*
Consultas al médico (en los últimos 3 meses)	5,4 (4,0)
Atención primaria	3,2 (2,9)
Psicología	0,3 (2,0)
Psiquiatría	0,4 (0,9)
Urgencias	0,6 (1,5)
Hospitalización	0,1 (0,9)
Absentismo laboral (días perdidos a causa del TAG en los 3 últimos meses)	28,2 (19,5)
Número de días en los que se ha trabajado con síntomas de ansiedad o dolor (en los últimos 3 meses)	61,8 (19,5)

trabajado con ansiedad o dolor una media de 62 días en los últimos tres meses.

### DISCUSIÓN

Los resultados presentados en este estudio definen los síntomas de los pacientes con TAG no diagnosticados previamente y que presentan síntomas de ansiedad en el servicio de atención primaria. El paciente de TAG tipo antes del diagnóstico es una mujer sobre los 50 años de edad con ansiedad moderada que ha tenido síntomas de ansiedad durante los últimos 3 años. El principal motivo de consulta en atención primaria son el dolor y las alteraciones del sueño. En más de la mitad de los casos, el paciente también presenta un trastorno psiquiátrico comórbido con un 67% de los pacientes considerados como deprimidos. Así mismo, el paciente medio con TAG ha sido tratado una media de 2 años con benzodiazepinas. Finalmente, los pacientes con TAG de nuevo diagnóstico son usuarios frecuentes de los recursos sanitarios y han reducido su productividad laboral.

Las características sociodemográficas de la muestra de nuestro estudio son muy similares a las de otros estudios llevados a cabo en el nivel de atención primaria en términos de edad, género, estado civil y empleo<sup>24, 25, 10</sup>. Del mismo modo, nuestros resultados son similares a otros en la definición de los principales síntomas del TAG en el nivel de atención primaria. Tanto Kroenke<sup>24</sup>, como Revicki<sup>10</sup> han mostrado niveles similares de ansiedad en sus muestras medidas con las escalas GAD-7 o HAM-A con un alto porcentaje de pa-

cientes clasificados en las categorías de ansiedad moderada o severa. La edad de aparición de los síntomas en nuestro estudio (50,3 años) va en la línea de estudios previos en los que la mayor prevalencia del TAG fue observada en el grupo de edad madura (40-59 años)<sup>24</sup> y algo mayor que la edad de 33,2 años observada por Wittchen<sup>4</sup>.

Los pacientes de TAG recién diagnosticados acudieron a su médico de cabecera por razones diferentes de la ansiedad. En nuestro estudio el motivo de consulta fue el dolor (72,9%), seguido de la ansiedad (69,6%) y alteraciones del sueño (50,5%). Estos resultados pueden parecer muy diferentes de los encontrados por Wittchen<sup>4</sup>, con el dolor y las alteraciones de sueño como la principal razón para consultar al médico con un 34,7% y un 32,5% de pacientes con TAG respectivamente. Esta divergencia podría explicarse por el hecho de que en la recogida de los datos se incluyeron todos los motivos de consulta independientemente de su ranking como primarios o secundarios, mientras que en el estudio de Wittchen<sup>4</sup> se registró sólo el motivo principal de consulta. A pesar de esto, ambos resultados demuestran que el paciente de TAG no siempre acude al médico de cabecera por ansiedad, lo cual puede contribuir a la baja detección de TAG entre los médicos de atención primaria. De hecho, se ha encontrado que el 48% de los pacientes con ansiedad o depresión usa una atribución normalizada de sus síntomas<sup>26</sup>. Otro factor que puede contribuir a la baja tasa de ansiedad informada por los médicos de atención primaria puede ser que algunos pacientes con TAG no creen en la medicación para lo que ellos consideran problemas emocionales, como comunicaron el 37% de los pacientes con TAG en un estudio comparativo entre la atención de pacientes con TAG que llevaban a cabo los médicos generalistas y los psiquiatras<sup>27</sup>.

La normalización de la atribución y la falta de queja sobre sus síntomas de ansiedad contribuye a la baja tasa de reconocimiento de la ansiedad entre los médicos de atención primaria. Además, la enfermedad médica comórbida puede contribuir al bajo diagnóstico de TAG; en nuestro estudio más del 97% de los pacientes recién diagnosticados de TAG tenían al menos una enfermedad médica comórbida. El dolor crónico fue la enfermedad médica más frecuente con un 80% de los pacientes que la padecían. La respuesta al dolor en los pacientes con ansiedad subyace a su respuesta a muchas otras condiciones médicas crónicas<sup>28</sup>; y los pacientes con niveles altos de interferencia del dolor tienen menos probabilidades de responder a los tratamientos de la ansiedad. Por otro lado, también se ha demostrado que los tratamientos efectivos para el TAG contribuyen a reducir los síntomas de dolor<sup>29</sup>.

En nuestro estudio la tasa de comorbilidad con trastornos psiquiátricos fue del 69,4%, lo que es algo menor que la previamente informada por pacientes con TAG. Esto puede ser debido a los distintos métodos usados y las diferentes poblaciones diana seleccionadas en cada estudio. Más sor-

prendente es la baja tasa de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, sólo del 19,1%. Aunque los resultados de la escala de depresión HADS muestran que un 58% de los pacientes presentan síntomas de depresión moderados o severos (puntuación en depresión HADS > 15). Estudios recientes han demostrado el incremento de la probabilidad de desarrollar episodios depresivos mayores tras la aparición del TAG; como los pacientes incluidos en este estudio fueron diagnosticados de TAG recientemente, esto puede explicar la baja tasa de depresión comórbida encontrada. Las alteraciones del sueño en nuestro estudio fueron similares a las mostradas en otros estudios con pacientes de TAG<sup>30,31</sup>. Ha sido previamente demostrado que los pacientes con insomnio tienen un riesgo incrementado de desarrollar TAG<sup>30</sup>; aunque, el médico de atención primaria debe ser consciente de que los pacientes con insomnio entre otros síntomas, pueden ser posibles casos de TAG.

Respecto al tratamiento, la mayoría de los pacientes siguen tanto un tratamiento farmacológico como no farmacológico para controlar su ansiedad. Desde que los pacientes con TAG son diagnosticados por primera vez, la alta tasa de tratamientos de ansiedad puede explicarse porque los pacientes fueron tratados para lo que ellos consideraban crisis de ansiedad esporádicas. Este razonamiento también puede explicar el alto uso de benzodiazepinas, las cuales se han mostrado efectivas para los tratamientos a corto plazo de los síntomas de ansiedad<sup>32</sup>. Sin embargo, es importante notar que estos fármacos no están recomendados por las Guías de la Federación Mundial de Psiquiatría Biológica como la primera línea de tratamiento para TAG, y están sólo recomendados para pacientes resistentes a los antidepresivos<sup>33</sup>. Además, los pacientes de nuestro estudio informaron del uso de benzodiazepinas y antidepresivos al menos los últimos 2 años, lo que podría sugerir una falta de tratamiento farmacológico. El uso de tratamiento no farmacológico, como la terapia cognitivo-conductual, que se demostró efectivo en el control de los síntomas de ansiedad, fue también bajo en nuestros pacientes con TAG. Nuestros resultados sugieren que podrían implementarse, en el nivel de atención primaria futuras acciones para incrementar la conciencia del tratamiento apropiado del TAG.

Se ha demostrado previamente que los pacientes con TAG son unos altos usuarios de recursos de salud. En nuestro estudio, el número de visitas a atención primaria en los tres meses previos fue similar a lo encontrado previamente<sup>24,34</sup>. En estudios recientes se ha demostrado que el tratamiento apropiado del TAG de los pacientes externos de las clínicas reduce significativamente los costes del TAG por la reducción de las visitas a los médicos de atención primaria<sup>35</sup>. De hecho, en nuestro estudio, los pacientes aún no estaban diagnosticados con TAG; a pesar de que un alto número de visitas a los médicos de atención primaria y la alta tasa de las prescripciones de ansiedad observada sugerían que el TAG no estaba siendo manejado apropiadamente a nivel de atención primaria.

Se deben desarrollar futuras políticas para aumentar la concienciación del diagnóstico adecuado y el tratamiento entre los médicos de cabecera.

Los costes sanitarios del TAG no están sólo relacionados con los recursos de salud. La ansiedad ha sido recientemente valorada como la quinta causa de la pérdida de productividad en el trabajo, detrás de otras como la depresión, el dolor de espalda y la artritis<sup>36</sup>. En el estudio mencionado, el principal motor del trabajo en ansiedad relacionado con los costes fue el "presentismo". Como se ve en la tabla 3, los pacientes con TAG en nuestro estudio informaron haber trabajado más días con ansiedad y síntomas de dolor que sin ellos. También comunicaron que perdían aproximadamente 9 días laborables al mes, lo que está en la línea con el estudio de Hoffman<sup>37</sup> en el que los pacientes con TAG manifestaron un probable incremento de sufrir 6 o más días de incapacidad laboral. Estos resultados refuerzan nuestra conclusión previa de que un tratamiento apropiado del TAG a nivel de atención primaria no sólo reduciría la utilización de los recursos sanitarios sino que mejoraría la calidad de vida del paciente y su productividad relativa en el trabajo.

Entre las limitaciones de nuestro estudio está su diseño transversal; que no permite inferir causalidad sino sólo mostrar asociaciones. Al ser uno de los criterios de exclusión el diagnóstico previo de TAG, se excluyeron los pacientes que ya estaban siendo tratados por su ansiedad, independientemente de su eficacia. Por tanto, los pacientes con un tratamiento no muy eficaz o con episodios recurrentes de TAG fueron excluidos de este estudio. Por ello la población de nuestro estudio no puede ser representativa de toda la población con TAG. Dado que una de las cuestiones en el manejo del TAG es el bajo diagnóstico, puede considerarse más importante estudiar las características de aquellos pacientes que aún no han sido diagnosticados para establecer futuras políticas encaminadas a reducir esta población. Finalmente, no se utilizó una entrevista psiquiátrica estructurada para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos comórbidos, lo cual podría haber llevado a cierto infra-diagnóstico en nuestra muestra.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que el manejo del TAG en el nivel de atención primaria podría no ser óptimo. El hecho de que hayamos caracterizado a aquellos pacientes que previamente no tenían un diagnóstico de TAG ayuda a describir el perfil de un paciente susceptible de sufrir este trastorno incapacitante. Por eso, los médicos de atención primaria deberían ser conscientes de posibles casos de TAG cuando examinan pacientes con dolor, alteraciones del sueño y síntomas depresivos junto a síntomas de ansiedad. Así mismo, aquellos pacientes con una historia de uso de benzodiazepinas o antidepresivos y que consultan frecuentemente, podrían ser susceptibles de un examen más cuidadosos para detectar TAG.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV TR. Washington DC, 2000.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;Suppl(420):21-7.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
4. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(Suppl 8):24-34.
5. Ansseau M, Fischler B, Dierick M, et al. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur Psychiatry*. 2005;20(3):229-35.
6. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(2):201-10.
7. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):47-57.
8. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2010;303(19):1921-8.
9. Kessler RC, Andrade LH, Bijnl RV, et al. The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Psychol Med*. 2002;32(7):1213-25.
10. Revicki DA, Brandenburg N, Matza L, et al. 2008. Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *Qual Life Res* 17(10):1285-94.
11. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262(7):914-9.
12. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, et al. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol*. 2000;15(6):319-28.
13. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, et al. Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings. *Aten Primaria*. 2009;41(2):77-84.
14. Andlin-Sobocki P, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2005;12(Suppl 1):39-44.
15. Norton J, de Roquefeuil G, David M, et al. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*. 2009;35(6):560-9.
16. Zhu B, Zhao Z, Ye W, et al. The cost of comorbid depression and pain for individuals diagnosed with generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(2):136-9.
17. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 20):22-33; quiz 34-57.
18. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, et al. Cultural

- adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8.
19. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, et al. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277-83.
  20. Hays RD. (2008). "SLEEP." Retrieved September 7th, 2009, from [http://gim.med.ucla.edu/FacultyPages/Hays/SLEEP/sleep\\_download.html](http://gim.med.ucla.edu/FacultyPages/Hays/SLEEP/sleep_download.html).
  21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
  22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
  23. Badia X, Muriel C, Gracia A. Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(2):52-9.
  24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*. 2007;146(5):317-25.
  25. Brenes GA, Knudson M, McCall WV, et al. Age and racial differences in the presentation and treatment of Generalized Anxiety Disorder in primary care. *J Anxiety Disord*. 2008;22(7):1128-36.
  26. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, et al. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*. 1999;318(7181):436-9.
  27. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, et al. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):276-82.
  28. Culpepper L. 2009. Generalized anxiety disorder and medical illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(Suppl 2):20-4.
  29. Hartford JT, Endicott J, Kornstein SG, et al. Implications of Pain in Generalized Anxiety Disorder: Efficacy of Duloxetine. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(3):197-204.
  30. Neckelmann D, Mykletun A, Dahl AA. Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*. 2007;30(7):873-80.
  31. Bollu V, Bushmakina AG, Cappelleri JC, et al. Pregabalin reduces sleep disturbance in patients with generalized anxiety disorder via both direct and indirect mechanisms. *The European Journal of Psychiatry*. 2010;4(1):DOI 10.4321/S0213-61632010000100003
  32. Brawman-Mintzer O. Pharmacologic Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2001;24(1):119.
  33. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, et al., World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, First Revision. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2008;9(4):248-312.
  34. Romera I, Fernandez-Perez S, Montejo AL, et al. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord*. 2010 Dec;127(1-3):160-8.
  35. Alvarez E, Carrasco J, Olivares J, et al. Broadening of Generalized Anxiety Disorder definition does not affect the response to psychiatric care: Findings from the observational ADAN study. *European Psychiatry*. 2010;25(Suppl 1):PW01-50.
  36. Loeppke R, Taitel M, Haufle V, et al. Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. *J Occup Environ Med*. 2009;51(4):411-28.
  37. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(1):72-90.