

# Introducción a las guías de Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Ansiedad

Autores:

Dr. Márquez M.

Revisores:

Dr. Alvano S. A., Dr. Dorado G., Dra. Márquez de López Mato A., Dr. Mochablon Espinoza A.

Año 2014

## *Introducción*

Los síntomas ansiosos son muy comunes en la población general. También se presentan, y con mucha frecuencia, acompañando cuadros clínicos que son atendidos por generalistas o profesionales de otras especialidades médicas. Y, además, en muchas oportunidades forman parte del cortejo sintomático de distintos tipos de trastornos mentales. Por otra parte, en muchas ocasiones, los síntomas son leves y transitorios y no afectan el funcionamiento familiar, social y laboral de quienes los padecen.

Pero, más allá de estas distintas manifestaciones de la ansiedad, muchas personas presentan, en un primer plano psicopatológico, síntomas ansiosos severos y persistentes, que les ocasionan malestar personal significativo, deterioran su funcionamiento global y disminuyen su calidad de vida. En este caso es necesario plantearse la posibilidad de que el sujeto presente un trastorno de ansiedad y hay suficiente consenso como para afirmar que cuando un paciente experimenta un determinado número de síntomas relacionados con la ansiedad, que estén razonablemente bien definidos, tengan cierto grado de severidad y estén presentes durante un período de tiempo especificado, síntomas éstos que generen malestar y alteraciones de diversas áreas de funcionamiento, debe recibir el diagnóstico de alguno de los trastorno de ansiedad.

En ocasiones se ha cuestionado la entidad de ciertos trastornos ansiosos y su diagnóstico con el argumento de que eran intentos de medicalizar o psiquiatrizar variaciones normales de la experiencia humana. Sin embargo, hay acuerdo general entre los expertos acerca de su existencia y, con el objeto de evitar este tipo de cuestionamientos, la mayoría de los investigadores utilizan en la actualidad criterios que permiten identificar los trastornos de ansiedad con aceptable seguridad, los que pertenecen a las categorías diagnósticas de la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association (DSM-IV TR, 1994), muy similares a las de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la World Health Organization (ICD-10, 1992). (1,2,3)

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos mentales más prevalentes (4) pero, a pesar de su frecuencia y su naturaleza crónica y discapacitante, a menudo no son debidamente considerados. Aún hoy, están sub-reconocidos y sub-tratados, lo que hace que un número significativo de pacientes ansiosos persistan sintomáticos, con un funcionamiento psicosocial deteriorado y generando un uso excesivo de los servicios médicos, psiquiátricos y no psiquiátricos.

Esta Guía se ha desarrollado para proveer recomendaciones prácticas y basadas en la evidencia para el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad a médicos especialistas en Psiquiatría de la Argentina. Siendo este el objetivo esencial, se realizarán comentarios acerca del diagnóstico, la clínica, la evolución y otros tipos de tratamientos pero al solo efecto de contextualizar el abordaje terapéutico farmacológico. Los Trastornos de Ansiedad incluyen el Trastorno de Pánico (TP) con o sin agorafobia (c/s/Ag), el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno por Ansiedad Social (TAS), las Fobias Específicas (FE), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Este trabajo está basado en una revisión intensiva de la literatura contemporánea realizado por un panel de expertos argentinos en trastornos de ansiedad y fue desarrollada a través de un proceso de consenso.

### ***Epidemiología general***

De acuerdo a estudios de poblaciones representativas de entre 18 y 65 años, la tasa de prevalencia de un año de los trastornos de ansiedad, tomados en su conjunto, es estimada entre un 15% y un 18% (5, 6). La prevalencia a 12 meses de los trastornos de ansiedad específicos van del 1% para el TOC al 8.7% o más para la fobia específica (5); sin embargo, las tasas varían mucho entre los diferentes estudios dependiendo, sobre todo, de los criterios utilizados para definir la intensidad de la sintomatología y para determinar la presencia de malestar o alteraciones funcionales significativas. Pese a todo, 1 de cada 5 a 10 pacientes que se presentan en la asistencia primaria tendrían los síntomas de un trastorno de ansiedad (7).

Como la trascendencia clínica de las tasas basadas en población general fue cuestionada, existen estimaciones ajustadas que permiten incluir solamente los casos clínicamente significativos; aún con estos limitantes las tasas de prevalencia a un año siguieron siendo altas. (8)

La prevalencia durante la vida de los trastornos ansiosos alcanza niveles del 10.4% al 28.8%, según los estudios, con una tasa promedio del 21% (6). Estos datos hacen referencia a “cualquier trastorno de ansiedad”. Como todos los datos epidemiológicos, obtenidos de distintos países, han documentado diferencias en las tasas de prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad, se hará referencia a las prevalencias de cada trastorno en los capítulos correspondientes de esta Guía. Acá solo diremos que el TAG aparece como un trastorno más común en la asistencia primaria que en la población general, sugiriendo que esos pacientes son usuarios frecuentes de los recursos de ese nivel asistencial. Inversamente los pacientes con TAS ven menos a médicos de la asistencia primaria que los pacientes con otros trastornos ansiosos.

Finalmente mientras que las fobias específicas son muy comunes en la población general es menos probable que ocasionen suficiente deterioro como para que quienes las padecen consulten buscando diagnóstico y tratamiento. Y ello a pesar de que en muchos casos las fobias son múltiples y los pacientes presenten malestar e incapacidades significativas.

También hay variaciones de la prevalencia los trastornos individuales según edades y género; por ejemplo, las fobias específicas son marcadamente más comunes en mujeres que en hombres en todas las edades mientras que el trastorno de pánico es casi tan frecuente en hombres y mujeres entre los 51 y 65 años. Debido a estas variables, el patrón para todos los trastorno ansiosos tomados en conjunto presenta una tasa diferencial de mujeres : hombres más o menos constante de 2:1 (1).

Los estudios en asistencia primaria sugieren que aproximadamente el 50% de los trastornos ansiosos mejoran significativamente entre 6 y 16 meses, aunque la recuperación completa es relativamente rara (9,10,11); un estudio longitudinal llevado a cabo en los Estados Unidos indica que la probabilidad de recuperación de un TAG es significativamente menor que la de la recuperación de la depresión mayor (12).

### ***Los Trastornos de Ansiedad: su Diagnóstico***

Los trastornos de ansiedad son un grupo de trastornos mentales agrupados por presentar una combinación de distintas características particulares -ansiedad excesiva, ansiedad anticipatoria, preocupación, miedos, evitación, obsesiones o rituales compulsivos- las que se asocian con un malestar subjetivo significativo y un importante deterioro funcional (13). La ansiedad normal es un concepto que describe una serie de reacciones fisiológicas, experiencias y expresiones emocionales, valoraciones cognitivas y orientaciones comportamentales que presenta el hombre ante distintas amenazas percibidas o cuando debe evaluar el contexto y desarrollar acciones en los que hay un muy alto grado de competencia entre alternativas que son similares, a veces casi idénticas o cuando se enfrenta a la necesidad de tomar decisiones bajo riesgo. Aparece en algún momento de la evolución animal en el que la codificación del contexto y de las relaciones entre el sujeto y el contexto necesita del procesamiento paralelo de múltiples variables relacionadas. Es un componente normal de los estados emocionales de la vida cotidiana que se hizo particularmente crítico a partir de que el hombre tuvo que guiar la conducta bajo condiciones cada vez más ambiguas, inciertas, impredecibles e incontrolables, donde no había elecciones absolutamente correctas o había múltiples alternativas potencialmente correctas (14).

Ciertos criterios pueden ayudar a identificar cuando la ansiedad empieza a transformarse en patológica y a garantizar la entidad del trastorno. Algunos pacientes pueden quejarse de miedos y de estar atravesando un período especialmente estresante, lo que permite orientar el diagnóstico inmediatamente; otros pueden presentarse con distintos dolores vagos e inespecíficos, especialmente cefaleas, mialgias y artralgias, mareos, molestias digestivas polimorfas y otros síntomas somáticos entre los que sobresale la tensión muscular. En otros casos, los síntomas prevalentes son cognitivos e entonces la falta de concentración o los problemas de memoria, las dificultades para afrontar los problemas de la vida diaria, el cansancio y la reducida efectividad en las rutinas cotidianas, suelen ser las quejas más prominentes. En estas situaciones la sospecha de un trastorno ansioso debe estar en la mente del psiquiatra (15,16).

Cuando un paciente se presenta con ansiedad severa e incontrolable es de buena práctica intentar identificar otras causas de esa sintomatología. La ansiedad con estas características puede presentarse en distintas condiciones médicas, en la depresión (especialmente en la depresión agitada), como consecuencia de la ingesta de ciertos fármacos o de drogas de abuso, en las fases maníacas del trastorno bipolar o en otros trastornos psicóticos, en estados

confusionales o en trastornos somatoformes, entre otros cuadros clínicos. De cualquier manera, el hallazgo de alguna de esas condiciones no descalifica el diagnóstico del trastorno de ansiedad ya que estos son frecuentemente comórbidos con otras condiciones psiquiátricas o médicas (17). La evaluación inicial de un paciente con un trastorno de ansiedad que presenta, concomitantemente síntomas físicos, debe realizarse con especial atención y, en caso de que no resulte definitiva, debe conducir a interconsultas con médicos de otras especialidades hasta que puedan identificarse alguna de las siguientes condiciones: que el trastorno ansioso sea primario y que no haya un trastorno médico significativo (es decir que todos los síntomas físicos son secundarios a la ansiedad); que la ansiedad sea sintomática a un trastorno médico primario (por ejemplo, hipertiroidismo); que el estado de ansiedad haya sido desencadenado o exacerbado por una causa física (tal como una enfermedad médica o el uso de un estimulante) o que ambos trastornos, el de ansiedad y el médico, estén presentes pero sin tener ninguna relación de causalidad (16).

No hay un consenso definitivo acerca de la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad. Lo más probable es que sean causados por la interacción entre vulnerabilidades específicas y factores psicosociales y ambientales. Las vulnerabilidades dependen de factores genéticos asociados con disfunciones neurobiológicas del sistema nervioso central (18,19,20). Las influencias psicosociales incluyen experiencias traumáticas infantiles, estilos de crianza parental, eventos vitales recientes, aprendizajes, condicionamientos y otros factores.

Ciertas condiciones de riesgo y variables sociodemográficas han sido asociadas a los trastornos de ansiedad y deberían aumentar el índice de sospecha en los clínicos. Los factores más importantes son una historia familiar de ansiedad y una historia personal de eventos vitales estresantes o traumáticos. Se ha demostrado que cada uno de los trastornos ansiosos tiene algún tipo de expresividad familiar, sugiriendo un componente mediado genéticamente; pero también participan factores ambientales tanto en su génesis como en su expresión. El trastorno de pánico, por ejemplo, puede ser precipitado por eventos traumáticos o estresantes y el postraumático sigue a un trauma significativo por definición. La mayoría de los pacientes con trastornos de ansiedad experimenta el comienzo de su ansiedad en la infancia o adolescencia; sin embargo, el TP, TAG, TEPT y ciertas fobias específicas (por ejemplo las relacionadas con conducir automóviles o con lugares cerrados), pueden empezar en la adultez temprana. El comienzo del TAG puede ser muy precoz, pero su reconocimiento y diagnóstico suelen ser demorados. Los trastornos de ansiedad, con la posible excepción del TOC, son más comunes en las mujeres que en los hombres (21). Los pacientes de más de 45 años que presentan un trastorno ansioso por primera vez y que no tiene historia infantil de timidez significativa o miedo a la separación, que no presentan historia personal o familiar de ansiedad hasta la adultez y que no han experimentado recientemente eventos estresantes o traumáticos, deben ser evaluados ante la posibilidad de que la ansiedad se explique por una condición médica relacionada.

Uno de los hallazgos más importantes de los estudios longitudinales ha sido la demostración de que la mayoría de los adultos que padecen de trastornos depresivos o ansiosos desarrollaron los síntomas iniciales de su enfermedad mucho tiempo antes, aún en la infancia o la adolescencia, y en la mayoría de los casos manifestándose como un trastorno ansioso. En la niñez y adolescencia, la dificultad para diferenciar la ansiedad normal de la patológica es mayor aún por el hecho de que las decisiones diagnósticas deben tomarse a menudo en el marco del contexto de los cambios evolutivos del comportamiento infantil y adolescente, con amplios niveles de variación aún dentro de la normalidad; el umbral, a veces sutil, que separa lo normal de lo patológico en la semiología de los trastornos de ansiedad complica la identificación temprana de la patología individual.

Puede ser útil considerar un esquema que distingue a los distintos tipos de ansiedad patológica; los cuadros clínicos que presentan ansiedad obsesiva, ansiedad social o ansiedad generalizada (preocupación, expectación ansiosa) pueden diferenciarse de los cuadros que muestran predominio de la ansiedad anticipatoria. Así, en la detección temprana de los trastornos ansiosos puede considerarse una primera diferencia entre los trastornos ansiosos del desarrollo (como el de ansiedad generalizada, el de ansiedad social y el obsesivo compulsivo) y otros trastornos de ansiedad en los que la relación con distintos contextos, ya sean exteriores o interoceptivos, son los determinantes (como las fobias, el trastorno de pánico y por estrés postraumático). Estos últimos se presentan d'ambulé, "ya hechos"; en cambio los del desarrollo se van construyendo a medida que el individuo transita por las diferentes etapas de la vida y puede presentar fenomenología diferente en distintas etapas. Los trastornos ansiosos del desarrollo, de inicio temprano, suelen presentar indicadores, sintomáticos o psicopatológicos, muy precoces y tienen una instalación gradual, extendida por años (a veces en la infancia). A veces los síntomas son los mismos que se definen en los criterios diagnósticos; en otras oportunidades, en los primeros estadios, muestran características especiales en su comportamiento o en sus interacciones sociales. Lo más común es que los pacientes con trastornos ansiosos del desarrollo concurren a la consulta luego de padecer por años síntomas menores u otro tipo de procesos psicopatológicos o por comorbilidades de sintomatología diferente. Los familiares suelen presentar síntomas del mismo tipo u otro tipo de indicador que funciona como endofenotipo; por eso, en todos los casos, la anamnesis debe complementarse con una prolija evaluación de los antecedentes familiares. La suma de síntomas prodrómicos, menores o subclínicos más los antecedentes familiares es un buen indicador del comienzo de un cuadro ansioso del desarrollo y de su entidad clínica. Una cuestión de la mayor importancia en la detección precoz de síntomas iniciales o aún prodrómicos en los llamados trastornos ansiosos del desarrollo es lo egosintónico de la patología, si se hace referencia a los pacientes, y la aprobación social de cierta sintomatología por parte de la familia y el contexto; por otro lado los síntomas cardinales de hiperactividad autónoma no son siempre evidentes. La detección temprana de otros trastornos ansiosos, como los de pánico, las fobias específicas y el trastorno por estrés postraumático, es diferente. En muchos casos no es posible pesquisar lo psicopatológico hasta las primeras crisis paroxísticas panicosas, hasta el fracaso de las conductas evitativas de los pacientes fóbicos o hasta los primeros síntomas que siguen a un evento severamente estresante percibido con "temor, desesperanza u horror intenso" (22).

Los trastornos de ansiedad generan una carga significativa al pacientes, sus familias y la sociedad y estas cargas son especialmente indirectas, relacionadas con una significativa disminución de la productividad en general y de los días trabajados y un aumento importante del uso de los servicios médicos psiquiátricos y, especialmente, no psiquiátricos. (23,24).

Un breve resumen de las características que pueden ayudar a iniciar el proceso de diagnóstico de un trastorno de ansiedad se describe en la Tabla 1.

Tabla 1

<b><i>Trastorno</i></b>	<b><i>Características esenciales</i></b>
TP con o sin agorafobia	Ataques de pánico inesperados y recurrentes sin ninguna situación desencadenante obvia. El paciente puede evitar activamente situaciones en las que puede predecirse que ocurrirán ataques de pánico.
TAS	Intolerancia a síntomas físicos de ansiedad. Miedos excesivos o irrazonables ante situaciones sociales o de rendimiento. Intolerancia al escrutinio de terceros.
FE	Miedo excesivo o irrazonable a objetos o situaciones circunscriptos, usualmente asociados con evitación de los objetos o situaciones temidos

TOC	Presencia de obsesiones, recurrentes, no deseadas o pensamientos intrusivos, imágenes o urgencias que causan ansiedad marcada (por ejemplo pensamientos acerca de contaminaciones, dudas acerca de acciones, ideación estresantes de contenido sexual, religioso o agresivo) Compulsiones; conductas repetitivas o acciones mentales que son realizados para reducir la ansiedad generada por las obsesiones (chequeos, lavados, repeticiones)
TAG	Preocupación excesiva e incontrolable, que ocurre más días que no, acerca de experiencias o actividades de la vida diaria. A menudo acompañado de tensión muscular y síntomas físicos (cefaleas o molestias digestivas). Intolerancia a la incertidumbre
TEPT	De ocurrencia luego de un evento traumático al que el paciente responde con miedo intenso, desesperanza u horror. Reviviscencia del hecho traumático, evitación, apartamiento afectivo y síntomas de activación del alerta. Intolerancia a la reexperimentación del trauma.

### ***Comorbilidad***

Los trastornos ansiosos pueden presentarse como el único trastorno pero, muy a menudo, se presentan co-ocurriendo otras condiciones psiquiátricas o médicas. Por otra parte, otros trastornos mentales y algunas enfermedades médicas pueden presentar un trastorno ansioso comórbido o ansiedad como una característica prominente de su sintomatología aunque no estén completos los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad (23,24,25). En una importante mayoría de los casos los individuos con patología ansiosa no presentan un solo trastorno y 3 de cada 4 pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad tienen al menos otro trastorno mental comórbido, siendo los más prevalentes otros trastornos de ansiedad, la mayoría de los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia o trastornos bipolares), el abuso de alcohol o el consumo de sustancias. Esta situación debe ser considerada ya en el proceso de diagnóstico y desde el principio ya que las decisiones terapéuticas a tomar están condicionadas por la presencia y el tipo de comorbilidad. Los pacientes con comorbilidades tienen, típicamente, un mayor grado de deterioro en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral y consumen más recursos de los sistemas de salud. Los síntomas suelen ser más severos y prolongados, lo que hace a su manejo más complejo (26,27,28,29). La comorbilidad se asocia también con una peor respuesta a los tratamientos, tanto del trastorno ansioso como de su patología comórbida, con un mayor índice de recaídas, con el aumento del riesgo suicida.

La coexistencia de síntomas depresivos es común, particularmente en pacientes con ansiedad severa y muchos pacientes reúnen, simultáneamente, todos los criterios para un trastorno de ansiedad y un trastorno del estado de ánimo. Estudios europeos de población general y clínica y en la asistencia primaria británica revelan una correlación significativa entre la severidad de los síntomas ansiosos y los depresivos (30,31). Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente un 62% de sujetos con un trastorno de ansiedad reúne también los criterios de otro trastorno mental, lo más común otro trastorno ansioso o uno del estado de ánimo, el que está presente en alrededor del 33.5% de sujetos con un trastorno ansioso, especialmente TAG y TAS. Si la depresión es comórbida con un trastorno de ansiedad es frecuente una mayor severidad y un peor pronóstico. Cuando los síntomas ansiosos están presentes dentro de un contexto de trastornos depresivos, el tratamiento de la depresión es efectivo para mejorar la ansiedad (1).

La comorbilidad de ansiedad con depresión mejora la detección de problemas de salud mental en la asistencia primaria (32). Sin embargo, la correcta identificación del trastorno en cuestión y las indicaciones para un adecuado tratamiento subsecuente no suelen ser tan buenos.

### ***Evaluación Inicial de Pacientes con Ansiedad***

Como se dijo la evaluación de un paciente con ansiedad debería incluir un examen clínico general con un examen físico global (que incluya peso, diámetro de la cintura y control de la presión arterial), el que puede focalizarse más en detalle en áreas sintomáticas, pero además es necesaria la revisión de las medicaciones prescritas, la investigación sobre el uso de cafeína, alcohol u otras drogas, y algunos pocos estudios complementarios que se enumeran en la Tabla 2.

Además, es de buena práctica cuantificar los niveles de ansiedad con una escala global validada, antes de indicar el tratamiento y, si se presentaran síntomas específicos, utilizar escalas diseñadas especialmente para medir la intensidad de los síntomas particulares.

Idealmente el examen físico y los complementarios deben ser realizados antes de prescribir medicación psicotrópica. Los pacientes deben ser monitoreados inicialmente cada una o dos semanas y luego cada cuatro semanas por cambios de peso y otros efectos adversos de la medicación, incluyendo disfunciones sexuales ya que los efectos colaterales son la causa principal por las que los pacientes discontinúan la medicación.

Tabla 2

<b><i>Estudios Complementarios</i></b>
Hemograma
Glucemia en ayunas, uremia, creatinemia, clearance de creatinina
Ionograma
Hepatograma
Perfil lipídico en ayunas
Perfil tiroideo
Orina completa
Test de drogas en orina**
ECG
Prolactinemia*
test de embarazo*

\*En mujeres en edad reproductiva

\*\* Si hay sospecha de consumo de sustancias

### ***Acerca del Tratamiento***

Las opciones terapéuticas para los trastornos de ansiedad incluyen tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, pero, además, todos los pacientes requieren contención y atención profesional de sus estados emocionales. Para ellos, y a veces también para sus familiares, deben instituirse, desde el principio, estrategias de psicoeducación por parte de los médicos tratantes. Es necesario que sean informados acerca de las características de los síntomas de su trastorno y del pronóstico, haciendo hincapié especialmente en el origen psicológico de sus síntomas somáticos y en la relativa intrascendencia clínica de éstos. Es aconsejable informar que los cuadros tienen tratamiento y muy probablemente, mejoría, al menos sintomática.

Para una mejor decisión, el paciente debe conocer acerca de las características y de la efectividad de las distintas alternativas terapéuticas, de los efectos adversos más comunes (y de aquellos que siendo menos comunes son más serios) y de la probable duración del tratamiento.

La elección de un tipo u otro de tratamiento (psicofarmacológico / psicoterapéutico) dependerá de varios factores tales como las preferencias y motivaciones del paciente, de su capacidad para comprometerse con uno u otro tipo de tratamiento, de las habilidades y la experiencia del médico tratante, de la respuesta del paciente a tratamientos instituidos con anterioridad y de la presencia de comorbilidades médicas o psiquiátricas, y debe ser analizada en cada caso (16).

Cualquiera sea la terapéutica elegida se debe administrar un ciclo de tratamiento adecuado y completo, con un monitoreo apropiado y un seguimiento posterior. En la mayoría de los casos los trastornos de ansiedad tienen un curso cambiante con mejorías y empeoramiento a lo largo del tiempo. Aún cuando se consiga la remisión el tratamiento debe ser continuado no menos de seis meses y hasta un año o más con el objetivo de reducir el riesgo de recaídas. En el caso, frecuente, de la presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe continuar vigorosamente para tratar de resolverlos y solo después de que todos (o casi todos) los síntomas desaparecen debe disminuirse la medicación hasta suspenderla. Una de las principales causas de abandono de tratamientos la constituye el alta que se otorga el mismo paciente, por considerarse "recuperado" o entender que la duración del tratamiento ya ha sido suficiente.

La pregunta de si hay que tratar a aquellos sujetos ansiosos cuyos síntomas no reúnan los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad deben ser considerados caso por caso; en muchas oportunidades, especialmente si hay suficiente malestar y deterioro del funcionamiento psicosocial, el tratamiento está justificado a pesar de que el trastorno sea subclínico (16). Por ejemplo, a partir de una ansiedad anticipatoria intensa algunos pacientes pueden tener síntomas que se acompañan de una sensación de descontrol inicial pero que no alcanza los niveles de la vivencia subjetiva panica ya que sienten que "los pueden controlar". Son crisis menores, diferentes a las que en los manuales se definen con "síntomas limitados" por tener un menor número de síntomas. Presentan sintomatología completa pero de intensidad leve y se acompañan de una vivencia subjetiva de control. Estos cuadros no son infrecuentes y suelen pasar desapercibidos en el interrogatorio pero deben ser tratados porque su persistencia suele perpetuar la ansiedad anticipatoria con consecuencias comportamentales a veces severas y porque, con alguna frecuencia, una crisis completa instala más tarde o más temprano un trastorno de pánico que tal vez hubiera podido ser evitado (22).

Como corolario de esta Introducción, la tabla 3 provee de información general y diferencial acerca de los trastornos de ansiedad considerados en esta Guía (33,34,35).

Tabla 3

	<b>TAG</b>	<b>TOC</b>	<b>T. Pánico</b>	<b>TAS</b>	<b>TEPT</b>
<b>Prevalencia a lo largo de la vida (%)</b>	5,7	1,6	4,7	12,1	6,8
<b>Prevalencia anual (%)</b>	3,1	1,0	2,7	6,8	3,5
<b>Relación fem/masc</b>	1,5/1	1/1	2/1	2/1	2/1
<b>Edad de inicio</b>	25 – 35 años	22 años	20 años	14 – 20 años	15 – 55 años
<b>Herencia</b>	-	++	+	+	+
<b>Síntoma nuclear</b>	Preocupación excesiva e incontrolable en varias áreas	Obsesiones y compulsiones (rituales)	Crisis de pánico, ansiedad anticipatoria	Temor y/o evitación de situaciones de interacción social	Antecedente de evento traumático. Reviviscencias. Evitación. Hiperalerta. Embotamiento afectivo.
<b>Forma de comienzo</b>	Gradual, difusa e imprecisa	Gradual, hasta que se torna egodistónico	Súbita, inesperada (recuerdan la fecha de inicio de la 1ra. Crisis)	Al final de la infancia, con el inicio de la escolaridad secundaria	Inmediatamente después de un evento traumático, o de comienzo demorado
<b>Crisis de pánico</b>	+ /++++	-	++++ /++++	++ /++++	++ /++++
<b>Agorafobia</b>	-	-	++ ó +++ /++++	+ /++++	+ /++++
<b>Actitud en la consulta</b>	Aprensivos, quejosos, buscan expresarse más que atender al profesional	Variable, angustiado por lo intrusivo de sus obsesiones	Moderada, escuchan con atención al profesional	Avergonzada, dificultad para mirar a los ojos	Angustiados, con ánimo deprimido, avergonzados, evitativos
<b>Motivo de consulta</b>	Insomnio, contracturas,	Actos repetitivos	Crisis de pánico, miedo	Timidez extrema, miedo	Pesadillas, ansiedad extrema, ánimo



	cansancio, quejas somáticas, dolores, ánimo deprimido	(rituales) que no puede dejar de hacer	a descomponerse, conductas evitativas	en situaciones sociales	deprimido, miedo, conductas impulsivas
<b>Egosintonía</b>	+++ /++++	+ /++++	- /++++	++ /++++	- /++++
<b>Cogniciones</b>	Preocupación excesiva: automática, no intrusiva (quiere seguir preocupándose)	Obsesiones: Intrusivas (quiere rechazarlas)	Pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias que las crisis podrían ocasionarle. Hiper-monitoreo corporal	Preocupación por ser evaluado negativamente, y porque el otro note su malestar (manifestaciones físicas)	Reexperimentación del evento traumático, sensación de futuro desolador, dificultad para recordar aspectos del trauma.
<b>Contenido de la preocupación</b>	Sobre-estimación de probabilidad de que ocurran acontecimientos negativos: temor a accidentes, enfermedades, problemas económicos o laborales, etc.	Obsesiones de orden, contaminación, acumulación, simetría, de impulsos agresivos, conductas inapropiadas, etc.	Preocupación por la posibilidad de tener una crisis de pánico en determinadas situaciones.	Preocupación por ser evaluado negativamente o por la irrupción de rubor, temblor, taquicardia, o una crisis de pánico en situaciones sociales.	Preocupación por su futuro, no espera obtener empleo, casarse, formar una familia, en definitiva, llevar una vida normal
<b>Dinámica de la preocupación</b>	Fluida e influenciada por el contexto: el objeto de preocupación puede variar entre diversas cuestiones cotidianas	Rígida. Persiste un mismo tema (contaminación, orden, simetría, etc.)	Circula alrededor del funcionamiento de su cuerpo y la posibilidad de tener una crisis en determinados lugares o situaciones.	Siempre relacionada con la exposición y el desempeño social.	Centrada en sus reviviscencias y en la dificultad de controlar su impulsividad y sus reacciones emocionales
<b>Síntomas físicos</b>	Contracturas musculares, cansancio, insomnio, dolores, inquietud	No siempre presentes. No típicos.	Palpitaciones, sensación de falta de aire, opresión en el pecho, mareo, entumecimiento muscular	En situaciones sociales: rubor, temblor, sensación de falta de aire, opresión en el pecho, mareo	Síntomas corporales de hiperactivación autonómica.
<b>Conducta evitativa</b>	+ /++++	Relacionada con las obsesiones: ++++ /++++	Sin agorafobia: ++ /++++ Con agorafobia: +++ 6 ++++ /++++	Relacionada con lo social: +++ 6 ++++ /++++	Habitualmente: ++ /++++ Relacionada con el trauma: ++++ /++++
<b>Fármacos aprobados por las Agencias Regulatorias</b>	Escitalopram*** Duloxetine*** Paroxetine*** Pregabalina* Venlafaxina XR*** Bupropion**	Clomipramina*** Escitalopram* Fluoxetine*** Fluvoxamina*** Paroxetine*** Sertralina***	Alprazolam*** Clonazepam*** Escitalopram* Fluoxetine** Paroxetine*** Sertralina*** Venlafaxina XR**	Escitalopram* Paroxetine*** Sertralina*** Venlafaxina XR**	Fluoxetine* Paroxetine*** Sertralina*** Venlafaxina XR*

**TAG:** Trastorno de Ansiedad Generalizada. **TOC:** Trastorno Obsesivo-Compulsivo. **T. Pánico:** Trastorno de Pánico. **TAS:** Trastorno de Ansiedad Social  
**TEPT:** Trastorno por Estrés Postraumático.

\* Aprobado por EMEA (European Medicines Agency), \*\* Aprobado por FDA (Food and Drug Administration), \*\*\* Aprobado por EMEA y FDA

## Bibliografía

1. Baldwin, DS, Anderson, IM, Nutt, DJ, Bandelow, B, Bond, A, Davidson, JR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxf)* 19: 567–596. (2005)
2. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV*. Masson, S.A. (1994)
3. W.H.O. *International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> Edition*.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, and others. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*;62:593–602. (2005)
5. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, and others. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* ;62:617–27.(2005)
6. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15:357-376. (2005)
7. Toft T, Fink P, Oernboel E, and others. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med*;35:1175–84.(2005)

8. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 59: 115-123. (2002)
9. Ormel J, Koeter M W, van den Brink W, van de Willige G Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 48: 700–706 (1991)
10. Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, van den Brink W Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave 3 1/2-year study of psychopathology and disability. *Arch Gen Psychiatry* 50: 759–766(1993)
11. Ormel J, Van Den Brink W, Koeter M W, Giel R, Van Der Meer K, Van De Willige G, Wilink F W Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 20: 909–923. (1990)
12. Yonkers K A, Dyck I R, Warshaw M, Keller M B Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 176: 544–549 (2000)
13. National Health Committee. *Guidelines for assessing and treating anxiety disorders*. Wellington (New Zealand): National Health Committee; (1998).
14. Márquez, M. Cuando la Ansiedad no es un trastorno. *Axia* 1:16-19 (2000)
15. Surtees PG, Wainwright NW, Khaw KT, Day NE. Functional health status, chronic Medical conditions and disorders of mood. *Br J Psychiatry*;183:299–303.(2003)
16. Swinson, RP, Anthony, MM, Bleau, P, Chokka, P, Craven, M, Fallu, A, et al. *Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders*. *Can J Psychiatry* 51: 9S–91S. (2006)
17. Simon NM, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry*;66 Suppl 4:8–15.(2005)
18. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry* 157:493-505 (2000)
19. Leonardo ED, Hen R. Genetics of affective and anxiety disorders. *Annu Rev Psychol* 57:117-137. (2006)
20. Leonardo ED, Hen R. Anxiety as a developmental disorder. *Neuropsychopharmacology* 33:134-140. (2008)
21. Antony MM, Swinson RP. *Anxiety disorders and their treatment: a critical review of the evidence-based literature*. Ottawa (ON): Health Canada; (1996)
22. Márquez, M. *Detección Precoz de los Trastornos de Ansiedad*. Seminario de Actualización en Trastornos de Ansiedad. Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (AATA) Paseo La Plaza. Buenos Aires. (2009)
23. Wittchen H, Nelson C, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*;28:109–26.(1998)
24. Waghorn G, Chant D, White P, Whiteford H. Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry*;39:55–66.(2005)
25. Greenberg P, Sisitsky T, Kessler R, and others. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*;60:427–35.(1999)
26. Dunner D. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depress Anxiety*;13:57–71. (2001)
27. McLaughlin T, Geissler E, Wan G. Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders. *Pharmacotherapy* 2003;23:1251–6.
28. Erwin B A, Heimberg R G, Juster H, Mindlin M. Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 40: 19–35. (2002)
29. Shankman S, Klein D. The impact of comorbid anxiety disorders on the course of dysthymic disorder: a 5-year prospective longitudinal study. *J Affect Disord*. (2001)
30. Goodwin R D, Faravelli C, Rosi S, Cosci F, Truglia E, de Graaf R, Wittchen H U. Size and burden of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 435–443. (2005)
31. Nease D E Jr, Aikens J E. DSM depression and anxiety criteria and severity of symptoms in primary care: cross sectional study. *BMJ* 327:1030–1031. (2003)

32. Sartorius N, Ustun T B, Lecrubier Y, Wittchen H U. *Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. Br J Psychiatry* 30 (Suppl.): 38–43;70:211–7. (2002)
33. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ: *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry*, 9 (4): 248-312.(2008).
34. Cascardo Enzo, Resnik Pablo, Roisman Daniela: *Trastorno de Ansiedad Generalizada: Guía Centro IMA para el Tratamiento Farmacológico Basada en la Evidencia. Revista Anxia, Anuario* (2010).
- 35 NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence: *NICE Guideline – Anxiety*. (2007)