



Introducción

La ansiedad es una sensación universal que forma parte de la vida cotidiana; la sensación de ansiedad y miedo son emociones desagradables, comúnmente causadas por la percepción de peligro actual o potencial que amenaza la seguridad del individuo.

Las personas experimentan nerviosismo o aprehensión ante una situación de presión, aunque la respuesta es razonable y adaptativa, capacitando al individuo a superar la situación con un mecanismo de control para volver al estado fisiológico normal. Sin embargo, algunos individuos experimentan síntomas parecidos y tienen miedos que, con frecuencia, son irracionales, anormales y dañan el funcionamiento diario normal; estas personas sufren trastornos de ansiedad.

La ansiedad patológica se constituye a partir de la vivencia de sentimientos de amenaza, de expectación tensa y de alteraciones psicósomáticas, en ausencia de peligro real o, al menos, desproporcionado en relación al estímulo desencadenante. En estos cuadros, coexisten diversos componentes: sentimiento penetrante de aprehensión, temor o angustia frente algo que se considera amenazante, síntomas somáticos variables (sensación de ahogo, sudoración, palpitaciones, taquicardia, opresión precordial, alteraciones de la tensión arterial, fatiga, micciones frecuentes, cefaleas, insomnio, molestias digestivas, diarrea, etc.) e irritabilidad que puede producir la pérdida de la capacidad de concentrarse.

Los **trastornos de ansiedad** son un grupo heterogéneo de enfermedades psiquiátricas que presentan como factor común el miedo irracional. En su conjunto, se asocian con alta prevalencia mundial, mayor aún en la población hospitalaria (internada, ambulatoria o accidental), representando un problema de salud pública significativo y creciente. Para un tratamiento adecuado, el médico debe realizar un diagnóstico seguro, esencialmente distinguir los síntomas a corto plazo y entender los trastornos de ansiedad.

Clasificación

Los trastornos de ansiedad se clasifican, según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, en:

- **Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG):** caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

Copia N°:	Representante de la Dirección:		Fecha:
	<u>Revisó</u>		<u>Aprobó</u>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend	
<u>Firma</u>			
<u>Fecha</u>	04/04	19/04	

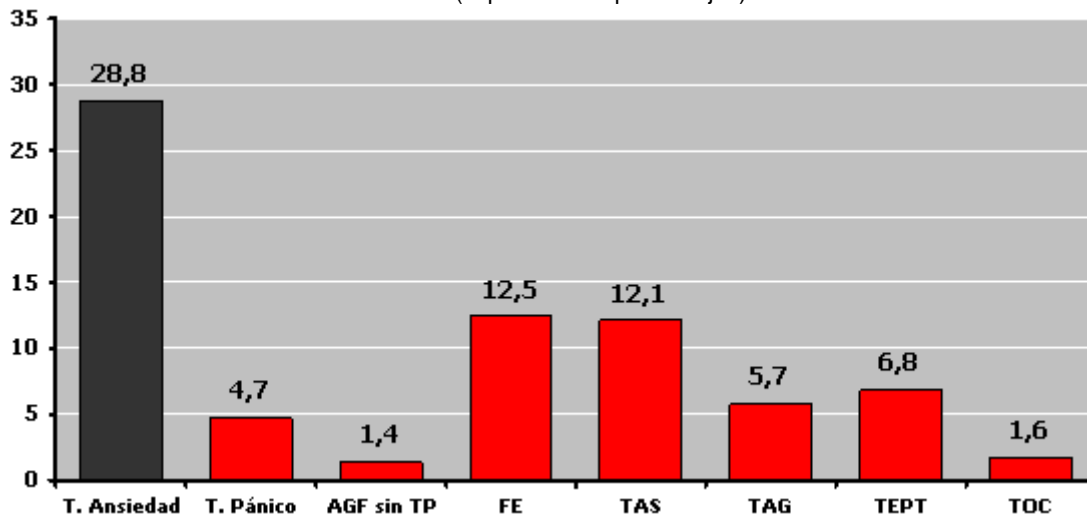
- **Trastorno de pánico:** presencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes, de inicio brusco, que alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos. Puede presentarse con agorafobia o sin ella.
La crisis de angustia se caracteriza por aparición súbita de miedo o malestar intenso, acompañados habitualmente por palpitaciones, taquicardia, diaforesis, sensación de ahogo o atragantamiento, precordialgia, molestias abdominales, inestabilidad, desrealización, despersonalización, sensación de muerte inminente o temor a perder la razón, parestesias, escalofríos. La presencia de cuatro de estos síntomas es suficiente para su diagnóstico.
La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares y situaciones donde escapar puede resultar difícil, o donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. La agorafobia puede presentarse sin historia de crisis de angustia.
En cualquier forma de presentación, estas manifestaciones causan un estado permanente de preocupación, cristalizando el círculo de crisis de angustia, angustia anticipatoria, conductas evitativas, con deterioro del desempeño social, académico y laboral.
- **Trastornos Fóbicos:**
 - Fobia social: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, que da lugar a comportamientos de evitación.
 - Fobia específica: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, que da lugar a comportamientos de evitación.
- **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC):** obsesiones intrusivas y egodistónicas, que causan ansiedad y malestar, y compulsiones cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad, constituyendo rituales altamente complejos que afectan el desempeño del individuo. Las obsesiones y compulsiones pueden, en algunos casos, presentar carácter delirante e irreductible.
- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, en los que la persona ha estado expuesta a un riesgo real de propia muerte o la de otra persona, haya presenciado o no el acontecimiento. Puede presentarse inmediatamente después del acontecimiento traumático o tiempo después, pudiendo llegar a presentarse décadas después. Característicamente presenta síntomas intrusivos en la vigilia y durante el sueño, que generan aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma o afrontamiento con gran costo emocional y físico.
- **Trastorno de ansiedad debido a condición médica general:** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente.

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico, o bien por su abstinencia.

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad afectan aproximadamente a una cuarta parte de la población. Representan el motivo de consulta psiquiátrica mas frecuente y el quinto motivo de consulta médica general. La prevalencia en la población de los trastornos de Ansiedad en conjunto es del 29% (gráfico 1).

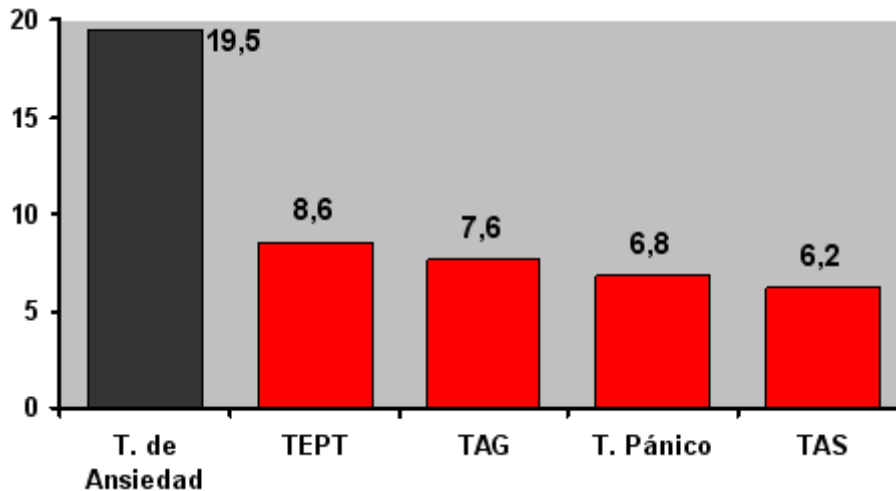
Gráfico 1: Tasa de prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad en la población general a lo largo e la vida (expresado en porcentajes).



Kroenke & col. Ann Intern Med. 2007; 146:317-325. n: 965 (15 Centros de atención primaria, EEUU)

Se estima que más de una de cada cuatro personas tuvo, tiene o va a tener alguno de estos trastornos, en algún momento de su vida. Aproximadamente uno de cada diez individuos tiene, al menos, una crisis de pánico en algún momento de su vida. Estas afecciones presentan una alta frecuencia de presentación en los centros de atención primaria de la salud (gráfico 2).

Gráfico 2: Tasa de prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad en centros de atención primaria (expresado en porcentajes).



Kroenke & col. Ann Intern Med. 2007; 146:317-325. n: 965 (15 Centros de Atención Primaria, EEUU)

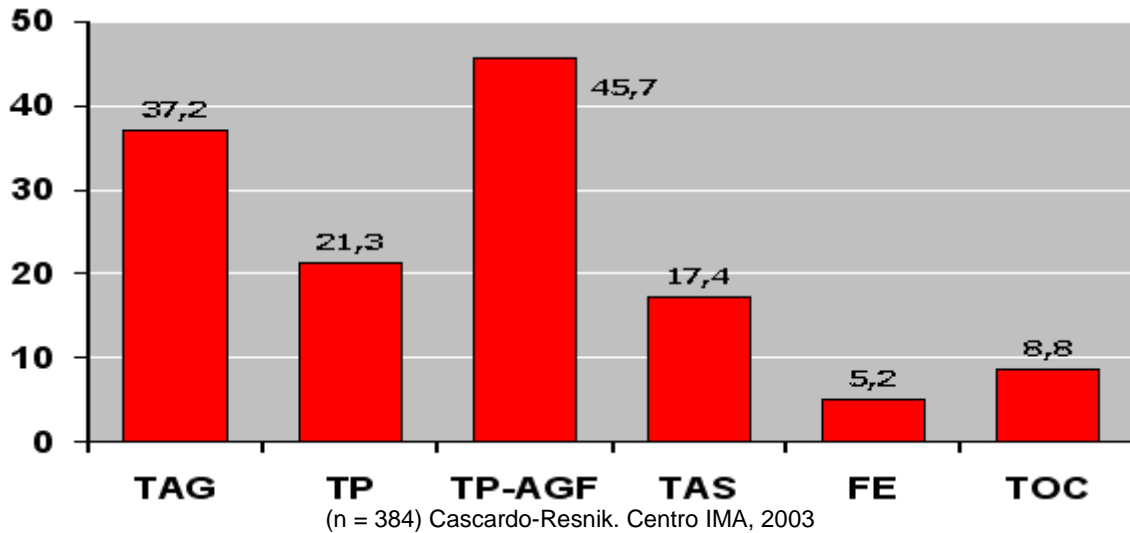
En Argentina, en el Centro IMA, especializado en trastornos de ansiedad, el diagnóstico más frecuente es el trastorno de pánico-agorafobia, y luego el trastorno de ansiedad generalizada (tabla 1, gráfico 3).

Tabla 1: Frecuencia de aparición de los distintos trastornos de ansiedad en la población clínica argentina

Trastorno de Pánico	4.7%
Agorafobia sin pánico	1.4%
Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)	12.1%
Fobia Específica	12.5%
TAG	5.7%
TOC	1.6%
TEPT	6.8 %
Trastorno de Ansiedad por Separación	5.2 %
Algún Trastorno de Ansiedad	28,8 %

Cascardo-Resnik. Centro IMA, 2003

Gráfico 3: Distribución según diagnóstico en población clínica (Ciudad de Buenos Aires)



Estas afecciones se desarrollan antes de los treinta años pero se diagnostican tardíamente. En nuestra población abarca un rango muy variable que está entre los 20 y 50 años, con un promedio de 39 años (gráfico 4). Son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto el TOC (gráfico 5). Un tercio a la mitad de los enfermos presentan una forma crónica y persistente o recidivante aún recibiendo tratamiento; otro tercio mejora completamente.

Gráfico 4: Edad de consulta

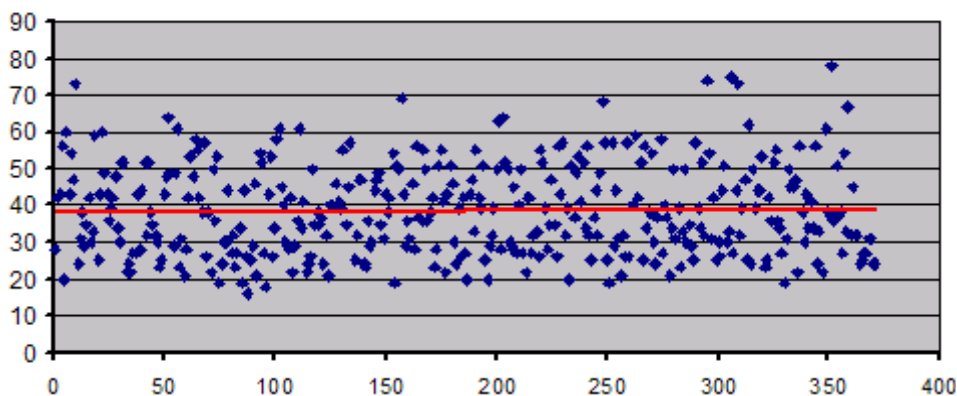


Gráfico 5: prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad según sexo

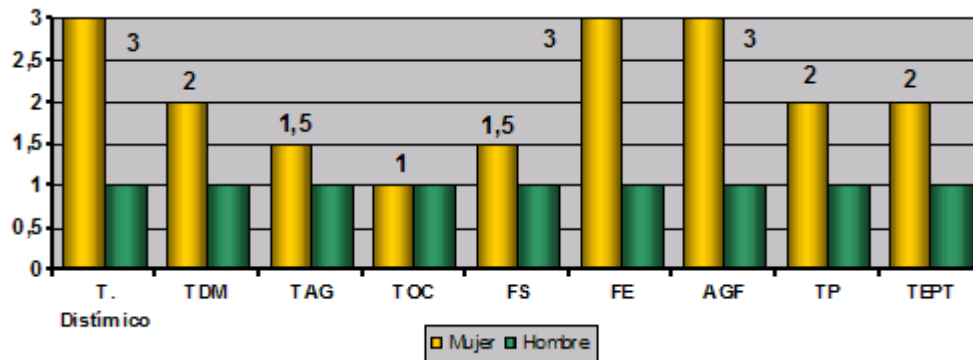


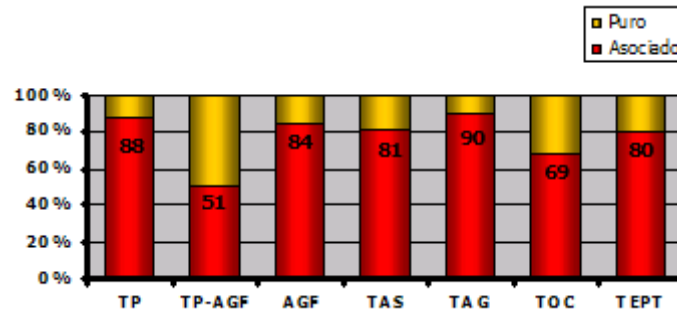
Gráfico 6
Distribución por sexo



El TAG, los trastornos fóbicos y el TOC son crónicos, de evolución fluctuante en relación con los factores ambientales y la adhesión al tratamiento adecuado. El trastorno de pánico y el TEPT, diagnosticados tempranamente y tratados de forma adecuada, suelen resolver entre los 6 y 24 meses de tratamiento efectivo. No obstante, marcan un patrón de respuesta del individuo que presenta escasa o nula capacidad de resiliencia. Son comunes las recaídas ante el abandono de la terapia.

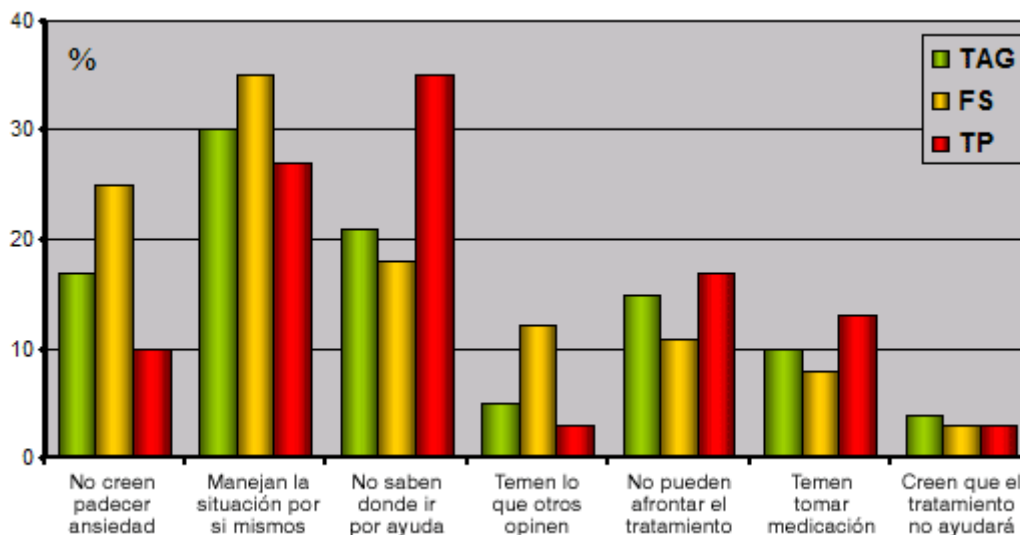
Se advierte que la ansiedad se asocia con tasas de suicidio altas y es la complicación más temida. Otras complicaciones son el abuso de alcohol y sustancias y la automedicación. Se destaca que la morbilidad es importante y aumenta cuando hay comorbilidad con otra enfermedad médica subyacente o con depresión, así como cuando no se diagnostica ni se trata adecuadamente. La mayoría de las veces se observan 2 ó más trastornos asociados, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento (gráfico 7).

Gráfico 7: Comorbilidad entre los trastornos de ansiedad



Existen numerosos obstáculos para el tratamiento, pero el principal en nuestro medio es el desconocimiento de estas patologías por parte de la población (gráfico 8).

Gráfico 8: causas de ausencia de tratamiento en diferentes trastornos de ansiedad.



Olfson (2001)

Fisiopatología

La fisiopatología de los trastornos de ansiedad es desconocida; puede no reflejar un desequilibrio único del sistema neurotransmisor, pero puede ser resultado de múltiples interacciones entre varios neurotransmisores, incluyendo la noradrenalina (NA), el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la serotonina (5HT).

Presentación

- Rara vez los pacientes acuden al médico por ansiedad como tal en la primera consulta.

- Suelen acudir a los servicios de emergencias los pacientes que presentan trastornos de pánico, TEPT de inicio precoz, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y TAG (este último en período de exacerbación), ante la presencia de crisis de angustia refiriendo precordialgia, sensación de ahogo, parestesias, entre los síntomas más frecuentes, asociados a la sensación de muerte inminente.
- En los TEPT y los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, los antecedentes inmediatos y la ausencia de síntomas previos facilitan el diagnóstico.
- Estos enfermos acuden al consultorio de diferentes especialidades por dolor crónico o intermitente, nerviosismo, insomnio, quejas somáticas difusas y difíciles de explicar, cefalea tensional, entre otros síntomas. El deterioro del funcionamiento global se observa en las personas que presentan TAG de larga evolución, crisis parciales de angustia, TEPT de inicio demorado (más de 6 meses después del episodio traumático) y trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica.

Diagnóstico

Se debe considerar inicialmente todo síntoma de ansiedad como de origen médico, puesto que en numerosas entidades se presenta como síntoma propio. Se realiza:

- examen físico y neurológico completo
- evaluación de estado mental
- pruebas de laboratorio apropiadas
- electrocardiograma
- radiografía de tórax
- electroencefalograma
- conocimiento completo de la historia médica, psíquica y farmacológica.

El diagnóstico diferencial es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades médicas producen síntomas ansiosos agudos y crónicos (tabla 2).

Tabla 2: Etiología médica de la ansiedad

Patologías respiratorias	Asma, EPOC, edema pulmonar, embolia pulmonar, neumotórax, neumonía
Patologías cardiovasculares	Arritmias cardiacas, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, insuficiencia coronaria, prolapso de la válvula mitral
Patologías autoinmunes	<i>Miastenia gravis</i>, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea
Patologías	Hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hipopituitarismo,

endocrinas	síndrome de Cushing, enfermedad de Addison
Neoplasias	Feocromocitoma
Patologías neurológicas	Epilepsia temporal, migraña, vértigo verdadero
Alteraciones metabólicas	Hipovolemia, anemia, desequilibrio hidroelectrolítico
Patologías gastrointestinales	Disfagia, úlcera péptica, colitis
Fármacos	Analgésicos, anestésicos, anticolinérgicos, antidepressivos, antihistamínicos, antihipertensivos, broncodilatadores, simpaticomiméticos, penicilina, sulfonamidas.
Drogas de uso y abuso	Alucinógenos, alcohol, cocaína, marihuana, anfetaminas, nicotina, cafeína.

Escalas para Evaluar Ansiedad

Para los médicos no psiquiatras existe la posibilidad de usar escalas de medición de la ansiedad que ayudan en el diagnóstico. Estos instrumentos son de fácil aplicación, que se le entregan al paciente mientras espera la atención médica y su resultado positivo esclarece el diagnóstico.

- ▶ Escala de Hamilton de ansiedad (HAS)
- ▶ Inventario del estado de ansiedad (ASI)
- ▶ Inventario del estado-rasgo de ansiedad (STAI)
- ▶ Lista de síntomas-90 (SCL-90-R)
- ▶ Inventario de ansiedad de Beck (BAI)
- ▶ Escala de autoevaluación de ansiedad (SRAS).

En el diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, no deben confundirse los síntomas ansiosos participantes en otros trastornos (trastorno depresivo mayor, trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso, psicosis, abuso de sustancias).

Tratamiento

- Objetivo: aliviar los síntomas, prevenir recaídas y procurar un funcionamiento global adecuado que le permita al paciente trabajar o estudiar y relacionarse normalmente.
- La combinación de terapia cognitiva conductual (TCC) y fármacos es el tratamiento más efectivo en todos los trastornos de ansiedad.
- El TEPT responde particularmente a la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (**EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing**).
- La mayoría de pacientes requieren un manejo ambulatorio y son raros los casos que ameritan hospitalización.

- Cualquier tratamiento dirigido al paciente ansioso se debe iniciar en un ambiente cálido y empático, que le brinde apoyo y cuidados. Se debe establecer una alianza terapéutica y psicoeducar al paciente, su familia y entorno sobre el trastorno de ansiedad específico.

Psicoterapias

- Existen diversos tipos de psicoterapia usados en el manejo de los trastornos de ansiedad: la TCC es de elección, debido a la confirmación de su efectividad en estudios de alta calidad.
- La TCC engloba varios tratamientos: la psicoeducación, la vigilancia continuada de la angustia, la reestructuración cognoscitiva y la exposición *in vivo*.
- La terapia cognoscitiva es una técnica enfatizada en lograr cambios en el pensamiento distorsionado y la forma de percibir el mundo mediante la enseñanza de nuevos modos de pensar y de comportarse, para reemplazar actitudes negativas erróneas respecto a sí mismos, del mundo y del futuro.
- La psicoterapia de grupo es efectiva en algunos pacientes.
- Socioterapia: implica acciones psicosocioculturales dirigidas a la comunidad, en especial al ambiente laboral y escolar donde los sujetos ansiosos pueden ser objeto de discriminación y estigmatización. Las intervenciones sociales mejoran el pronóstico y son un sustento para la rehabilitación psicosocial.

Farmacoterapia

► Tratamiento de la crisis:

Se utilizan benzodiacepinas a fin de suprimir el síntoma. Se eligen las benzodiacepinas de alta potencia y rápido inicio de acción (tabla 3). Su uso se restringe a la fase aguda y a las primeras semanas del tratamiento, durante el tiempo de latencia de los antidepresivos. Se debe tener precaución por su alta capacidad adictiva y se evitará su uso en personas con antecedentes de abuso de sustancias. Se inicia el tratamiento con dosis bajas, dentro del rango terapéutico, titulando hasta lograr la desaparición sintomatológica o hasta aparición de efectos adversos. En cuanto el paciente se encuentre estabilizado, se debe indicar un plan de suspensión gradual, no mayor al 25% de la dosis por semana, a fin de evitar la aparición del síndrome de abstinencia.

Tabla 3: Uso de benzodiacepinas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad

Fármaco	Rango terapéutico (mg/día)	Dosis de inicio mg/día	Particularidades
Alprazolam	0.25 a 6	0.25 a 1	Vía oral o sublingual 1 a 4 tomas diarias 1ra elección en las crisis Vía oral o sublingual

Clonazepam	0.5 a 6	0.5 a 2	1 a 3 tomas diarias De elección durante el período de latencia de antidepresivos y de mantenimiento.
Lorazepam	0.5 a 5	0.5 a 1	En crisis graves permite la utilización de la vía intravenosa

► **Tratamiento del trastorno:**

Su objetivo es la restitución del paciente a su estado previo al inicio del cuadro. Se utilizan antidepresivos en combinación con benzodiacepinas o sin ellas. Se inicia tratamiento con dosis subterapéuticas de antidepresivos, ya que en el período inicial pueden exacerbar la sintomatología (tabla 4). Tienen una latencia de acción de 4 a 8 semanas (es muy importante explicar esto al paciente, acompañarlo y, de ser necesario, mantener las benzodiacepinas durante este período).

Tabla 4: Dosis de antidepresivos recomendadas en los trastornos de ansiedad

Fármaco	Rango de dosis mg/día	Dosis de inicio mg/día
Sertralina	50 a 200	12,5 a 25
Paroxetina	20 a 80	5 a 10
Citalopram	20 a 40	5 a 10
Escitalopram	10 a 20	5 a 10
Fluoxetina	20 a 60	5 a 10
Imipramina	50 a 300	10
Clorimipramina	25 a 250	10

Cumplido el período de latencia, la respuesta parcial indica dosis insuficiente; la ausencia de respuesta puede deberse a dosis insuficiente o a falta de respuesta al fármaco utilizado. La suspensión debe ser gradual y supervisada. La eficacia es similar en todos los antidepresivos recomendados, por lo que los factores que determinan la elección del antidepresivo son (tabla 5):

- Consideración del perfil de efectos colaterales en relación con el paciente
- Consideración de los efectos adversos
- Historia farmacológica del paciente
- Conocimiento del médico sobre el fármaco
- Preferencias del paciente
- Costo del fármaco.

Tabla 5: Ventajas y desventajas de los antidepresivos en los trastornos de ansiedad

Mecanismo de acción	Ventajas	Desventajas	Fármacos
Inhibidores selectivos de la receptación de	Una sola dosis diaria Eficacia probada	Latencia de inicio Síndrome de discontinuación Efectos adversos.: ansiedad,	Sertralina Paroxetina Citalopram

serotonina (1ra elección)	en todos los trastornos de ansiedad Amplio índice terapéutico Mejor perfil de efectos adversos	agitación, insomnio, náuseas, cefaleas, diarreas, disfunción sexual. Alto costo	Escitalopram Fluoxetina
Antidepresivos tricíclicos	Una sola dosis diaria Amplia experiencia Bajo costo	Efecto paradójico en el 25% de los pacientes Bajo índice terapéutico Angiogénesis inicial Latencia de inicio Efectos anticolinérgicos Ganancia de peso Frecuente hipotensión postural Los efectos adversos condicionan la discontinuación en el 15% a 20% de los casos	Imipramina Clorimipramina
IMAO Se dejaron de usar		Restricciones dietéticas Riesgo de síndrome tiramínico Efectos anticolinérgicos Peligro de toxicidad	Tranilcipromina (único disponible en el país)

Actualmente la pregabalina es una buena opción para evitar el uso de benzodiazepinas en este período del tratamiento. Esta droga se une con la subunidad proteica alfa₂-delta de los canales de calcio dependientes de voltaje, con menor liberación de neurotransmisores. La acción farmacológica mediada por la unión a dicha subunidad está confinada al cerebro y la médula espinal. No es útil en las crisis porque requiere titulación lenta. Presenta un bajo perfil de efectos colaterales y adversos. Su principal desventaja es el alto costo. El rango de dosis terapéutica es de 75 a 300 mg/día, debiendo iniciarse tratamiento con 25 mg/día.

► Tratamiento de mantenimiento

Su objetivo es la consolidación de la mejoría y la prevención de recaídas y recidivas. Se mantienen la droga y la dosis con las que se logra la remisión sintomatológica. La duración de este período oscila entre los 9 meses y los 2 años desde la remisión sintomatológica en los trastornos de pánico, TAG y TEPT, dependiendo de la gravedad de los síntomas, el tiempo de evolución del cuadro y los antecedentes de episodios anteriores.

En el TOC, el tratamiento suele prolongarse. En los trastornos fóbicos, cuando el objeto fóbico no pertenece a la cotidianidad del paciente, se utiliza únicamente

tratamiento preventivo y/o sintomatológico ante la exposición puntual, pudiendo usarse benzodiazepinas o betabloqueantes. Si la exposición al objeto fóbigeno es permanente e inevitable se siguen los mismos lineamientos de los trastornos de pánico.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, revisión de la cuarta edición. Copyright 2000 American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. Kaplan, Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Octava edición. Ed. Panamericana 2001.
3. M. Suarez Richards, Introducción a la psiquiatría. Tercera edición. Ed. Polemos. 2007.
4. American Psychiatric Association. Work Group on Panic Disorder. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am. J. Psychiatry 1998; 155:1570 – 1577.
5. American Psychiatric Association. Trastornos de Ansiedad. Autoevaluación y actualización en psiquiatría. Educación Médica Continuada Ltda. 2001.
6. Kessler R. Lifetime and 12 month Prevalence of DSMIII R Psychiatric Disorders in the United States. Arch Gen Psych 1994; 51: 8-19.
7. Regier DA. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. JAMA 264: 2511-2518
8. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva. WHO, 1993.
9. Enzo Cascardo y Pablo E. Resnik. Trastorno de Ansiedad Generalizada: Bases para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con preocupación excesiva. Editorial Polemos. 2005.
10. AATA: ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Curso Anual sobre Trastornos de Ansiedad. Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad y Colegio de Neuropsicofarmacología del N.E.A. Corrientes, 2002.
11. CARRIÓN O, BUSTAMANTE G. Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Editorial Galerna S.R.L. Buenos Aires, 2001.
12. GUTHERIE SK. Obsessive Compulsive Disorder & Generalized Anxiety Disorder, En: CURTIS, JL; DIPAULA, BA; DOPHENDIE, JA; FULLER, MA; GUTHERIE, SK ; TYLER, LS: Psychiatric pharmacy practice speciality certification. Examination review course. American Society of Health-System Pharmacy, Seattle, 2001: Páginas 215 a 220.
13. SHARMA R, ANDRIUKAITIS & DAVIS J. Estados de ansiedad, En: FLATHERY JA, CHANNON RA, DAVIS JM. Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana S.A. México, 1991.