

PLM[®]
EDICIÓN 1
2010
COLOMBIA

Guía de Depresión y Ansiedad



MEDICAMENTOS
TOTALMENTE CONFIABLES





Guía de Depresión y Ansiedad

Angela Maria Iragorri Cucalon. M.D.

Neurologa - Psiquiatra. Universidad Javeriana

Clinica de la Mujer, Hospital San Ignacio, Centros Medicos
Colmedica Medicina Prepagada

Docente de neurociencias. Maestría de ciencias de la visión
Facultad de optometría. Universidad de La Salle

Miembro del comité editorial Revista Ciencia y Tecnologia para
la salud visual y ocular. Universidad de la Salle

Miembro Asociacion Colombiana de Neurologia.Miembro
Asociacion Colombiana de psiquiatría.

GUÍA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD

Director General PLM

Lic. Antonio Carrasco Ruiz

Directora Comercial Colombia

Constanza Riaño Rodríguez

Gerente Regional Centroamérica

Hernando Fonseca S.

Gerentes Unidad de Negocios

Aura Victoria Quiñones M.

Myriam Olaya Patiño

William O. Martín Becerra

Ejecutiva de Ventas

Fabiola Pachón Velazco

Médico Editor

Angela María Iragorri Cucalon M.D.

Coordinador de Operaciones

Alfredo Rodríguez Vásquez

Dpto. de Operaciones

Gina Tovar Q.

Nahidú Ronquillo

Clara Elena Rodríguez

Diseño Editorial

Jeisson Andrés Arévalo G.

Desarrollo Web

Luisa Jovana Noguera

Guía de Trastornos
Depresivos y de Ansiedad
Primera Edición 2010

Impreso en Colombia

Printed in Colombia

THOMSON PLM, S. A.

Calle 106 No. 54-81

PBX: 613-1111

Fax: 624-2335

Línea gratuita: 018000 912068

Bogotá, D. C., Colombia

© Derechos reservados.

Queda expresamente prohibida la transcripción, reproducción o transmisión total o parcial de esta obra por métodos electrónicos, mecánicos o fotocopias sin permiso previo y por escrito de THOMSON PLM, S. A.

© All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced or stored in a retrieval systems, electronics, mechanicals, photocopying or otherwise, without prior permission in writing from THOMSON PLM, S. A.

NOTAS PRELIMINARES

Los avisos insertos en esta publicación fueron ordenados y revisados por los interesados, razón por la cual asumen la responsabilidad de los mismos se derive por sus forma y contenido. Los editores reúnen, clasifican, imprimen y distribuyen la información acopiada y los avisos ordenados.

Miembro de la Cámara
Colombiana
de la Industria Editorial.

MÉXICO

PLM, S. A. de C.V.

Av. Barranca del Muerto- Núm. 8

Col. Crédito Constructor

Delegación Benito Juárez

03940 México, D. F.

Tel.: 52 (55) 5480-7800

Fax: 52 (55) 5662-8746

Lic. Antonio Carrasco Ruiz

OFICINA REGIÓN SURAMÉRICA

COLOMBIA, ECUADOR, PERÚ

PLM ECUADOR

Calle Gonzalo Noriega No. 39-18

y Portete

Quito

Tels.: (5932) 27 1403/1418

Fax: (5932) 27 1373

Juan Carlos Betancourt

juan.betancourt@plmlatina.com

PLM COLOMBIA

Calle 106 No. 54-81

Bogotá, D. C., Colombia

PBX: (571) 613-1111

Fax: 624-2335

Línea gratuita: 018000 912068

Apartado Aéreo 52998

Constanza Riaño Rodríguez

constanza.riano@plmlatina.com

PLM PERÚ (Perú), S. A.

Av. Javier Prado Este 1504

Urb. Corpac, San Isidro

Lima - Perú

Telefax: 224-1567, 223-2711

Geraldina Bañados

geraldina.banados@plmlatina.com

REGIÓN CENTROAMÉRICA Y

VENEZUELA

THOMSON PLM VENEZUELA

Avda. Principal de La Urbina

Edificio Boulevard,

Caracas, Venezuela: Local 2B

Tels.: (58) 212 243-6525,

243-8562, 241-0346

Bogotá, D. C., Colombia:

PBX: (571) 613-1111

Hernando Fonseca Sierra

hernando.fonseca@plmlatina.com

REGIÓN CENTROAMÉRICA

PANAMÁ, NICARAGUA Y COSTA RICA

Del Costado Norte de

La Torre Mercedes (Paseo Colón) 75

mts - Oeste Casa 2613. San José,

Costa Rica

Tel.: (506) 2248-1017

José Mendoza

jose.mendoza@plmlatina.com

GUATEMALA, EL SALVADOR Y HONDURAS

Avenida Reforma 7-62, Zona 9,

Edificio Aristos Reforma, 6to.

Nivel, Oficina. 604

Guatemala, Guatemala

Tels. (502) 2385-0683 / 84

Fax: (502) 2385-1700

Wendy Escobar

wendy.escobar@plmlatina.com

OTROS PAÍSES

Av. Barranca del Muerto Núm. 8

Col. Crédito Constructor,

México, D.F. 03940

Tel.: 52 (55) 5480-7800

Fax: 52 (55) 5662-8746

Verónica Barajas

veronica.barajas@plmlatina.com

José Mendoza

jose.mendoza@plmlatina.com

PLM®

CONTENIDO

TRATAMIENTO DE TRASTORNO DEPRESIVO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	5
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.....	5
TEORÍA BIOLÓGICA DE LA DEPRESIÓN.....	7
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	8
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DSM IV TR.....	9
Episodio depresivo mayor.....	9
Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único.....	11
Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante o recurrente.....	12
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN MAYOR.....	12
ESQUEMA GENERAL DE MANEJO DE DEPRESIÓN MAYOR.....	16
TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	16
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	17
1. CRISIS DE ANGUSTIA O ATAQUE DE PÁNICO.....	17
2. AGORAFOBIA.....	19
3. TRASTORNO DE PÁNICO O TRASTORNO DE ANGUSTIA.....	19
ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO.....	19
4. FOBIA ESPECÍFICA.....	20

5. FOBIA SOCIAL	21
6. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	22
7. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....	23
ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	24
FACTORES ETIOLÓGICOS	26
8. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO	26
9. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	27
ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	28
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MÁS FRECUENTES.....	29
1. TRASTORNO DE PÁNICO.....	29
Antidepresivos:	29
Antidepresivos de segunda línea:	30
Ansiolíticos:.....	30
Psicoterapia:	31
2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO..	31
3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	33
No farmacológico.....	34
4. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.....	35
Primera línea de tratamiento:	35
Segunda línea:	36
Tercera línea:	36
Cuarta línea:	36
Psicoterapia:	36
REFERENCIAS	37

TRATAMIENTO DE TRASTORNO DEPRESIVO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, así como es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En 1990, los resultados del estudio del Banco Mundial sobre la carga de enfermedad en el mundo mostraron que los trastornos mentales constituyen 8,1% de los problemas de salud y la depresión 17,3%.

PREVALENCIA: el trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres: prevalencia de 10-25% en mujeres y 5-12% en hombres. En Colombia, un análisis secundario del estudio nacional de salud mental, realizado en 1993, demostró una prevalencia de 18%.

CURSO: la edad promedio del inicio del trastorno depresivo mayor es la mitad de la tercera década de la vida. El curso es variable y algunos pacientes tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, mientras que otros presentan episodios frecuentes. El número de episodios es predictor de las probabilidades de tener un episodio depresivo mayor posterior.

Se estima que 50–60% de los pacientes que han sufrido un episodio depresivo mayor manifiestan un segundo episodio. Quienes han sufrido un segundo episodio tienen 70% de posibilidades de tener un tercero y quienes han padecido tres episodios un 90% de posibilidades de tener el cuarto. Entre 5 y 10% de los sujetos con trastorno depresivo mayor episodio único presentan luego un episodio maníaco. Los síntomas de los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente en dos terceras partes de los casos y, no hacerlo, o hacerlo sólo parcialmente, en aproximadamente un tercio de los casos. Quienes manifiestan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de sufrir otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepiódica.

Con frecuencia, los episodios depresivos mayores se producen después de que el individuo sufre el impacto de un acontecimiento psicosocial grave, por ejemplo, la muerte de un ser querido, las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) también contribuyen al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

FACTORES GENÉTICOS: el trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en familiares de primer grado que en la población general. Los estudios que comparan las tasas de concordancia en gemelos sugieren una heredabilidad del 37% (inferior a la de TAB y esquizofrenia). La depresión de inicio temprano, severa y con tendencia a la recurrencia tiene mayor heredabilidad que las otras formas de depresión. Ésta no es una enfermedad causada por un solo gen, tiene características genéticas complejas y está influenciada por estresores del entorno.

TEORÍA BIOLÓGICA DE LA DEPRESIÓN

- 1. Hipótesis de las monoaminas:** es la teoría más antigua y conocida, la cual hipotetiza que la depresión es ocasionada por deficiencia de neurotransmisores tipo monoaminas, especialmente serotonina y noradrenalina.
- 2. Hipótesis de los receptores de los neurotransmisores:** propone que hay alteraciones en los receptores de las monoaminas que actúan como neurotransmisores y que puede ser secundaria a la deficiencia de neuroaminas, que hace que los receptores postsinápticos, de manera compensatoria, aumenten en número (regulación a la alta).
- 3. Hipótesis de las monoaminas y la expresión genética:** plantea que no hay alteraciones en los neurotransmisores ni en los receptores de los sistemas de las monoaminas y que la depresión es ocasionada por defectos en mecanismos intracelulares que regulan la ex-

presión genética. El gen diana para el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) se ha propuesto como el posible implicado. En condiciones normales, el BDNF mantiene la viabilidad de las neuronas, pero en situaciones de estrés el gen para el BDNF está reprimido y no se sintetiza; esto lleva a atrofia y posible apoptosis de neuronas vulnerables en el hipocampo, llevando a la aparición de síntomas de depresión.

- 4. Hipótesis de las neuroquininas:** surgió de observaciones casuales en las que un antagonista de una neuroquinina llamada sustancia P parecía tener efecto antidepressivo. La sustancia P y las neuroquininas relacionadas están presentes en áreas del cerebro, como la amígdala, que es importante en el control de las emociones; también está presente en áreas ricas en monoaminas, lo que sugiere un potencial papel regulador de las neuroquininas sobre las monoaminas.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los sentimientos de desesperanza, minusvalía y culpa excesiva son síntomas esenciales para diferenciar la tristeza normal de la depresión mayor. En la depresión mayor están presentes síntomas somáticos, como anorexia, fatiga, pérdida de peso, insomnio, pero síntomas como la anhedonia, el afecto triste, las ideas de minusvalía, desesperanza y culpa, pensamientos recurrentes sobre la muerte, el deseo de morir y la ideación suicida son esenciales para el diagnóstico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DSM IV TR

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin antecedente de episodios de exaltación afectiva (maníacos, hipomaníacos o mixtos), ya que la presencia de estos últimos configura el diagnóstico de trastorno bipolar. Cuando se presentan dos o más episodios depresivos mayores se denomina trastorno depresivo mayor recidivante o recurrente.

Episodio depresivo mayor

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; algunos de los síntomas deben ser: 1) Estado de ánimo depresivo, o (2) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
- 1)** Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi a diario, según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - 2)** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

- 3)** Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - 4)** Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - 5)** Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - 6)** Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7)** Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - 8)** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - 9)** Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
-

- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Especificar: leve, moderado, severo con o sin síntomas psicóticos, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto.

Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante o recurrente

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Especificar: leve, moderado, severo con o sin síntomas psicóticos, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN MAYOR

ANTIDEPRESIVOS: aproximadamente la mitad de los episodios moderados a severos de depresión mejoran con tratamiento de antidepresivos.

Los tipos de antidepresivos se clasifican por su mecanismo de acción:

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS:** fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. Amplifican la actividad serotoninérgica por medio de la inhibición de la recaptación de serotonina en la hendidura sináptica.

Los ensayos clínicos han mostrado muy pocas diferencias en cuanto a la eficacia y la tolerabilidad entre los diferentes ISRS y entre éstos y otras clases de antidepresivos. Sin embargo, existen algunas diferencias que deben tenerse en cuenta. Por ejemplo, el metabolito activo de la fluoxetina es el que tiene la vida media más larga y, por tanto, es menos frecuente el síndrome de discontinuación. Los ISRS son mejor tolerados que los tricíclicos y tienen menos efectos cardiovasculares. Los ISRS parecen ser menos efectivos que los tricíclicos e inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina en depresión con síntomas físicos o dolor prominentes.

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina:** reboxetina. Aumentan la actividad noradrenérgica por medio de la inhibición de la recaptación de noradrenalina en la hendidura sináptica. Su efectividad es comparable con la de los antidepresivos tricíclicos y con la de los ISRS. Se propone que puede mejorar la apatía y el enlentecimiento psicomotor
- **Inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina:** desipramina y maprotilina. Tienen efectos anticolinérgicos y bloquean los receptores de histamina H1.

- **Inhibidores de recaptación mixtos o de acción dual:** incrementan la actividad noradrenérgica y serotoninérgica por medio de la inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina en la hendidura sináptica.
- **Antidepresivos tricíclicos:** amitriptilina, clomipramina e imipramina.
- **Nuevos agentes no tricíclicos:** venlafaxina, bupropion y duloxetina.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina como la venlafaxina y la duloxetina bloquean los transportadores de las monoaminas de manera más efectiva que los tricíclicos, sin los efectos sobre la conducción cardíaca que puede ocurrir con los agentes tricíclicos. La acción dual de la venlafaxina parece mostrar eficacia en depresión severa.

El bupropion inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina, y no tiene acción directa sobre el sistema serotoninérgico; tiene una eficacia similar a la de los antidepresivos tricíclicos. Se asocia con menos náuseas, diarrea, somnolencia y disfunción sexual que los ISRS.

- **Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa IMAOS:** moclobemida. Inhiben la degradación de la monoaminoxidasa A o B. La moclobemida inhibe de manera reversible la MAO A, tiene un mayor margen de seguridad que los IMAOS antiguos y su eficacia es similar a la de los ISRS.
- Agentes de acción mixta
- Sobre receptores 5-HT₂, 5-HT₃, alfa₂ adrenérgico: la mirtazapina antagoniza los auto-

receptores alfa 2 adrenérgicos, aumentando la liberación de noradrenalina y serotonina en las neuronas del rafe mesencefálico; también actúa sobre receptores de serotonina 5-HT_{2A} y 5-HT₃ y receptores de histamina H₁. Tiene una eficacia similar a los tricíclicos e ISRS, pero con menos efectos sobre el sueño y la sexualidad.

- Sobre receptores 5-HT₂ + alfa1 adrenérgico: trazodona.

TERAPIA DE AUMENTO: diferentes medicamentos usados en combinación con los antidepresivos pueden aumentar el efecto de los antidepresivos, así como controlar otros síntomas, como los delirios, o prevenir el viraje a manía.

- **Moduladores del estado de ánimo**

- **Litio:** previene la recurrencia de manía o depresión. El 50 % de los pacientes que no han respondido a un antidepresivo mejoran cuando se adiciona litio.
- **Lamotrigina:** se usa como terapia de aumento en el trastorno depresivo mayor y para prevenir las recaídas en el trastorno bipolar. Puede inducir reacciones dermatológicas severas, por lo que se recomienda un inicio gradual.
- **Divalproato:** previene la recurrencia de la depresión bipolar.
- **Antipsicóticos:** se usan en combinación con antidepresivos para tratar la depresión con síntomas psicóticos. Los antipsicóticos atípicos también se utilizan para el tratamiento de

la depresión mayor resistente al tratamiento y la depresión bipolar (tienen un perfil favorable en cuanto a efectos extrapiramidales, pero conllevan otros riesgos como arritmias, diabetes, obesidad e hiperlipidemia).

ESQUEMA GENERAL DE MANEJO DE DEPRESIÓN MAYOR

- **Fase I:** antidepresivo tricíclico (amitriptilina o imipramina) o ISRS (fluoxetina). En general, se procura dejar la medicación en dosis plenas hasta 30-45 días.
- **Fase II:** en caso de no respuesta, cambiar a un antidepressivo del otro grupo (de tricíclico a ISRS o viceversa) y manejarlo de forma similar a la fase I.
- **Fase III:** antidepressivo tricíclico + ISRS o terapia de aumento.
- **Fase IV:** realizar lo contrario a lo aplicado en la fase III.
- **Fase V:** IMAO (tranilcipromina 10-20 mg/día).
- **Fase VI:** TECAR (terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación).
- **Fase VII:** Tricíclico + IMAO.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población general, con una mayor prevalencia en mujeres: 2:1. La ansiedad se caracteriza por una sensación displacentera

y vaga de aprehensión, asociada con cefalea, síntomas disautonómicos como diaforesis, sensación de palpitaciones, dolor torácico, molestias abdominales y dificultad para permanecer sentado o en un solo lugar durante un tiempo prolongado. El DSM IV clasifica los trastornos de ansiedad así:

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia) sin agorafobia.
- Ataques de pánico con agorafobia.
- Agorafobia sin ataques de pánico.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. CRISIS DE ANGUSTIA O ATAQUE DE PÁNICO

La característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos cuatro

de trece síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión en 10 minutos o menos, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia DSM IV TR

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones.
2. Sudoración.
3. Temblor.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náusea o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayos.
9. Desrealización o despersonalización.
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias.
13. Escalofríos o sofocaciones.

2. AGORAFOBIA

Se caracteriza por aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde es difícil escapar, o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares ésta, puede no disponerse de ayuda. Esta ansiedad suele conducir a comportamientos permanentes de evitación.

3. TRASTORNO DE PÁNICO O TRASTORNO DE ANGUSTIA

Los estudios indican una prevalencia de 1,5-3,5%. La característica esencial es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante por lo menos un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.

Los individuos con trastorno de angustia muestran una notable incidencia (50-65%) de trastorno depresivo mayor y es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (15-30% fobia social; 8-10% trastorno obsesivo-compulsivo; 10-20% fobia específica, y 25% trastorno de ansiedad generalizada).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

1. Teorías psicológicas: el psicoanálisis lo relaciona con excitabilidad y libido no descargada, en donde la represión induce finalmente un "estallido" (ataque

de pánico) cuando el yo percibe que se encuentra en una situación de peligro. La teoría cognitiva propone que la angustia es una conducta aprendida, una respuesta condicionada a estímulos que la mente asocia con "peligro".

2. Predisposición genética: se ha demostrado una concordancia entre gemelos univitelinos de 20,7 al 7%. Hettema propone una heredabilidad de 48%.
3. Activación noradrenérgica exagerada.
4. Estimulación masiva de receptores serotoninérgicos 5HT 1 A hipersensibles.
5. Hipótesis de la falsa alarma de asfixia (Donald Klein): mecanismo hipersensible de detección de CO₂ o lactato que produce ansiedad, disnea e hiperventilación.
6. Alteraciones en receptores GABA, con disminución de su sensibilidad.
7. Acontecimientos vitales perturbadores, en especial trauma infantil, violencia o maltrato y abuso sexual.
8. Prolapso de válvula mitral.

4. FOBIA ESPECÍFICA

Se caracteriza por un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritas, que lleva a conductas de evitación, miedo o ansiedad que interfieren significativamente con las actividades cotidianas del individuo, así como con sus relaciones laborales o sociales.

Pueden especificarse algunos subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación:

Tipo animal. Hace referencia a animales o insectos. Suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental. Hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y fenómenos atmosféricos (tormentas, precipicios o agua). Suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre-inyecciones-daño. Se refiere a la visión de sangre o heridas o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasivas. Este subtipo presenta una incidencia familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Tipo situacional. Se relaciona con situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, carros o recintos cerrados. Al inicio de este trastorno le sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida.

Otros tipos: situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito y a la adquisición de una enfermedad; fobia a los "espacios" y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor de 9%, mientras que la global oscila entre 10 y 11,3%.

5. FOBIA SOCIAL

Tiene una prevalencia de 3 a 13%. Suele aparecer a mediados de la edad adulta, a

veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social. Se caracteriza por miedo persistente a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. Los pacientes reconocen que el miedo es excesivo e irracional, y evitan las situaciones temidas. También puede aparecer una ansiedad anticipatoria mucho antes de que el individuo deba afrontar la situación temida.

6. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que el individuo considera intrusas e inapropiadas, y que provocan ansiedad o malestar significativo. Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes acerca de temas como la contaminación, dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según un orden determinado, impulsos agresivos y fantasías sexuales.

Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. Las compulsiones más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos.

Estudios recientes estiman una prevalencia global de 2,5%. Se presenta alrededor de los

20 años y tiene alta comorbilidad con otros trastornos: trastorno depresivo mayor 50-70%, fobia social 25%, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, abuso de alcohol, fobia específica, dismorfofobia y trastornos de personalidad.

7. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Se caracteriza por la aparición de síntomas luego de la exposición a un acontecimiento estresante y traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física, es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes y heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien, el individuo conoce a través de un familiar u otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. Entre los hechos traumáticos que pueden originar un TEPT están los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos o robo de propiedades), ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás, y que al ser transmitidos al individuo, pueden producir en él un trastorno por estrés posttraumático comprenden: actos terroristas, accidentes graves o heridas vividos por un

familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos. La probabilidad de presentar TEPT puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca se encuentre el agente estresante.

Los estudios basados en la comunidad revelan una prevalencia de 1- 14% y en individuos de riesgo 3-58%.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

- 1. FACTORES PSICBIOLÓGICOS Y NEUROPSICOENDOCRINOS:** aumento de la actividad simpática, que se manifiesta con taquicardia, estado de hiperalerta y elevación de metabolitos de las aminas biógenas en orina. En estudios prospectivos se han observado niveles bajos de cortisol al momento de la exposición al trauma e hipersensibilidad a los glucocorticoides. Estudios en veteranos de combate con TEPT han demostrado una disminución del volumen en la región hipocampal, corteza prefrontal medial y amígdala. La exposición crónica a estresores produce una regulación al alza de los receptores 5Ht2 y regulación a la baja de los 5HT1A, por lo cual pueden aparecer la impulsividad, la agresión y la ideación de suicidio.
 - 2. TEORÍAS PSICOLÓGICAS:** el punto de vista psicodinámico afirma que la experiencia traumática revive el trauma infantil y genera comportamientos regresivos que vulneran la
-

capacidad del yo y de sus mecanismos de defensa para elaborar el trauma. El enfoque cognoscitivo plantea que el evocar la experiencia traumática mediante pensamientos y sentimientos la revive; la persona intentará entonces negar o evitar dichos aspectos para disminuir la ansiedad, por lo cual se presentará una alternancia de las fases evitativa e intrusiva. Por medio de modelos de procesamiento de información, el miedo se almacena en una red que contiene información acerca de estímulos relacionados con el peligro y, dado que el trauma se relaciona con una respuesta emocional de gran magnitud, el esquema de temor se mantiene activado.

El punto de vista comportamental sostiene que en una primera fase se da un proceso de condicionamiento clásico, en el que estímulos próximos a la situación traumática y que previamente eran neutros se asocian con ésta y adquieren la capacidad de producir, por sí mismos, las respuestas que provocaron la situación traumática. Luego se da un condicionamiento operante, ya que dichos estímulos se asocian con otros y así continúa la cadena hasta que un gran número de eventos provocan respuestas evitativas.

Estudios en Colombia mostraron que la duración y la gravedad del trastorno tienen relación con algunos elementos de la experiencia traumática o cercana a ella, así:

- Personas que pudieron ayudar o recibir ayuda, así como quienes imaginaron lo que podía ocurrir, presentaron menos síntomas de TEPT.

- Aquellos con rasgos pasivo-dependientes de personalidad mostraron una mayor prevalencia de TEPT crónico.
- Se evidencia mayor frecuencia TEPT crónico cuando los sobrevivientes se ven obligados, por la escasez de recursos, a permanecer durante largos períodos en campamentos de damnificados, en los que se pierde la estructura y la función de las redes de apoyo, tal como se detectó en las víctimas del terremoto de Armenia (1999).

FACTORES ETIOLÓGICOS

La evidencia clínica sugiere que la exposición a un evento estresante no es suficiente para el desarrollo de TEPT. Los factores etiológicos incluyen: género femenino, factores demográficos, vulnerabilidad genética a enfermedad psiquiátrica, factores temperamentales, de personalidad (límite, paranoide, dependiente y antisocial), enfermedades mentales previas, la reacción inmediata en el momento del trauma, otras circunstancias asociadas con el trauma (por ejemplo, mala red de apoyo), ingesta excesiva de alcohol reciente, presencia de eventos vitales estresores recientes, bajo estrato socioeconómico y nivel educativo, baja autoestima, tener una reacción a estrés agudo, características del trauma (naturaleza, gravedad y consecuencias).

8. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Se caracteriza por la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene

lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo. Los sujetos con trastorno por estrés agudo muestran una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia en un sentimiento de culpabilidad. A veces el individuo mantiene dificultades para concentrarse, tiene la sensación de estar separado de su cuerpo, experimenta el mundo como irreal o fantástico o nota una progresiva incapacidad para recordar detalles específicos del acontecimiento traumático (amnesia disociativa). Además, debe haber por lo menos una señal de cada grupo de síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno por estrés post-traumático.

La prevalencia del trastorno por estrés agudo, en la población expuesta a acontecimientos traumáticos de carácter extremo, depende de la intensidad y la persistencia del trauma y del grado de exposición a éste.

9. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas, que se observan durante un período superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos.

A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares, síntomas somáticos y respuestas de sobresalto exageradas, así como síntomas depresivos.

En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada es 3% aproximadamente, mientras que global llega hasta 5%. Según el Estudio Nacional de Salud Mental, en Colombia la prevalencia de ansiedad es 9,6% (7,1% en hombres, 12,2% en mujeres).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

En los años 80 se comprobó la existencia de mecanismos biológicos involucrados, principalmente tres neurotransmisores: GABA, noradrenalina y serotonina. Las estructuras encefálicas implicadas en las emociones incluyen: córtex, estructuras subcorticales (amígdala, hipotálamo y tallo cerebral).

De acuerdo con la teoría comportamental, la angustia es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental; las personas afectadas han sobregeneralizado sus temores y han aprendido, por imitación, a responder ansiosamente. La imitación proviene de respuestas similares de sus padres, cuidadores o figuras importantes; en consecuencia, las respuestas exceden la peligrosidad de las situaciones y subestiman sus propias habilidades para enfrentar esas amenazas.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MÁS FRECUENTES

1. TRASTORNO DE PÁNICO

Antidepresivos:

Antidepresivos tricíclicos (ADT), inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) han demostrado utilidad. Debido a los efectos secundarios y la necesidad de restricciones en la dieta, los IMAO se usan para pacientes que no responden a otros tratamientos.

La utilización de ADT o ISRS dependerá de las características clínicas, comorbilidad médica y los efectos adversos que pudieran presentarse. La acción de estos psicofármacos demora 2-4 semanas; esta situación debe ser conocida por el paciente con el fin de asegurar la adherencia al tratamiento.

Grupo terapéutico	Medicamento	Presentación	Dosis
ISRS	Fluoxetina	Cáp. x 20 mg Jarabe 5cc/20 mg	20-40 mg/día
	Sertralina	Tab. x 25-50-100 mg	50-100 mg/día
	Escitalopram	Tab. x 10-20 mg	10-20 mg/día
	Paroxetina	Tab. x 20 mg	20-40 mg/día
	Fluvoxamina	Tab. x 100 mg	50-200 mg/día

Grupo terapéutico	Medicamento	Presentación	Dosis
TRICÍCLICOS	Imipramina	Tab. x 25-50 mg	75-300 mg/día
	Clorimipramina	Tab. x 25-50 mg	75-300 mg/día
IMAO	Tranilcipromina	Tab. x 10 mg	10-60 mg/día

Antidepresivos de segunda línea:

Medicamento	Presentación	Dosis (mg/día)
Sertralina	Tab. x 50-100 mg	50-200
Escitalopram	Tab. x 10-20 mg	10-20
Paroxetina	Tab. x 20 mg	20-40
Fluvoxamina	Tab. x 100 mg	50-200
Venlafaxina	Tab. x 37,5-75-100 mg	75-150

Ansiolíticos:

Las benzodiazepinas son útiles en el abordaje inicial de los trastornos de pánico, porque se obtiene una rápida remisión de la crisis y, posteriormente, de la ansiedad anticipatoria. Sin embargo, se deben establecer pautas claras de tiempo de utilización de los ansiolíticos. En general, se recomienda dar la menor dosis de alguno de estos fármacos e iniciar su suspensión tan pronto el antidepresivo sea efectivo para prevenir ataques de pánico (dos semanas después de iniciado) y hacerlo paulatinamente en un lapso de cinco a diez días.

Alprazolam	Tableta 0,25mg, 0,5mg, 1mg	0,5 a 2mg al día
Clonazepam	Gotas 1ml, 2,5mg	0,5 a 3mg día
Lorazepam	Tabletas 1mg y 2 mg	1 a 2 mg día

Psicoterapia:

La terapia cognitivo-comportamental ha demostrado eficacia en el abordaje de los trastornos de pánico. Se realiza mediante reestructuración cognitiva para combatir ideas catastróficas.

La intervención familiar y las intervenciones psicosociales favorecen el manejo de la dinámica familiar conflictiva y los estresantes sociales externos.

Es fundamental realizar una buena psicoeducación y eventualmente con su familia si el paciente lo permite.

La psicoterapia de apoyo con entrenamiento en relajación también ha mostrado utilidad.

2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El tratamiento debe incluir medidas farmacológicas y psicoterapéuticas, así como comenzar por una explicación al paciente y a sus familiares acerca de la naturaleza del padecimiento, que les quite las connotaciones peyorativas que suelen tener.

Es probable que las primeras semanas, luego del trauma, se necesite agregar medicación para controlar el insomnio y el estado de hiperreactividad simpática, para lo que pueden ser útiles dosis pequeñas de propranolol (20mg cada 12 o 24 horas), por períodos cortos, no más de dos semanas. También se ha utilizado amitriptilina en dosis de 10-25 mg/noche. El tratamiento farmacológico es imprescindible en el manejo del TEPT, siendo los más eficaces y

de primera línea los ISRS: sertralina y paroxetina, aprobados por la FDA para el tratamiento del TEPT. Fluoxetina y fluvoxamina han mostrado resultados en disminución de síntomas de hipervigilancia, conductas evitativas o sentimientos de culpa. La guía del consenso de expertos recomienda el uso de venlafaxina si no se obtiene respuesta con ISRS. Se han usado olanzapina y risperidona en el tratamiento del TEPT resistente y con síntomas psicóticos. Lamotrigina, divalproato y carbamazepina han mostrado ser eficaces en el tratamiento de síntomas como hostilidad e impulsividad asociadas.

Benzodiacepinas como alprazolam y clonazepam han mostrado ser efectivas cuando se administran en las primeras horas después del trauma. Posteriormente sólo se utilizan para controlar los síntomas ansiosos y se prescriben asociadas con un antidepresivo.

Psicoterapia: el tratamiento psicoterapéutico puede ser individual o en grupo. La elección de uno u otro dependerá de los recursos disponibles, de las características de la persona y del evento traumático. Probablemente, cuando se presentan situaciones que afecten en forma simultánea a una colectividad, resulte más útil la terapia grupal. Algunos requieren apoyo psicoterapéutico individual (por ej., en delitos sexuales).

Se recomienda la terapia cognitivo-comportamental, que al parecer es superior a la terapia de apoyo. La terapia de exposición también ha demostrado ser útil en el tratamiento del TEPT. Dentro de las técnicas de exposición se ha usado la desensibilización por medio de movimiento ocular y reprocesamiento.

3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El tratamiento farmacológico debe mantenerse por lo menos un año, ya que se trata de una condición crónica. Los medicamentos disponibles para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada son benzodiazepinas, antidepresivos y buspirona. En la fase inicial es mejor combinar un antidepresivo con una benzodiazepina. En las tres primeras semanas debe mantenerse el esquema hasta que el efecto de los antidepresivos se establezca y se pueda suspender el ansiolítico.

Las benzodiazepinas más utilizadas son clonazepam, diazepam, lorazepam y alprazolam. Tienen como ventaja la rápida respuesta y el control de la sintomatología ansiosa. Se recomienda clonazepam por su vida media más prolongada, logrando evitar la aparición de la angustia entre una dosis y otra, y asimismo disminuye la posibilidad de que el paciente aumente sus dosis de forma voluntaria. No se recomienda su uso en monoterapia y deben combinarse e intentar que su uso sea máximo por 6-8 semanas para luego disminuir progresivamente.

Antidepresivos: en los estudios de prevención de recaída las moléculas más utilizadas y validadas son paroxetina, venlafaxina, escitalopram e imipramina. Estos medicamentos son la primera línea de tratamiento y han mostrado una tasa de respuesta comparable. La dosis recomendada inicial es la mitad de la usual en el tratamiento de depresión.

Medicamento	Presentación	Dosis (mg/día)
Imipramina	Tab. x 25 mg	75-150 mg
Clonazepam	Tab. x 0,5 y 2 mg	0,25-2
Diazepam	Tab. x 5 y 10 mg	5-10
Lorazepam	Tab. x 1 y 2 mg	1-4
Alprazolam	Tab. x 0,25, 0.5 y 1 mg	0,5-4
Buspirona	Tab. x 5 y 10 mg	10-60
Paroxetina	Tab. x 20 mg	20-40
Escitalopram	Tab. x 10 y 20 mg	10-20
Citalopram	Tab. x 20 mg	20-40
Venlafaxina	Cáp. x 75 y 150 mg	75-225
Sertralina	Tab. x 50 y 100 mg	50-200

Otros agentes de interés: se han empleado por su capacidad de frenar la cascada vegetativa de la ansiedad (bloqueadores B o antihipertensivos del tipo de los agonistas alfa adrenérgicos) o bien por sus propiedades ansiolíticas y/o sedativas (neurolépticos, antihistamínicos y/o ansiolíticos de nueva generación). Su uso se debe considerar sólo si con los medicamentos de primera línea no se logra una adecuada respuesta.

No farmacológico

Psicoterapia de orientación psicoanalítica: pretende reforzar los mecanismos de defensa,

aumentar la fortaleza del yo y lograr que el paciente utilice los aspectos emocionalmente correctivos de la relación con el terapeuta, para lograr una comprensión mejor de la naturaleza frecuentemente inadecuada de sus propias relaciones interpersonales.

Psicoterapia cognitivo-comportamental: provee elementos para que la persona sea capaz de controlar la sintomatología. El tratamiento incluye la reestructuración cognoscitiva centrada en la interpretación mal hecha y catastrófica de las sensaciones corporales que expresan la vertiente fisiológica de la angustia, la corrección de sobregeneralizaciones y la exposición progresiva a indicadores de temor.

Técnicas de relajación: son un método eficaz en pacientes muy estresados y con un grado de activación autonómica importante.

4. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Primera línea de tratamiento:

Inhibidores de recaptación de serotonina: fluoxetina. Se inicia a dosis de 20 mg/día y, de acuerdo con la respuesta, se aumenta la dosis hasta 60 mg/día.

Antidepresivos tricíclicos: en pacientes mayores de 40 años se debe tomar un electrocardiograma antes de iniciar el tratamiento con uno de estos medicamentos. Entre los más utilizados se encuentran:

Clomipramina: 75-300 mg/día.

Imipramina: 75-300 mg/día.

Segunda línea:

Cambio de grupo farmacológico, de ISRS a antidepresivo tricíclico o viceversa. Si la respuesta al primer medicamento es moderada se adiciona un medicamento del segundo grupo.

Tercera línea:

Si no hay una adecuada respuesta, se combina un antidepresivo tricíclico con otro inhibidor de recaptación de serotonina, o se inicia con un ISRS diferente a fluoxetina: sertralina 50-200 mg/día, citalopram 20-40 mg/día, paroxetina 20-60 mg/día, fluvoxamina 100-200 mg/día.

Cuarta línea:

En caso de respuesta parcial se mantiene la medicación instaurada y se puede agregar: risperidona 1-3 mg/día, pindolol, IMAO o venlafaxina.

Psicoterapia:

Terapia cognitivo-comportamental (exposición y prevención de respuesta), psicoterapia de apoyo y psicoterapia con orientación psicoanalítica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorder*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
 - American Psychiatric Association. *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno de angustia*. Barcelona: Educación Médica Continua. 2000.
 - Belmaker RH, Galila A. Major Depressive Disorder. *N Engl J Med* 2008; 358: 55-68.
 - Cardeño CA, Palacio CA. Trastorno de ansiedad generalizada. En: *Guías de Manejo en Psiquiatría*. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2ª Edición. Bogotá, 2007.
 - De la Espriella M, Gómez C. Trastorno de pánico. En: *Guías de Manejo en Psiquiatría*. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2ª Edición. Bogotá, 2007.
 - Gómez G, Uribe M. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: *Guías de Manejo en Psiquiatría*. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2ª Edición. Bogotá, 2007.
 - Kaplan H, Sadock B, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Lippincott William & William; 2000.
-

- Londoño Arredondo NH. *Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia)*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 34(4):493-505.
 - Mann JJ. *Review Article- The Medical Management of Depression*. *N Engl J Med* 2005; 353:1819-34.
 - Organización Mundial de la Salud. *CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor. 1993.
 - Santacruz H. *Aspectos psicodinámicos y psicosociales en los sobrevivientes del desastre de Armero, Colombia, noviembre 13 de 1985*. En: Lima BR, editor. *Las consecuencias psicosociales de los desastres. La experiencia latinoamericana*. Chicago: Universidad de Illinois. 1990.
 - Stahl SM. *Depression and Bipolar Disorders In: Stahl SM Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press 2000: 135-198.
 - Stahl SM. *Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide*. London: Cambridge University Press; 2006.
 - Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 1.
 - Trujillo I. *Secuestro y violencia en Colombia: Datos, evolución y tendencias en los últimos cinco años*. En: Pérez A, editor. *Seminario Internacional Violencia, secuestro y terrorismo*. Bogotá: Universidad de los Andes. 1997.
 - Torres Y, Posada J, Rojas MC. *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá: Ministerio de Salud. 1993.
-

- Uribe M, Gómez C. *Depresión Unipolar (Mayor)*. En: *Guías de Manejo en Psiquiatría*. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2ª Edición. Bogotá, 2007.
- Vallejo R. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson. 1996.
- Wilson JP. *The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV*. *J Trauma Stress*. 1994; 7(4):681-98.

Guía de Depresión y Ansiedad



**MEDICAMENTOS
TOTALMENTE CONFIABLES**