Trastornos de Ansiedad.
Terapéutica Farmacológica de los Trastornos de Pánico, de Ansiedad Generalizada y de Estrés Postraumático

HERNÁN MARTÍNEZ GLATTLI
MÉDICO PSIQUIATRA. DOCENTE DE LA CÁTEDRA DE PSICOFARMACOLOGÍA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA.

Trastorno de Pánico

El Trastorno de Pánico o Trastorno de Angustia tiene como característica principal la aparición de crisis de angustia inesperadas, recidivantes que llevan al paciente a presentar un estado de preocupación permanente por el temor de volver a padecer un ataque. El trastorno de angustia puede presentar o no agorafobia. La agorafobia es el miedo a padecer un ataque de angustia en una situación donde no pueda escapar o no pueda ser ayudado. Esto provoca en el paciente situaciones de ansiedad y de evitación de tipo fóbica.

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA
A. SE CUMPLEN (1) Y (2):
(1) CRISIS DE ANGUSTIA INESPERADAS RECIDIVANTES
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CRISIS DE ANGUSTIA (PANIC ATTACK) EPISODIO DE MIEDO O MALESTAR INTENSOS, DE INICIO BRUSCO QUE ALCANZAN SU MÁXIMA EXPRESIÓN EN LOS PRIMEROS 10 MINUTOS, ACOMPAÑADO DE CUATRO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: (1) PALPITACIONES O TAQUICARADIA (2) SUDORACIÓN (3) TEMBLORES O SACUDIDAS (4) SENSACIÓN DE AHOGO O FALTA DE ALIENTO (5) SENSACIÓN DE ATRAGANTARSE (6) OPRESIÓN EN TORAX (7) NÁUSEAS O MOLESTIAS ABDOMINALES (8) INESTABILIDAD, MAREO O DESMAYO (9) DESREALIZACIÓN (SENSACIÓN DE IRREALIDAD) O DESPERSONALIZACIÓN (ESTAR SEPARADO DE UNO MISMO) (10) MIEDO A PERDER EL CONTROL O A VOLVERSE LOCO (11) MIEDO A MORIR (12) PARESTESIAS (SENSACIÓN DE ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO) (13) ESCALOFRÍOS O SOFOCACIONES
(2) POR LO MENOS UNA DE LAS CRISIS FUE SEGUIDA DURANTE 1 MES DE UNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (A) INQUIETUD PERSISTENTE ANTE LA POSIBILIDAD REPETIR LA CRISIS (B) MIEDO A LAS IMPLICANCIAS O CONSECUENCIAS DE LAS CRISIS (PERDER EL CONTROL, SUFRIR UN INFARTO DE MIOCARDIO, «VOLVERSE LOCO») (C) CAMBIO SIGNIFICATIVO DEL COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON LAS CRISIS
B. AUSENCIA DE AGORAFOBIA
C. LAS CRISIS DE ANGUSTIA NO SE DEBEN A LOS EFECTOS FISIOLÓGICOS DIRECTOS DE UNA SUSTANCIA O UNA ENFERMEDAD MÉDICA.
D. LAS CRISIS DE ANGUSTIA NO SE EXPLICAN MEJOR POR UNA FOBIA SOCIAL, FOBIA ESPECÍFICA, TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, O TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.
NOTA: EN CASO DE TRATARSE DE UN **TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA**, DIRÁ "PRESENCIA DE AGORAFOBIA" EN EL PUNTO B

Modificado del DSM-IV

Tratamiento del Trastorno de Pánico

Generalidades

Para el tratamiento farmacológico del trastorno de pánico se utilizan benzodiazepinas y antidepresivos.

Los objetivos del tratamiento son

1. Actuar sobre las crisis de pánico para impedir que aparezcan o para disminuir su intensidad y su frecuencia.
2. Actuar sobre la ansiedad anticipatoria, para que desaparezca o disminuya.
3. Actuar sobre las conductas fóbicas de evitación (hasta la de agorafóbia), para que desaparezcan o disminuyan.

El tratamiento farmacológico se realiza de manera combinada: una benzodiazepina y un antidepresivo. En términos generales, la utilización de las benzodiazepinas van a estar dirigidas a la supresión de los síntomas (tratamiento sintomático) y el uso de antidepresivos a solucionar el problema que sustenta el trastorno (tratamiento de base).

Se comienza con las dos drogas. Una vez que la acción del antidepresivo es efectiva se puede empezar a suspender la benzodiazepina. Esto sucede alrededor de las 6 u 8 semanas (es decir, entre un mes y medio y dos meses).

El momento en que se empiezan a disminuir las benzodiazepinas debe ofrecerle al paciente ciertas condiciones que lo hagan más adecuado. Así, vamos a tener en cuenta la gravedad que haya tenido el trastorno en esta oportunidad, la evolución del cuadro clínico con el tratamiento actual, la historia de otras situaciones donde haya padecido un cuadro similar y los antecedentes de tratamientos previos. Y también vamos a considerar como muy importante el grado de estrés que tiene el contexto de la vida actual del paciente. En muchas oportunidades donde la situación es desfavorable, se hace muy dificultoso suspender las benzodiazepinas y el tratamiento con estas drogas debe ser a más largo plazo. Por esta variabilidad individual hay que tener en cuenta que la decisión del momento más propicio para disminuir o retirar las benzodiazepinas dependerá de la evaluación clínica apoyada en el uso racional de los fármacos.

Una vez que se disminuyeron las benzodiazepinas (o no, porque el cuadro clínico no lo permitió), el antidepresivo se va a mantener entre 9 y 12 meses para poder fortalecer la remisión del cuadro clínico.

Es preciso recordar que la realización de psicoterapia en tratamiento combinado con los psicofármacos presenta mayores índices de mejoría que el tratamiento hecho sólo con drogas. Para el trastorno de pánico se utiliza la terapia cognitiva y conductual

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas más utilizadas en el trastorno de pánico son el alprazolám y el clonazepám. Con estas drogas se obtienen rápidamente y con baja probabilidad de efectos adversos los efectos antipánico buscados. El efecto adverso más frecuente es una transitoria sedación diurna.

El alprazolám se utiliza en dosis de 2 a 10 mg. por día para lograr efectividad en las crisis de pánico.

El clonazepám, también es ampliamente utilizado. Tiene una efectividad frente al pánico similar al alprazolám, pero presenta el doble de potencia (0.5 mg. de

alprazolám equivale a 0.25 mg. de clonazepám). La dosis diaria utilizada para el trastorno de pánico es de 1 a 4 mg.
Además de estas benzodiazepinas, el lorazepám y el diazepám también tienen efecto antipánico, pero sus dosis serían muy elevadas y llegarían a presentar una gran sedación. Para que lo posean deben ser utilizados en dosis equipotentes a las manejadas con el alprazolám y el clonazepám para el mismo efecto.

DOSIS EQUIVALENTES Y POTENCIAS RELATIVAS DE LAS BENZODIAZEPINAS

POTENCIA RELATIVA	BENZODIAZEPINA	DOSIS EN MG.	DOSIS
MAYOR	CLONAZEPÁM (NEURYL® – RIVOTRIL®)	0.25	MENOR
	ALPRAZOLÁM (TRANQUINAL® – ALPLAX®)	0.50	
	LORAZEPÁM (TRAPAX® –EMOTIVAL ®)	1	
	DIAZEPÁM (VALIUM® –SAROMET ®)	5	
MENOR	CLORDIAZEPÓXIDO (LIBRAX® –PLAFONYL®)	10	MAYOR

Cuando administramos una benzodiazepina para tratar la sintomatología del pánico debemos tener en cuenta que el paciente debe estar cubierto con una concentración efectiva de esta droga en plasma de manera permanente. El alprazolám, que es una benzodiazepina de alta potencia y de acción corta, puede tener una caída de la concentración plasmática brusca, quedando la posibilidad de que haya una ventana en la cobertura antipánico. Así, pueden aparecer síntomas de ansiedad entre las dosis si estas están separadas por más de 6 horas (por ejemplo, debería indicarse el alprazolám de 4 a 5 tomas diarias). Esta situación puede ser evitada si se utiliza una benzodiazepina de alta potencia y de larga duración de acción como el clonazepám.

Antidepresivos

El tratamiento de base de los trastornos de pánico se realiza principalmente con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS). Estos son eficaces sobre los ataques de pánico, sobre la ansiedad anticipatoria, sobre los temores agorafóbicos y sobre los posibles síntomas de depresión acompañantes.
Se va a comenzar con una dosis baja, ya que pueden producir un primer efecto de incremento de la ansiedad. Pasada la primera semana se comienza a aumentar la dosis hasta llegar a la dosis de mantenimiento que es la estimada como clínicamente efectiva. Esta dosis se va a mantener entre 9 y 12 meses.
Los IRSS utilizados son:

1. Fluoxetina (Neupax®; Foxetin®): 10 mg. en la primera semana y después subir hasta 20 - 80 mg.
2. Fluvoxamina (Luvox®): comenzar por 25 mg. y llegar a 50 - 300 mg.

3. Paroxetina (Aropax®; Psicoasten®)): de 10 mg. en la primera semana llegar a 20 y hasta 50 mg.
4. Sertralina (Zoloft®; Atenix®)): comenzar con 25 mg. y llegar a 50 – 300 mg. como dosis de mantenimiento.
5. Citaloprám (Humorap®; Seroprám®) : comenzar por 10 mg. e ir aumentando la dosis a partir de la primera semana de 20 a 50 mg.
6. Escitaloprám : 5 mg. los primeros 7 días y después llegar a 10 o 20 mg.

Dada la posibilidad de que al comienzo del tratamiento con IRSS se produzca ansiogénesis de causa farmacológica, muchas veces se manejan las dosis de benzodiazepina para mitigar la ansiedad.
La Venlafaxina en dosis bajas, de aproximadamente 75 mg. también es efectiva en los trastornos de pánico

Trastorno de ansiedad generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es un estado crónico de malestar con síntomas de ansiedad y preocupaciones intensas (expectación aprensiva) relacionadas con variadas situaciones y con nerviosismo excesivo, presente durante un período de más de 6 meses, que no está relacionado con otro trastorno del estado del ánimo o de ansiedad. Su curso es crónico y fluctuante y es frecuente que el estrés lo agrave.

CRITERIOS DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
A. ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN EXCESIVAS SOBRE DISTINTOS ACONTECIMIENTOS O ACTIVIDADES POR MÁS DE 6 MESES.
B. AL INDIVIDUO LE RESULTA DIFÍCIL CONTROLAR SU ESTADO DE CONSTANTE PREOCUPACIÓN.
C. TIENE TRES (O MÁS) DE LOS SEIS SÍNTOMAS SIGUIENTES (ALGUNOS DE LOS CUALES HAN PERSISTIDO MÁS DE 6 MESES). NOTA: EN LOS NIÑOS SÓLO SE REQUIERE UNO DE ESTOS SÍNTOMAS:
(1) INQUIETUD O IMPACIENCIA (2) FATIGABILIDAD FÁCIL (3) DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE O TENER LA MENTE EN BLANCO (4) IRRITABILIDAD (5) TENSIÓN MUSCULAR (6) ALTERACIONES DEL SUEÑO
D. EL CENTRO DE LA ANSIEDAD Y DE LA PREOCUPACIÓN NO SON SÍNTOMAS DE OTROS TRASTORNOS DEL EJE I: POR EJEMPLO, NO ES POR MIEDO A PRSENTAR UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO DE ANGUSTIA), PASARLO MAL EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), ENFERMARSE (TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO), ESTAR LEJOS DE CASA O DE LOS SERES QUERIDOS (TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN), ENGORDAR (ANOREXIA NERVIOSA), TENER QUEJAS DE MÚLTIPLES SÍNTOMAS FÍSICOS (TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN) O MIEDO A PADECER UNA ENFERMEDAD GRAVE (HIPOCONDRÍA), Y NO SON DEBDAS A UN TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.
E. LOS SÍNTOMAS LE PROVOCAN MALESTAR CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO O DETERIORO SOCIAL, LABORAL O DE OTRAS ÁREAS IMPORTANTES DE LA ACTIVIDAD DEL INDIVIDUO.
F. ESTAS ALTERACIONES NO SE DEBEN A LOS EFECTOS FISIOLÓGICOS DIRECTOS DE UNA SUSTANCIA O A UNA ENFERMEDAD MÉDICA Y NO APARECEN SOLO DURANTE UN TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO, UN TRASTORNO PSICÓTICO O UN TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.

MODIFICADO DEL DSM-IV

Benzodiazepinas

La mayor parte de las benzodiazepinas son medicaciones efectivas en el tratamiento del TAG. Estas moléculas son muy útiles para limitar o interrumpir los síntomas de ansiedad.

Las benzodiazepinas que más se utilizan son aquellas que tienen un perfil de duración de acción mayor y de efectos adversos más leves y acordes a la presentación habitual de este trastorno (ansiedad persistente diurna y a largo plazo).
Con respecto a la potencia de las benzodiazepinas a utilizar, la efectividad es prácticamente la misma si las utilizamos en dosis equivalentes.
Dentro de las benzodiazepinas más utilizadas están:

1. el clordiazepóxido (Librax® –Plafonyl®): : 10 a 50 mg./día
2. el clorazepato (Tranxilium®) : 5 a 60 mg./día
3. el diazepám (Valium® –Saromet ®): 15 a 60 mg./día
4. el alprazolám (Tranquinal® – Alplax®):: 1 a 4 mg./día
5. el lorazepám (Trapax® –Emotival ®): 2 a 8 mg./día

El tratamiento con benzodiazepinas tiene que tender a ser de mediano plazo (entre 2 a 6 semanas), pero es habitual que haya que continuarlo a largo plazo (más de 6 a 12 meses) ya que muchas veces el paciente con TAG tiene recaídas. También se prolongan los tratamientos en pacientes con recursos intrapsíquicos limitados. En los casos de tratamientos que se prolonguen en el tiempo, hay que controlar la posibilidad de aparición de tolerancia a la medicación, lo que va a provocar la necesidad de ajustes de las dosis hacia arriba. De tiempo en tiempo se debe tratar de disminuir la medicación para ver si los síntomas vuelven a aparecer. De no ser así, se intentará dsiminuirla hasta suspender la benzodiazepina.
Otras medicaciones que se utilizan para el TAG son:

1. **La buspirona** (Bespar®): es un ansiolítico no benzodiazepínico. No es sedante ni relajante muscular. No produce tolerancia ni dependencia. Sería agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A} (autorreceptores), lugar donde ejercería su efecto ansiolítico. Dosis de inicio de 5 mg. 3 veces al día, y llegar a la dosis de mantenimiento de 30 a 60 mg./día (entre 3 tomas de 10 mg. cada una y 3 tomas de 20 mg. cada una).
2. **Los IRSS**: antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Estos deben utilizarse en las dosis adecuadas y durante los tiempos necesarios para producir un efecto duradero. El tratamiento con estos medicamentos debe ser sostenido por lo menos de 9 a 12 meses. Se utiliza con buenos resultados la Paroxetina (Aropax®).
3. **La venlafaxina** (Efexor®): en dosis entre 75 y 150 mg. se mostró efectiva para el tratamiento de la ansiedad generalizada.

Trastorno por estres post-traumático

Este trastorno de ansiedad se caracteriza por que la persona ha tenido una exposición a una situación traumática y reexperimenta el acontecimiento con síntomas de ansiedad y con síntomas de evitación de los estímulos que estén en relación con el trauma; y presenta tanto un embotamiento general como un aumento de la activación o alerta.

CRITERIOS DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
A. EXPOSICIÓN AL TRAUMA (1) LA PERSONA EXPERIMENTÓ, PRESENCIÓ O LE CONTARON ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON SU MUERTE O LA DE OTROS, O AMENAZAS HACÍA SI O HACIA OTROS Y (2) LA PERSONA RESPONDIÓ CON TEMOR, DESESPERANZA U HORROR INTENSOS
B. REEXPERIMENTACIÓN DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO, DE MANERA RECURRENTE Y CON MALESTAR A TRAVÉS DE UNA (O MÁS) DE LAS SIGUIENTES FORMAS: (1) RECUERDOS INTRUSIVOS (SE INCLUYEN IMÁGENES, PENSAMIENTOS O PERCEPCIONES). NOTA: EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS PUEDE EXPRESARSE EN JUEGOS REPETITIVOS SOBRE ASPECTOS DEL TRAUMA (2) SUEÑOS. NOTA: EN LOS NIÑOS PUEDE HABER SUEÑOS TERRORÍFICOS. (3) REVIVE EL ACONTECIMIENTO COMO SI ESTUVIERA OCURRIENDO (ILUSIONES, ALUCINACIONES Y EPISODIOS DISOCIATIVOS DE FLASHBACK). 4) MALESTAR PSICOLÓGICO Y/O (5) RESPUESTAS FISIOLÓGICAS AL EXPONERSE A ESTÍMULOS INTERNOS O EXTERNOS QUE SIMBOLIZAN O RECUERDAN UN ASPECTO DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO
C. EVITACIÓN DE ESTÍMULOS ASOCIADOS AL TRAUMA Y EMBOTAMIENTO DE LA REACTIVIDAD GENERAL, Y CON TRES (O MÁS) DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: (1) TRATA DE NO PENSAR SOBRE EL SUCESO TRAUMÁTICO (2) TRATA DE EVITAR ACTIVIDADES, LUGARES O PERSONAS QUE LE HAGAN RECORDAR EL TRAUMA (3) NO PUEDEN RECORDAR UN ASPECTO IMPORTANTE DEL TRAUMA (4) DISMINUCIÓN DEL INTERÉS O LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES (5) SENSACIÓN DE DESAPEGO DE LOS DEMÁS (6) RESTRICCIÓN DE LA VIDA AFECTIVA (INCAPACIDAD PARA TENER SENTIMIENTOS DE AMOR) (7) SENSACIÓN DE UN FUTURO DESOLADOR (NO ESPERA PODER TRABAJAR, CASARSE, FORMAR UNA FAMILIA O LLEVAR UNA VIDA NORMAL)
D. SÍNTOMAS PERSISTENTES DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN (AROUSAL) (AUSENTE ANTES DEL TRAUMA), CON DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: (1) INSOMNIO (2) IRRITABILIDAD (3) ALTERACIONES DE CONCENTRACIÓN (4) HIPERVIGILANCIA (5) SOBRESALTOS
E. LOS SÍNTOMAS DE LOS CRITERIOS B, C Y D SE PROLONGAN MÁS DE 1 MES.
F. ESTAS ALTERACIONES PROVOCAN MALESTAR CLÍNICO SIGNIFICATIVO O DETERIORO SOCIAL, LABORAL O DE OTRAS ÁREAS IMPORTANTES DE LA ACTIVIDAD DEL INDIVIDUO.
EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ES **AGUDO** SI LOS SÍNTOMAS DURAN MENOS DE 3 MESES Y ES **CRÓNICO** SI LOS SÍNTOMAS DURAN 3 MESES O MÁS
SI ENTRE EL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO Y EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS HAN PASADO COMO MÍNIMO 6 MESES ES **DE INICIO DEMORADO.**

MODIFICADO DEL DSM-IV

Los objetivos del tratamiento del trastorno por estrés postraumático son:

1. Disminuir los síntomas intrusivos
2. Impedir la reactivación de la situación traumática a partir de asociaciones a otros estímulos
3. Actuar sobre las conductas de evitación
4. Actuar sobre la depresión y la anestesia afectiva
5. Reducir la hiperactivación por evocación del trauma
6. Disminuir la hetero y auto agresión y de la explosividad.

Las medicaciones utilizadas en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático son:

IRSS

Los fármacos de primera elección en el trastorno por estrés postraumático son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS).

Los IRSS más evaluados son:

1. Sertralina (Zoloft®): se utilizan entre 50 y 200 mg./día. Tiene buena respuesta en la mayor parte de los objetivos del tratamiento.
2. Paroxetina (Aropax®): hasta 60 mg./día. Disminución de síntomas de hiperactivación y de evitación al principio del tratamiento y más adelante disminuyó la reactivación de la situación traumática.
3. Fluoxetina (Neupax®) : dosis de 20 a 80 mg./día. Disminución de la explosividad y la hiperactivación y mejoría del estado de ánimo y de la anestesia afectiva.

Benzodiazepinas:

Las benzodiazepinas utilizadas son las de alta potencia y larga vida media. Se utiliza el clonazepám. Presenta en dosis de 1 a 6 mg. diarios una mejoría en el insomnio, las pesadillas, las ideas intrusivas, la ansiedad y los flashbacks.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moizeszowicz,J. Psicofarmacología Psicodinámica IV. Volumen 2. Cap.4: Ansiolíticos. Buenos Aires. Editorial Piados. 1998.
2. Trastornos de Ansiedad. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Editorial Masson. 1995
3. Interconsulta psiquátrica de Rojo Rodes, JE y Cirera Costa,E. Barcelona. Editorial Masson.1997.
4. Arana,GW; Rosembaum,JF. Benzodiazepinas y otros ansiolíticos. Drogas Psiquiátricas. Cuarta Edición. Madrid. Marbán Libros. 2002.
5. Colón,EA; Popkin,MK. Anxiety and Panic. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. First Edition. Washington. American Psychiatric Press. 1996.
6. Cía,AH. Trastorno por estés postraumático. Primera edición. Buenos Aires, Imaginador. 2001
7. Nemeroff,CB; Schatzberg,AF. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona. Psiquiatría Editores. 2001.
8. Kaplan HI, Sadock MD. Tratado de Psiquiatría IV . 6° edición. Intermédica. Buenos Aires. 1997
9. Scully,JH. National Medical Series for Independent Study. Psychiatry. 3rd edition. InfoMed. Hong Kong. 1996.
10. Zieher,LM y colaboradores. Psiconeurofarmacología clínica. 3° edición. Buenos Aires. 2003.