



GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Eloy Chacón Delgado¹, Dayana Xatruch De la Cera²,
Marisol Fernández Lara³, Rebeca Murillo Arias⁴

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Los Trastornos de Ansiedad (TA), son patologías mentales frecuentes, que comúnmente pueden provocar sufrimiento y discapacidad, contribuyen a una carga significativa en los ámbitos sociales y económicos. Son más comunes en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3,6%), según datos revelados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). La ansiedad es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo. Sin embargo, cuando estas reacciones se vuelven cotidianas y perturbadoras, se deben de evaluar para identificar su connotación de ansiedad patológica.

El propósito del presente artículo es realizar una revisión bibliográfica sobre generalidades del TA, abordaje terapéutico y diagnóstico, con el fin de evitar el sobrediagnóstico, y sobretratamiento, en la actividad diaria del médico.

Palabras clave

Trastornos de ansiedad, ansiedad, estrés, diagnóstico, tratamiento.

Abstract

Background: Anxiety Disorders (AD), are frequent mental pathologies that can commonly cause suffering and disability, they contribute to a significant burden in the social and economic fields. They are more common in women (7.7%) than in men (3.6%), according to data revealed by the World Health Organization (WHO) in 2017. Anxiety is a normal emotional reaction to threatening situations for the individual. However, when these reactions become daily and upsetting, they should be evaluated for pathological anxiety.

The purpose of this article is to make a bibliographic review on generalities of AT, therapeutic approach and diagnosis, in order to avoid overdiagnosis and over treatment in doctor's daily basis.

Keywords

Anxiety disorders, anxiety, stress, diagnosis, treatment.

Gerencia en Administración de la Salud. Licenciatura en Medicina y Cirugía. UNIBE. San Ramón: eloycd1@gmail.com
Gerencia en Administración de la Salud. Licenciatura en Medicina y Cirugía. UNIBE. Heredia: Costa Rica. cerad@amazon.com
Gerencia en Administración de la Salud. Licenciatura en Medicina y Cirugía. UNIBE. Heredia: Costa Rica. marislar@amazon.com
Médico Residente de Psiquiatría. Hospital Nacional Psiquiátrico. Caja Costarricense de Seguro Social. Pavas: rmurilloarias@gmail.com



Introducción

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental del individuo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (1).

Según la OMS, parte de tener una salud mental adecuada equivale a tener una respuesta apta al estrés normal de la vida, un rendimiento productivo laboral y con la comunidad (1).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Los trastornos mentales representan un 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad.

Asher y colaboradores, (3) Señalan que el 18 % de la población adulta estadounidense presentaba un trastorno mental y la mitad de ellos eran diagnóstico de patología grave, limitando su funcionabilidad y actividad de vida. Ese mismo año solo el 13% recibieron tratamiento.

Los Trastornos de Ansiedad (TA) son caracterizados por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situación que no representan un peligro real para él o la paciente. Muestran una etiología compleja, se reconoce el componente genético y factores estresantes debido a acontecimientos de la vida. Para su diagnóstico, los médicos y psiquiatras se basan en criterios clínicos establecidos por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y International Statistical of Diseases and Related Health problems (ICD).

Hadjimina y Furnham (4), los TA representan el mayor problema de salud mental en los EE. UU, sin embargo, la mayoría de los individuos nunca buscan ayuda médica.

El objetivo del presente trabajo, es brindar una visión general de la epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamientos farmacológico y no farmacológico del trastorno de ansiedad. De esta manera facilitar al personal de salud herramientas útiles para su manejo.

Metodología

Para el presente artículo, se efectuó una meticulosa selección bibliográfica, en el idioma inglés y español, con publicaciones que van desde el año 2014 hasta el 2020.



La búsqueda se realizó mediante la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social Servicio de Circulación (BINASSS), sobre el tema de trastorno de ansiedad, dirigido a la Epidemiología, Etiología, Diagnostico Clasificación de TA, Tratamiento farmacológico y Tratamiento no farmacológico.

Los artículos elegidos inicialmente fueron 50, sin embargo, se eliminaron 29 artículos porque no cumplían con el objetivo planteado, quedando por lo tanto solo 21 artículos. Se incluyeron los estudios con población adulta, excluyendo a la población pediátrica

Resultados

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son condiciones frecuentes, las cuales generan complicaciones del desarrollo, psicosocial y psicopatológico.

La Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad Nacional (UNA), con apoyo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (6), a través de una investigación realizada con 6.786 personas quienes completaron un cuestionario en línea, durante el periodo comprendido entre el 9 al 29 de octubre del 2020, sobre Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19, menciona que el 43,7% de la

población, presento sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa, solo un 13,8% de las personas participantes manifestaron síntomas de ansiedad.

En relación con los TA, la OMS informó, que más de 260 millones de personas, padecen un trastorno de ansiedad (1). También esta misma organización, reporta un incremento de la angustia en diferentes países: se reportó en China, los niveles de angustia aumentaron en un 35%, un 60% en Irán y un 40% en Estados Unidos. Esta misma entidad en 2020 informa según cifras globales, que el 90% de los adolescentes experimentaron ansiedad (5).

La OPS/OMS, (2) revela que los TA son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante de la región de las Américas. Brasil tiene la primera posición (7.5%) de los países sudamericanos, situándose por el encima del promedio (4.7%) del total de países. Sin embargo, Costa Rica muestra una discapacidad por TA de 4.1% estando igual a la de Estados Unidos, estando por debajo del promedio.

Por otro lado, los TA son el tipo más común de trastornos mentales en la Unión Europea, Suiza, Islandia, y Noruega; son más comunes que cualquier otra enfermedad mental entre las personas de 14-65 años de edad, siendo las mujeres, las mayormente afectadas. (7)



Finalmente, los trastornos de ansiedad son prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas. (8)

Clasificación

Existen criterios para diagnosticar los distintos Trastornos de ansiedad, las clasificaciones más utilizadas son DMS-V la cual corresponde a la Asociación de Psiquiatras Americanos y la ICD-10 utilizada por la OMS. Presentamos en la tabla 1, la clasificación DSM-V y en la tabla 2 los equivalentes en el ICD-10.

Tabla 1

DMS-V
Trastorno de ansiedad por separación
Mutismo selectivo
Trastorno de Pánico
Agorafobia
Fobia Especifica
Trastorno de Ansiedad Social
Trastorno por Ansiedad Generalizada
Trastorno de Ansiedad inducida por sustancias
Trastorno de Ansiedad atribuibles a condiciones medicas
Otros Trastorno Especifico de Ansiedad
Trastorno de Ansiedad No Especifica

Fuente propia

Tabla 2

ICD-10
Trastornos de Ansiedad
Trastorno Generalizado de Ansiedad
Trastorno de Pánico
Trastorno de Ansiedad Fóbica
Agorafobia
Fobia Social
Fobias Especificas
Trastorno Obsesivo-Compulsivo
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Fuente propia

Sin embargo, en este artículo se limitará a la clasificación americana DMS-V.

Etiología

Los TA presentan una génesis compleja, su variabilidad genética se estima que ronda 30% a un 50%. Entre factores influyentes se asocian los temperamentales, factores sociales y ambientales.

Según Williams, (9) los biotipos para la depresión y la ansiedad basados en la disfunción de circuitos neuronales. Se observaron: alteraciones en el procesamiento de amenazas, que implican la activación y conectividad de la amígdala, circunvolución del cíngulo anterior.



La amígdala presenta sobre reactividad, provocada por el proceso consciente o no consciente de estímulos relacionados con amenazas en el trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno generalizado de la fobia social/ansiedad, fobia específica, y trastorno de pánico. La actividad excesiva de la amígdala provocada por rostros encubiertos amenazantes, también se ha asociado variabilidad de ansiedad por rasgos y con neuroticismo en personas sanas, por lo que se concluye que se presenta una hiperreactividad a fuentes de amenaza. También reportaron una hipo activación de la circunvolución del cíngulo anterior en el trastorno de ansiedad generalizada y la ansiedad social.

Bandelow et al, (10) refirió que los trastornos de ansiedad suelen estar infradiagnosticados en la atención primaria, porque los TA a menudo coexisten con otros trastornos psiquiátricos; ejemplo de ello: trastorno depresivo mayor es altamente correlacionado con todos los trastornos de ansiedad, así como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) estaba emparentado con la Agorafobia, Trastorno de Pánico (TP) y Trastorno de Ansiedad Social (TAS).

Por lo que los TA se caracterizan por una mayor vigilancia de situaciones que se perciben como amenazantes, con activación desadaptativa y prolongada, análoga al circuito de amenaza.

Según Ströhle, (7) se ha demostrado que los familiares de primer grado de los pacientes con trastornos de pánico tienen entre tres y cinco veces, más riesgo de desarrollar tal trastorno, en comparación con la población general.

Cabe mencionar que los factores ambientales negativos como acontecimientos de la vida, son importantes en el génesis de los TA, nombrados en el Tabla 3.

Tabla 3

Factores Ambientales
Enfermedad Crónica
Abuso Físico
Violencia Sexual
Lesiones Traumáticas
Muerte de personas significativa
Divorcio o separación
Dificultad económica

Fuente propia

En los diagnósticos DMS-V, los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos depresivos son patologías frecuentes en la población general. Se asocian a baja calidad de vida, disfunción social y aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La ansiedad es un mecanismo de defensa fisiológico ante una amenaza, puede generar sensaciones desagradables como: preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia o agitación. Sin embargo,



puede convertirse en una patología ansiosa, si se convierte en una respuesta incontrolable, persistente por el paciente.

Dada las características y sintomatología de los TA, se clasifica según el Manual Criterios Diagnósticos del DSM-V. (15)

Trastornos de Ansiedad

Los TA se caracterizan por el miedo excesivo, angustias, ataques de pánico y evitación de amenazas. Los cuales pueden afectar su rendimiento social, académico y laboral.

Trastorno de ansiedad por separación

Se caracteriza por miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.

Mutismo selectivo

Se identifica como el fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones.

La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social y su duración es como mínimo de un mes.

Trastorno de Pánico

Se reconoce como ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos.

La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

Agorafobia

Es el miedo o ansiedad intensa por el uso del transporte público, a estar en espacios abiertos o sitios cerrados, estar en medio de una multitud, también por estar fuera de casa solo.

El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de escapar podría ser difícil, o podría no disponer de ayuda, si aparecen síntomas tipo pánico, u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.

Fobia Específica

Es el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, por ejemplo: volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre.

Trastorno de Ansiedad Social

Se caracteriza por miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en



las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.

Algunos ejemplos son las interacciones sociales entre ellas: mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, ser observado cuando está comiendo o bebiendo y actuar delante de otras personas, entre las que se destaca dar una charla.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

La presencia de ansiedad y preocupación excesiva, que se origina durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades como en la actividad laboral o escolar.

Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias o medicamento

Se relacionan a los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. Deben de existir pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio, desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

Trastorno de Ansiedad por Enfermedad Medica

El cuadro clínico se caracteriza por ataques de pánico o la ansiedad predominan

en el cuadro clínico. El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Otros Trastornos Específicos de Ansiedad

Son los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado, se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

Trastorno de Ansiedad No Especifica

La categoría del trastorno de ansiedad no especificado, se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más puntual.

El sobrediagnóstico en los TA conlleva una serie de riesgos para el paciente, tanto en el ámbito médico como en el ámbito social y económico. La ansiedad se discurre como uno de los principales factores capaces de afectar negativamente a la capacidad de trabajo del paciente.



Tratamiento

Los profesionales de la salud contamos con recursos farmacológicos y no farmacológicos, para abordar esta problemática con resultados respaldados científicamente, para esto debe de realizarse una evaluación al paciente que permita determinar el tipo de TA.

El abordaje terapéutico en los pacientes con TA debe de ser integral, como objetivo específico, el médico general debe de abordar; el manejo emocional y la disminución de los niveles de ansiedad. (22)

Se debe de considerar el patrón y la gravedad de la sintomatología, así como el tiempo de evolución de la enfermedad y riesgo beneficio de tratamiento a emplear.

Tratamiento Farmacológico

Los TA son enfermedades crónicas que pueden llevar a la discapacidad. Por lo que su diagnóstico y el inicio de tratamiento es fundamental para la calidad de vida, usualmente se brindas tratamiento con antidepresivos y Benzodiacepinas (BZD). Es de suma importancia informar al paciente de su prescripción, inicio del tratamiento, efectos adversos, riesgo por discontinuidad o suspensión del mismo.

Según Craske, (11) las terapias farmacológicas disponibles para la ansiedad,

tiene resultados significativos para el descenso de la ansiedad, produce una mejoría significativa en la calidad de vida y reducción por discapacidad.

Los antidepresivos son el tratamiento farmacológico de primera línea para la mayoría de los TA a excepción de fobias específicas. Las terapias psicodinámicas y TCC son clínicamente eficaces en los trastornos de fobia específica. La efectividad del tratamiento no farmacológico para el trastorno de fobia específica, teniendo efectividad en las primeras cinco sesiones.

Las implicaciones del sobretratamiento de los TA, son diversos e implican riesgos en la salud del paciente. La iatrogenia y la medicación con potencial adictivo es un problema relevante de salud con potencial de genera graves consecuencias a nivel individual, familiar y social. La adición por fármacos eleva el riesgo de accidentes, lesiones físicas, intoxicaciones y muerte prematura.

Antidepresivos

Los antidepresivos contribuyen al tratamiento de los TA, el efecto ansiolítico es recomendado por Consensus Statement on Social Anxiety Disorder del International Consensus Group on Depression and Anxiety, ayuda a prevenir episodios de ansiedad.

La mayoría de antidepresivos tiene su acción en el sistema monoaminérgico,



el cual tiene efecto en el sistema de neurotransmisores, principalmente la dopamina, serotonina y la noradrenalina, aumentando la disponibilidad en la hendidura sináptica estableciendo regulación en los receptores postsinápticos, el efecto clínico se manifestará de 2 - 4 semanas tras el inicio de su uso, debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y su receptor. Todo paciente debe de ser informado del inicio de su tratamiento, así como posible sintomatología ansiosa al inicio del tratamiento, posibles efectos adversos, riesgos por discontinuidad y suspensión brusca del mismo.

Clasificación:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Ejemplos: Escitalopram, Sertralina.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina (IRSN) Ejemplos: Venlafaxina, Duloxetina, Paroxetina.
- Antidepresivos tricíclicos (TCA) Ejemplo: Clomipramina, Imipramina.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) Ejemplo; moclobemida, fenelzina.

Entre los antidepresivos, los más comúnmente utilizados son los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina (IRSN). (12)

Cabe destacar que no todos los ISRS y los IRSN son aprobados por US Food and Drug Administration and European Medicines Agency para TA.

Los TCA y IMAO tienen una base sólida para la eficacia de los TA, pero la seguridad de los mismos, son cuestionados y limitan su uso.

Según Bamdelow, (13) los TCA, la imipramina y clomipramina son igual de eficaces como los antidepresivos de segunda generación para los TA, sin embargo; la frecuencia de los efectos adversos es mayor en los TCA, por lo que se debe de considerar los ISRS o IRSN primero que los TCA. Los TCA deben de ser usados con precaución por riesgo de toxicidad y suicidio.

Según Craske, (11) los pacientes con trastornos de Ansiedad tienden a ser más sensibles a los efectos secundarios de los antidepresivos.

Efectos Adversos comunes

- Náuseas
- Vómito
- Dispepsia
- Sequedad en la boca
- Aumento de peso
- Insomnio
- Cefalea
- Agitación
- Ansiedad



- Prurito
- Alteración del sueño
- Disfunción sexual

La FDA en el 2004 solicitó que se advirtiera sobre el riesgo de comportamiento, ideación suicida o automutilación. (14)

Alonso et al (16), según el estudio realizado con 21 países. Manifiesta que existen bajos niveles de uso de los servicios salud y una alta proporción de quienes reciben atención médica, no cumplen con los estándares de adecuación en tratamientos farmacológicos y atención clínica para los TA.

Benzodiazepinas

Las BZD son psicotrópicos que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorrelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos. Se han utilizado en diferentes trastornos de Ansiedad. Debido a que presenta una eficacia en síntomas de ansiedad e insomnio. Sin embargo, se debe considerar los efectos adversos como ataxia, sedación, discontinuación y su posible sintomatología de abstinencia, alteraciones cognitivas, la problemática cuando se asocia al abuso de alcohol y riesgo de dependencia con el uso a largo plazo. (17)

Son fármacos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), en el sistema límbico los cuales posee receptores capaces de ejercer propiedades ansiolíticas

y sedantes. Las BZD son liposolubles y atraviesan la barrera hematoencefálica fácilmente, los efectos ansiolíticos tienen acción rápida con la vía oral o parenteral, la vida media es importante para la selección de la BZD para su uso clínico (Gráfico 2). Son eficaces para tratamientos cortos en pacientes con sintomatología aguda.

Las BZD se clasifican en tres, según la semivida de eliminación, dependen de la liposolubilidad del fármaco, metabolismo hepático, presencia de metabolitos activo y grasa corporal de paciente. Tabla 4

Clasificación de los benzodiazepinas según semivida de eliminación (15):

- Acción larga: > 24 horas
- Acción intermedia: 6-24 horas
- Acción corta: <6 horas

Tabla 4

Clasificación de las Benzodiazepinas según semivida	
Acción Larga	1-Diazepam 2-Clonazepam 3-Flurazepam
Acción intermedia	1-Lorazepam 2-Alprazolam 3-Lormetazepam
Acción Corta	1-Bentazepam 2-Bromazepam 3-Midazolam

Fuente propia



En casos excepcionales las BZD están contraindicadas en pacientes con tendencias a suicidio, enfermedad cardíaca, historia de abuso de las BZD u otra sustancia.

Las BZD pueden usarse en combinación de los ISRS o IRSN durante las primeras semanas de tratamiento. (21)

Según Bamdelow (13), la diferencia entre las BZD y los TCA, establece que las BZD no provocan un aumento inicial del nerviosismo e insomnio, sin embargo, pueden causar depresión del sistema nervioso central, generando reacciones adversas.

Los tratamientos prolongados con BZD por 4 a 8 meses, pueden provocar dependencia en algunos pacientes. Por lo que no se recomienda como tratamiento de primera línea.

En la práctica clínica siempre se debe plantear el riesgo beneficio y determinar la medicación apropiada, dosis y duración del tratamiento. (18)

Efectos adversos más comunes

- Dolor de cabeza.
- Somnolencia.
- Ataxia.
- Disartria.
- Mareos.
- Confusión.
- Caídas.

- Depresión.
- Sincope.
- Vértigo.
- Temblores.

El uso de benzodiazepinas puede provocar tolerancia y dependencia, los tratamientos a largo plazo, dosis elevadas, vida media, y potencial ansiolítico deben de ser tomados en cuenta en la elección del tratamiento, así como la interrupción de BZD, por parte del médico tratante en conjunto con el paciente.(20) El riesgo de dependencia a las BZD puede llevar a un Síndrome de abstinencia; que abarca desde nuevos síntomas de insomnio, ansiedad, pérdida del apetito, hiperreflexia, sudoración, temblores hasta convulsiones. Las Recaídas conlleva a la aparición de la clínica inicial al inicio del tratamiento y los síndromes por rebote son síntomas previos al tratamiento, pero más intensos.

La OMS promueve la política del uso racional de medicamentos, debido a la problemática actual a nivel mundial (1).

Tratamiento no farmacológico

La terapia cognitivo conductual (TCC) y las terapias psicodinámicas se considera tratamientos de primera línea en los TA. En los últimos años la TCC, se ha combinado con estrategias de exposición, como objetivo buscan modular los patrones del pensamiento. (19)



Kumar y Sakar, (16) comparten que la TCC es una terapia orientada al paciente en el presente, desarrollando patrones cognitivos, comportamientos aptos para su ambiente y relaciones interpersonales, cuyo objetivo es colocar cierto estrés controlado para que el paciente desarrolle sus habilidades y evitando recaídas. La exposición de objetos, situaciones o actividades que generen un efecto negativo en el paciente, pueden aumentar temporalmente la angustia, pero eventualmente conduce a reducción de la ansiedad crónica.

La terapia cognitivo conductual es aplicada por períodos de entre 10 a 20 semanas, son terapias habitualmente utilizadas en trastornos depresivos y ansiosos.

Según un estudio por Ströhle (7), la terapia cognitivo conductual (TCC) es la terapia que posee evidencia respaldada para los TA y una de las más recomendadas, se ha descubierto que tienen un efecto moderadamente fuerte contra todos los tipos TA en comparación con un fármaco placebo y con la farmacoterapia, sin embargo el tiempo de acción en mejoría clínica es lento, en comparación con el tratamiento farmacológico, pese a lo cual mejoran la calidad de vida y disminuye las recaídas.

Las terapias psicodinámicas, tienen su origen en el psicoanálisis, la motivación inconsciente en nuestra conducta, el manejo de mecanismos de defensa como estrategias

para modular la ansiedad, angustia o miedos. Se incluyen la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo analítica. (16) Estas técnicas son menos utilizadas, según los estudios se prefiere la TCC para los TA, por su efectividad. (13)

Conclusiones

Se concluye que los Trastornos de Ansiedad representan el segundo trastorno más discapacitante en la región de las Américas. Sin embargo, Costa Rica muestra una discapacidad por trastorno de 4.1%, por debajo del promedio y del total regional.

Los TA son poligénicos, sin embargo, se ve relacionados con estructuras neuronales, como la amígdala que funcionan como centro regulador del miedo y la ansiedad.

Los síntomas de ansiedad excesiva y preocupaciones por eventos cotidianos, debe de ser valorado por un médico, evaluando el diagnóstico para un Trastorno de Ansiedad, cumpliendo con los criterios de DSM-V.

Los TA, tienden a ser crónicos e incapacitantes, por lo que requieren un manejo oportuno. Los TA responden bien a la TCC y tratamiento farmacológico.

La terapia cognitivo-conductual y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad.



El tratamiento no farmacológico es una opción terapéutica favorable, para el trastorno de fobia específica, con pocas sesiones ofrecer un tratamiento idóneo para el paciente.

El abordaje terapéutico para este grupo de trastornos debe de ser integral, la TCC requerirán compromiso del paciente, valiéndose de su efectividad en la disminución de recaídas y opciones farmacológicas tales como los ISRS, IRSN según patología, los BZD. Las BZD por sus efectos ansiolíticos de rápida acción, son comúnmente utilizados. Sin embargo, no se recomienda como tratamiento crónico debido a su dependencia, el médico debe considerar desde su dosimetría hasta el tiempo de aplicación, evaluando el riesgo beneficio. La capacitación del médico general, es requerida para evaluar cada paciente de forma individual, y seleccionar los casos para un manejo con un especialista en psiquiatría.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 12. Available from: WHO/MSD/MER/2017.2.
2. OPS, OMS. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 Noviembre 25. Available from: 9789275120286.
3. Asher GN GJ.GB. Complementary Therapies for Mental Health Disorders. Med Clin North Am. 2017 Setiembre; 101(5).
4. EleanaHadjimina A. Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. Psychiatry Research. 2017 Mayo; 251(1).
5. Organización Mundial de la Salud. Consecuencias de la COVID-19, afectará a la salud mental futura. [Online].; 2020 [cited 2020 Diciembre 14. Available from: <https://www.who.int/es>.
6. La Universidad Estatal a Distancia, Universidad Nacional. Salud mental y relaciones con el entorno. Informe de Investigación. Costa Rica: La Universidad Estatal a Distancia, Universidad Nacional, el Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Investigación; 2021. Report No.: <https://investiga.uned.ac.cr>.
7. Aaron Kandola DVMHARMHF. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. Current Psychiatry Reports. 2018 Julio; 20(8).
8. Andreas Ströhle JGKD. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Dtsch Arztebl Int. 2018 Setiembre; 115(37).
9. Williams LM. Defining biotypes for depression and anxiety based on



- large-scale circuit dysfunction: a theoretical review of the evidence and future directions for clinical translation. *DEPRESSION AND ANXIETY*. 2017 ENERO; 39(1).
10. Borwin Bandelow SMDW. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017 Enero; 19(2).
 11. Michelle G Craske MBS. Anxiety. *THE LANCET*. 2017 DICIEMBRE; 388(10063).
 12. Geotte. Elizabeth FMPSSMBABEIN. Barriers to mental Health Treatment Among Individuals with Social Anxiety Disorder and Generalized Anxiety disorder. *Psychological Services*. 2020 Feb; 17(1).
 13. Borwin Bandelow SMDW. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clinical Neuroscience*. 2017 Enero; 19(2).
 14. U.S Food and Drug Administration. News & Events. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 1. Available from: <https://www.fda.gov/news-events>.
 15. Martínez Garcia GGCHCROR. Estrategias en la Retirada de Benzodiazepinas: Otras alternativas. *Boletín Farmacoterapéutico*. Toledo: Servicio de Sanidad de Castilla- La Mancha, Farmacia y Terapeutica; 2012. Report No.: ISSN: 1576-2408.
 16. Sujita Kumar Kar SS. Neuro-stimulation Techniques for the Management of Anxiety Disorders: An Update. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2016 Noviembre; 14(4).
 17. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Guía de consulta. Arlington: American Psychiatric Association, Psiquiatría; 2014. Report No.: ISBN 978-0-89042-551-0.
 18. Jodi. Alonso ZLSELESNSSC. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*. 2018 Marzo; 35(3).
 19. DeMartini GPLFTLF. Generalized Anxiety Disorder. In *The Clinic*. 2019 Abril; 170(7).
 20. Amanda Mc Grandles MM. Diagnosis and management of Anxiety Disorders. *Nurse Prescribing*. 2013 Setiembre; 8(7).
 21. Julia Tomasi AJLCCZRHJMCMZREM. Towards precision medicine in generalized anxiety disorder: Review of genetic and pharmaco (epi) genetics. *Journal of psychiatric research*. 2019 Diciembre; 119(2).
 22. Timothy M Scarella RJBAJB. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosomatic Medicine*. 2019 Enero; 81(5).