

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**ANÁLISIS DEL MANEJO ACTUAL MÉDICO Y COGNITIVO
CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA EN MUJERES Y HOMBRES DE 18 A 65
AÑOS DE EDAD DEL 2015 AL 2019 EN AMÉRICA**

**MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

POSTULANTE:

SOFÍA NATALIA LEÓN GARCÍA

TUTOR:

DRA. LAURA SÁNCHEZ ORTIZ

SEDE CENTRAL, ARANJUEZ, NOVIEMBRE, 2021

Tabla de Contenido

Tabla de abreviaturas	5
Tabla de Figuras	6
Tabla de Cuadros.....	7
Tablas.....	8
Resumen	9
Abstract.....	10
Agradecimientos	11
Dedicatoria.....	12
CAPÍTULO I	13
Introducción.....	13
Planteamiento del problema	15
Pregunta de investigación.....	17
Objetivos	18
Objetivo General.....	18
Objetivos Específicos	18
Justificación.....	19
Antecedentes	23
Antecedentes Históricos	23
Antecedentes Internacionales	33
Antecedentes Nacionales	39
Proyecciones	41
CAPÍTULO II	42
Marco Teórico.....	42
Salud Mental	42
Salud.....	43
Calidad de vida.....	44
Ansiedad	45
Angustia	46

Miedo	47
Trastorno de ansiedad generalizada.....	47
• Subjetiva-cognitiva:.....	49
• Fisiológico-somático:	49
• Motor-conductual:.....	49
Anatomía.....	49
Epidemiología	59
Comorbilidad.....	62
Etiología o Etiopatogenia	63
Factores que participan en el origen del TAG:.....	64
Factores protectores:.....	66
Fisiopatología	66
Manifestaciones clínicas	67
Diagnóstico	68
Duración de la crisis	71
Diagnóstico diferencial	72
Abordaje.....	75
Terapia cognitiva conductual.....	79
Farmacoterapia.....	84
CAPÍTULO III	97
Marco metodológico.....	97
Tipo de enfoque y diseño.....	97
Fuentes de información:	97
Revista Eneurobiología	110
Criterios de inclusión y de exclusión.....	111
Unidad de análisis	112
Instrumentos.....	113
Tipo de muestreo	115
Muestreo cualitativo.....	115
Recolección de datos	115
Procedimiento de análisis de datos	116
CAPÍTULO IV	117
Análisis y Resultados	117

CAPÍTULO V	128
Conclusiones	128
Recomendaciones.....	131
Referencias Bibliográficas	133

Tabla de abreviaturas

TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
OMS	Organización Mundial de la Salud
MS	Ministerio de Salud
TA	Trastorno de ansiedad
GABA	Ácido gamma-aminobutírico
ACTH	Hormona adrenocorticotrópica
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
ACT	Antidepresivo tricíclico
BZD	Benzodiazepina
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
ISRN	Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina
FDA	Food and Drug Administration
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
TC	Terapia Cognitiva
EMA	Agencia Europa de Medicamentos

Tabla de Figuras

Figura 1.Cerebro como centro generador de las crisis de ansiedad.....	50
Figura 2. Localización de los lóbulos cerebrales involucrados en el TA, visión medial.....	52
Figura 3. Corte coronal del cerebro, visión posterior, estructuras involucradas en el TA.....	53
Figura 4.Corte transversal del cerebro, tálamo y estructuras relacionadas.....	54
Figura 5.Visión porterior del cerebelo.....	54
Figura 6 Corte sagital medial del cerebelo.....	55
Figura 7. Corte sagital del encéfalo in situ, visión inferior.....	55
Figura 8 Participación de las estructuras corticosubcorticales en la Neuroanatomía de la Ansiedad.....	56
Figura 9. Mecanismo de acción de los fármacos utilizados en el TAG.....	59
Figura 10 Flujograma sobre el diagnóstico médico de un trastorno de ansiedad.....	76
Figura 11 Flujograma sobre el diagnóstico psiquiátrico de un trastorno de ansiedad.....	76
Figura 12. Sinapsis gabaérgica inhibitoria potenciada por la acción de las BZD.....	85

Tabla de Cuadros

Cuadro 1. Diferencia entre ansiedad normal y patológica.....	48
Cuadro 2. Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos de ansiedad por país como porcentaje de la discapacidad total.	60
Cuadro 3. Diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizado según el DCM-IV	69
Cuadro 4. Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad	74
Cuadro 5 Ventajas y desventajas de las BZD en el TAG	87
Cuadro 6 . Ventajas y desventajas de la buspirona en el TAG.....	87
Cuadro 7 Ventajas y desventajas de ISRS e IRSN en el TAG	90
Cuadro 8. Ventajas y desventajas de los antidepresivos tricíclicos en el TAG.....	91
Cuadro 9. Ventajas y desventajas de la pregabalina en el TAG.	93
Cuadro 10 Resumen de propiedades farmacológicas, ventajas y desventajas de los fármacos y su grado de recomendación en el manejo del TAG, según la Federación Mundial de Psiquiatría Biológica.....	94
Cuadro 11. Fuentes de información.....	98

Tablas

Tabla 1 Escala del Trastorno de ansiedad generalizada 7 (GAD-7).....	70
--	----

Resumen

El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) es una enfermedad frecuente en la población mundial, generando un nivel significativo de discapacidad funcional, afectando en mayor medida a la población femenina. Dicho cuadro se define en presencia de preocupación excesiva, inapropiada, y persistente vinculada con una amplia gama de acontecimientos.

Los pacientes que padecen este trastorno presentan síntomas como temblor, palpitaciones y síntomas psíquicos como la irritabilidad, fatiga y trastorno del sueño, la mayoría de estos pacientes presenta comorbilidad con depresión u otro trastorno de ansiedad.

Esta tesis tiene como objetivo general analizar el manejo actual médico y cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en mujeres y hombres de los 18 a 65 años de edad del 2015 al 2019 en América. Dentro de sus objetivos se encuentra determinar el manejo farmacológico, describir el manejo cognitivo conductual y comparar ambos tratamientos, con lo que se busca responder la pregunta de dicha investigación

Asimismo, los criterios de inclusión empleados en esta revisión bibliográfica se basan en artículos e investigaciones que se ubican entre los años 2015 y 2019, los mismos se enfocan en el análisis de datos que incluyen tanto a pacientes con síntomas especiales dentro del TAG, como a aquellos que presentan síntomas comunes que se asocian con el trastorno. Del mismo modo, estas investigaciones presentan datos de recopilación bibliográfica que dejan ampliar las múltiples ramas que se presentan en el TAG y al mismo tiempo aspiran a dar datos que ayuden a futuros médicos e investigadores a acceder a información actualizada sobre esta patología.

Finalmente, la investigación pretende llegar a la conclusión de que tanto el abordaje médico, como la terapia cognitiva conductual (TCC) tienen efectos positivos en los pacientes que padecen de TAG, marcando de forma contundente que la tasa de éxito es mayor cuando van de la mano en terapia combinada.

Abstract

Generalized anxiety disorder (GAD) is a common disease in the world population, generating a significant level of functional disability, affecting the female population to a greater extent. This picture is defined in the presence of excessive, inappropriate, and persistent worry related to a wide range of events.

Patients suffering from this disorder present symptoms such as tremor, palpitations and psychic symptoms such as irritability, fatigue and sleep disorder, most of these patients present comorbidity with depression or another anxiety disorder.

This thesis has as a general objective to analyze the current medical and cognitive behavioral management in generalized anxiety disorder in women and men from 18 to 65 years of age from 2015 to 2019 in America. These objectives include pharmacological management, describe cognitive behavioral management, and compare both treatments, to answer the question of this research.

Likewise, the inclusion criteria used in this bibliographic review are based on articles and investigations that are located between the years 2015 and 2019, they focus on the analysis of data that include both patients with special symptoms within the GAD, as well as also to those that can be grouped within the common symptoms that occur with the disorder. In the same way, these investigations present data from bibliographic compilation that allow to expand the multiple branches that are presented in the GAD and at the same time aspire to provide data that will help future doctors and researchers to access updated information on this pathology.

Finally, the research aims to reach the conclusion that both the medical approach and cognitive behavioral therapy (CBT) have positive effects in patients suffering from GAD, clearly marking that the success rate is higher when they go from the hand in hand with combination therapy.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios por permitirme concluir la tesis y ayudarme a superar los obstáculos que se han presentado a lo largo de mi vida y carrera profesional, por haber puesto en mi camino a personas de bendición que aportaron palabras de motivación y aliento en momentos cruciales de mi formación académica.

Gracias a mis padres, los cuales han estado a mi lado en los diferentes procesos que he tenido que enfrentar y por medio de sus palabras logré avanzar para superar todos los obstáculos sin abandonar el camino. Gracias, por formarme con reglas y algunas libertades, pero sobre todo por la motivación constantemente para alcanzar mis anhelos y lograr así formar a la persona que hoy soy.

Gracias a mi tutora, Dra. Laura Sánchez, por tener la disposición de guiarme en la realización de este trabajo investigativo

Finalmente, agradezco a la Universidad, en especial a la Facultad de Medicina por darme una formación académica llena de aprendizajes y de innumerables experiencias que me hacen querer siempre la excelencia en mi carrera profesional.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios, quien me dio la fuerza, paciencia y capacidad para realizar este trabajo, quien calmaba mis desesperos cuando sentía que no podría lograrlo y que a través de este proceso pude ver su amor y fidelidad en todo momento.

A mis padres, Sandra y José, no solo por estar a mi lado en la realización de esta tesis, sino a lo largo de mi vida, esto es solo una pequeña muestra de mi eterno agradecimiento.

Así mismo, quiero dedicar esta tesis a Jefferson, que no dejó de creer en mí ni un solo momento, y logró motivarme diariamente con la frase “usted es muy capaz”. Gracias por haber sido luz en los momentos de oscuridad.

Y a todas esas personas que fueron parte de este pequeño episodio de mi vida universitaria llamado tesis de graduación.

CAPÍTULO I

Introducción

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 25% de la población mundial es víctima de trastornos mentales y del comportamiento en algún momento de su vida. Se calcula que alrededor del 10% de la población mundial está afectada por los trastornos mencionados, trayendo un impacto económico de gran magnitud en la sociedad y repercusiones en el bienestar y calidad de la vida de las personas. (Organización Panamericana de la Salud, Situación actual de la salud mental en Costa Rica. 2004, p.6.)

En la actualidad los trastornos de ansiedad se encuentran entre las afecciones con mayor prevalencia en la población a nivel mundial y el continente americano no se escapa de ello. Dicho trastorno se subdivide en múltiples tipos de ansiedad, entre las que resalta el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), cuya característica es la preocupación excesiva que encuadra una alta gama de acontecimientos que se incrementan y sobrepasan los seis meses.

La ansiedad es una forma de expresión emocional en la que la persona se encuentra afectada por una sensación excesiva de inquietud, con una gran preocupación o temor, sin que, en muchas ocasiones, se puedan identificar adecuadamente los factores que la han provocado.

Asimismo, se sabe que el modo de vida contemporáneo, cada vez es más exigente y acelerado, nos lleva a sentir constantemente grandes niveles de preocupación y ansiedad. Se ha llegado a tal punto que el estrés, estado sumamente ligado con la ansiedad, se considera una de las grandes enfermedades en la actualidad, la cual afecta al ser humano en cuanto a su calidad de vida, funcionamiento social, académico, familiar y laboral. Si bien en algunas ocasiones el sentir un ligero nivel de ansiedad puede ayudarnos a realizar mejor nuestro trabajo, para la mayoría de las personas el resultado de estar en un estado constante de ansiedad es contraproducente.

Por otra parte, se debe aclarar que la ansiedad no siempre es patológica, de hecho, casi todas las personas podemos manifestarla con unas características “normales”, como consecuencia de diversas circunstancias de la vida cotidiana. Realmente la ansiedad forma parte de la reacción natural de adaptación al estrés y por ello es primordial diagnosticar si la ansiedad acata a un estado emocional normal o patológico.

Aunado a lo anterior, es importante explicar que la ansiedad normal promueve una adecuada respuesta adaptativa ante situaciones de tensión, peligro o amenaza. En lo psíquico, se percibe como una sensación desagradable, de preocupación excesiva, con presentimiento de peligro y sensación de espera incierta, pero es vivida como una respuesta adecuada y necesaria a la situación. Las personas con una ansiedad normal no se preocupan por la ansiedad, sino que se preocupan más bien por la situación que están viviendo, se puede decir que la ansiedad normal cumple una función homeostática.

Por el contrario, se considera que la ansiedad es patológica cuando es desproporcionada al estrés que la provoca, se mantiene después de que el peligro ha desaparecido o se presenta sin que haya un motivo externo para ello. En estos casos la ansiedad constituye un síntoma, ya que es vivenciada como algo raro, como una experiencia psíquica perturbadora, carente de legitimidad, la cual interfiere con el funcionamiento habitual del individuo.

Según la OMS los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad. La vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan el bienestar general. (OMS, 2017).

Así mismo, en Costa Rica la patología psiquiátrica ha tenido un crecimiento a nivel poblacional en los últimos años, dentro de ellos los trastornos de ansiedad, por lo que es necesario que el médico tratante conozca sobre el tema, su variabilidad de presentaciones y la semejanza que presenta con otras patologías, y de esta forma lograr una disminución en la morbilidad, seguido de un tratamiento beneficioso que sea menos invasivo.

Por lo anterior, esta investigación es de suma importancia para que las personas y médicos en general sepan reconocer cuándo están atravesando una crisis de ansiedad y no lo pasen por alto. De esta forma, los pacientes pueden ser atendidos de manera inmediata y recibir una adecuada atención según sus necesidades.

Planteamiento del problema

La incidencia de patologías en psiquiatría ha ido en aumento en los últimos años y con ello los trastornos de ansiedad, lo que obliga a todo médico a conocer sobre este tema, ya que la presentación de dicho trastorno puede confundirse con otras patologías psiquiátricas, siendo esto un obstáculo para su diagnóstico y al mismo tiempo para dar un tratamiento adecuado.

Este trastorno está altamente relacionado al entorno social y laboral que usualmente es cambiante, estresante, competitivo y exigente, trayendo consigo sentimientos inapropiados o injustificados de miedo y aprehensión, los cuales se puede acompañar de manifestaciones físicas como tensión, taquicardia, taquipnea y temor, que por lo general cursa con exacerbaciones y remisiones a lo largo del tiempo.

Dado lo anterior, es fundamental saber que los trastornos de ansiedad comprenden una serie de entidades incapacitantes, que difieren levemente en su manera de expresión; pero que en conjunto representan el trastorno mental más frecuente y el que más comúnmente consulta en el servicio de emergencias (Acuña, Álvarez, A. Umaña, C. Umaña, 2013, p.30). De ese modo, al ser una patología tan consultada, genera incapacidades de forma repetitiva, muchos pacientes terminan sumando a su historial clínico otro tipo de trastornos como fobias, pánico, estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), depresión, pensamientos suicidas o suicidio y abuso de sustancias.

El diagnóstico por parte de los médicos generales o especialistas no psiquiátricos es muchas veces pasado por alto, y al mismo tiempo subestimado; los pocos casos que llegan a ser detectados no siempre son manejados y tratados de manera apropiada. (Acuña et al., 2013, p.30). Lo anterior se debe, según Acuña et al. (2013), a diferentes explicaciones dentro de las que se encuentran:

- El desconocimiento por parte del médico general en psiquiatría y en especial por los trastornos de ansiedad.
- El enfoque médico de buscar una patología médica o de situaciones que pongan en peligro la vida del paciente.
- El proceso médico-legal al que se pueden enfrentar los médicos en caso de pasar por alto alguna de las situaciones anteriores que simulen enfermedades psiquiátricas. (p.30)

Cabe mencionar que la falta de tiempo por la alta demanda en las consultas de los hospitales, ocasiona que el paciente con problemas psicológicos y psiquiátricos no pueda ser estudiado a

profundidad, y muchas veces se le atribuye un carácter de normalidad a los síntomas de ansiedad cuando están presentes en pacientes con enfermedad crónica o severa (Acuña et al., 2013, p.30 citando a Roy-Byrne et al., 2009).

Incluso se observan como factores propios del paciente que dificultan el diagnóstico, como la falta de expresión de problemas psicológicos, el miedo a la estigmatización de problemas mentales o bien el considerar sus síntomas como normales (Acuña et al., 2013, p.30 citando a Kartal et al., 2010; Muntingh et al., 2009).

Debido a esto, es importante conocer el abordaje farmacológico o no farmacológico, según las necesidades del paciente, mediante la escucha, la contención y una serie de técnicas de ayuda, incluyendo recomendaciones y tratamientos escalonados, de esta forma se puede ofrecer una mejor calidad de vida a los individuos que lo padecen.

En este trabajo se desea realizar una revisión bibliográfica sobre las tendencias actuales del manejo del trastorno de ansiedad generalizada y la efectividad de cada una de ellas, para que teniendo un panorama más específico sea de ayuda a futuros médicos que deban diagnosticar dicho trastorno y al mismo tiempo servir de guía para que las personas que lo padecen sepan identificar si su condición está siendo abordada de la mejor manera.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el análisis del manejo actual, médico y cognitivo conductual, en el trastorno de ansiedad generalizada en mujeres y hombres de 18 a 65 años de edad del 2015 al 2019 en América?

La interrogante anterior se responderá con base en la revisión y comparación de artículos que evidencian el manejo médico y cognitivo conductual del trastorno de ansiedad generalizada.

Objetivos

Objetivo General

1. Analizar el manejo actual médico y cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en mujeres y hombres de 18 a 65 años de edad del 2015 al 2019 en América.

Objetivos Específicos

1. Determinar el manejo farmacológico actual en el trastorno de ansiedad generalizada.
2. Describir el manejo cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada.
3. Comparar el manejo médico y el manejo cognitivo conductual que se aplican en el trastorno de ansiedad generalizada.

Justificación

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un cuadro clínico que produce deterioro tanto social como laboral y es clínicamente significativo. Este trastorno tiende a ser crónico sin tratamiento. Es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes y con peor respuesta a la psicoterapia, al mismo tiempo que posee una fuerte asociación con la depresión clínica. (Etchebarne, Roussos, 2016, p.6)

Debido a lo anterior, se da una necesidad sumamente importante de que los trastornos de ansiedad sean conocidos principalmente por parte de los médicos generales, ya que tal trastorno radica en varios aspectos: se trata de una enfermedad conocida como discapacitante, con un alto costo médico y productivo, debido a la disminución del rendimiento del paciente; además son los servicios de atención primaria y no los de especializados los que atienden al paciente en primera instancia. (Acuña, Álvarez, A. Umaña, C. Umaña, 2013, p.30)

Aunado a lo anterior, y debido a que el trastorno de ansiedad tiene una tasa alta de incidencia y prevalencia, debe existir un adecuado conocimiento y manejo no solo por parte del médico especialista, sino también por parte de la atención primaria. Los profesionales de la salud deben realizar distintos métodos de abordaje para obtener una captación temprana y mejoría en la calidad de vida del paciente.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud estadísticamente establece que los trastornos mentales a nivel mundial se han desarrollado más que en otros años. Desde la década de los 90 hasta el año del 2013, las cifras de personas con ansiedad se registran en un 50%, donde actualmente existen 615 millones de personas que padecen de ansiedad (OMS, 2016). (Jiménez, 2018, p.7)

Lo anterior deja en evidencia que este cuadro clínico ha venido avanzando en los últimos 20 años, donde se ha producido un pico considerablemente abrupto, siendo que para el año 2016 se contaba con 615 millones de personas a nivel mundial padeciendo de este mal. Esto es una cifra sumamente alarmante puesto que este padecimiento mantiene a la persona que lo sufre en una condición donde se siente incapaz de realizar ciertas actividades cotidianas que son sencillas de realizar.

Villalobos (2019) menciona que para la OMS (2017) los trastornos de ansiedad están clasificados como el sexto factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales

a nivel mundial y se coloca entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad; también menciona que la población mundial con trastornos de ansiedad es del 3,6%, aumentando a un 7,7% en la región de las Américas. (p.7-8, parr.5-6)

Efectivamente, la posición en la que se encuentra este padecimiento es de suma importancia, con respecto a la pérdida de salud, no obstante, es más importante destacar que la misma va en crecimiento exponencial en la actualidad y que las personas no están logrando dominar las preocupaciones que los llevan a encontrarse ante situaciones por las cuales nunca se imaginaron pasar. Por esta razón la ansiedad debe ser tratada preventivamente para lograr minimizar los efectos que esta pueda causar en la salud de las personas.

En el más reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) sobre la carga de los trastornos de ansiedad en la región de las Américas, los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países analizados. (Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018, p.16)

Una muestra del impacto de esta enfermedad es que causa cierta discapacidad en las personas que la padecen, siendo que es el segundo trastorno en América que produce esta condición en los habitantes de dicho continente, esto quiere decir que un mal manejo del estrés y las preocupaciones pueden llevar a que una persona tenga la condición de discapacidad para realizar acciones sencillas cotidianas y que no requieren un esfuerzo mayor.

Así mismo, la prevalencia anual mundial del TAG se ha reportado entre 3 y 8%. Se ha observado que la prevalencia de este trastorno varía entre los diferentes países, percepción que se cree se debe a la poca validez de los criterios. (Marjan, Mendieta, Muñoz, Díaz, Cortés, 2014, p.510)

Ejemplificando lo citado se encuentra que el promedio de la discapacidad causada por los trastornos de ansiedad estuvo en el 4,7%, Colombia obtuvo un resultado del 5,3% al igual que Perú. Brasil se encuentra en el primer lugar con 7,5%, mientras que Canadá mostró la menor tasa de discapacidad (3,4%). En su conjunto, todos los países sudamericanos, salvo Venezuela mostraron resultados más altos que el promedio, mientras que los países del hemisferio norte obtuvieron las tasas más bajas (México: 3,6%, Estados Unidos: 4,1%, y Canadá: 3,4%). (Villalobos, 2019, p.8)

Es necesario resaltar que los países de América del Sur son los que presentan un mayor porcentaje de discapacidad, solo el hecho de que una enfermedad cause discapacidad en la población es preocupante y habla del tratamiento preventivo que se debe tener para combatir este padecimiento. Por otra parte, es importante resaltar el contraste que presenta Estados Unidos en relación a Brasil, siendo estos los dos países con más población en América, el primero mantiene un porcentaje muy bajo en relación al segundo que presenta el mayor porcentaje de la región y teniendo menos población.

Se estima que la prevalencia del TAG a un año es de 3% a 4%, y a lo largo de la vida de 5% a 6%, esta es una enfermedad con alta tendencia a la cronicidad, lo cual se demuestra en la pequeña diferencia entre ambas prevalencias. (Cañete, 2018, p.7)

En el artículo “Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad” se estima que en todo el mundo se da una prevalencia durante la vida de 13.6 a 28.8%, así como una prevalencia en los últimos 12 meses de 5.65 a 19.3%. (Marjan, et al., 2014, p.509)

Al mismo tiempo y con respecto al género en el cual se presenta con mayor frecuencia el TAG, se destaca que los investigadores han visto tasas mayores en las mujeres, en una relación 2:1 y que esta patología es más frecuente en personas separadas, así como en sujetos con niveles socioeconómicos bajos y desempleados. (Marjan, et al., 2014, p.510)

Sin embargo, no solo se presenta mayormente en mujeres, sino que se ha observado según mencionan Marjan et al. (2014), que este trastorno es más frecuente en adultos jóvenes, con un rango de presentación de inicio entre los 25 y 35 años de edad; y que la prevalencia de este diagnóstico aumenta con la edad, sin cambios en los mayores de 60 años. (p.510).

Lo anterior deja en evidencia cuatro grupos vulnerables para este trastorno, así como las edades de los mismos, siendo estos: las mujeres, personas separadas, personas de nivel socioeconómico bajo y desempleados, entre los 25 y 35 años de edad; del mismo modo, si se ahonda más en estas tres situaciones, se puede ver que son condiciones que causan preocupación y una serie de emociones en las personas que las padecen. Es de suma importancia que estas personas sean escuchadas y atendidas por un profesional en el área.

Por otro lado, cabe mencionar que, al abordar a un paciente, resulta de vital importancia el conocimiento de los lineamientos, que permiten brindar un tratamiento eficaz y oportuno a este estado patológico, ya que depende del abordaje empleado la evolución clínica del paciente será o no favorable.

En este estudio se pretende obtener un apoyo para reforzar el manejo de dicha patología en Costa Rica, por medio de aprendizajes e investigaciones, que incluye el tratamiento farmacológico y cognitivo conductual. El diagnóstico de este tipo de padecimiento es de suma importancia, ya que se puede encontrar la presencia de diferentes síntomas y signos referentes a la enfermedad por lo cual se requiere de una adecuada historia clínica, y seguimiento para evitar consecuencias de evolución de la patología.

Por lo tanto, con esta investigación se pretende recolectar toda la información importante y lograr analizar las diferentes terapias farmacológicas y no farmacológicas. Conocer si el abordaje incorrecto de dicho estado patológico ocasiona repercusiones significativas en la salud, debido a que cada paso que se da en el manejo del paciente con trastorno de ansiedad debe ser claro y oportuno, para que de esta manera exista una reducción de las complicaciones y a su vez se produzca una reducción de las secuelas, siendo este un análisis para que los pacientes costarricenses sean los más beneficiados.

Antecedentes

Desde la antigüedad como seres humanos se ha buscado la manera de investigar el origen y cura de las enfermedades, con base en tal necesidad surgió la medicina como una rama de la ciencia, la cual, se encarga de estudiar las patologías que afectan al ser humano, con el objetivo de prevenirlas, tratarlas y prolongar la vida.

Así mismo, a lo largo de los años también se ha visto cómo diferentes padecimientos afectan a ciertos sectores de la población en general , llevándolos a presentar distintos síntomas y enfermedades que muchas veces no son tratadas de la mejor forma a causa de su desconocimiento o porque muchas veces pueden confundirse con otros padecimientos; este es el caso del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) el cual ha sido estudiado durante la historia de la medicina por diferentes médicos e investigadores.

Antecedentes Históricos

Desde los inicios de la psiquiatría moderna, las condiciones relacionadas con la ansiedad crónica acompañada con aprensión ansiosa o preocupación desproporcionada por diversas circunstancias de la vida diaria han sido descritas por varios autores desde finales del siglo 18. Inicialmente se pensó que este trastorno de ansiedad crónica desencadenaba en paroxismo de ansiedad por lo tanto el trastorno de ansiedad generalizada y los ataques de pánico se agrupan bajo el mismo concepto patológico.

La ansiedad existe desde la antigüedad, sin embargo, el termino como tal ha venido en una constante evolución, siendo que el primer nombre con más fama que se le dio a este padecimiento, fue neurastenia, sin embargo, este fue uno de muchos nombres que recibió y con el pasar del tiempo los descubrimientos médicos han hecho que este padecimiento sea más conocido, más estudiado y sin duda más sufrido en las cavilaciones a lo largo de la historia, tal como lo expresa el autor Croq (2017):

Entre la antigüedad clásica y la psiquiatría moderna, hubo un intervalo de siglos en que el concepto de ansiedad como enfermedad parece haber desaparecido de los registros escritos. Los pacientes con ansiedad existían, pero fueron diagnosticados con otros términos de

diagnóstico. El último y más exitoso de estos nuevos diagnósticos fue la neurastenia de Beard. (p. 321)

Asimismo, se explica la existencia de la ansiedad desde hace más de 400 años en la vida humana, puesto que se establece que la melancolía incluía en sí la ansiedad. Los estudios sobre este tema siempre existieron, pero enfocados en otra terminología, siempre fueron enfermedades que contenían la ansiedad como una manifestación o no se veía la ansiedad como la mayor parte del problema, sino solo uno abonado a los síntomas principales: En 1621, Robert Burton publicó: La anatomía de la melancolía, basada en una revisión enciclopédica de la literatura desde la antigüedad hasta el siglo XVII, él se refería a la depresión en su publicación, sin embargo, también le preocupaba la ansiedad. En ese momento, el significado de melancolía no se limitaba a la depresión, también incluía la ansiedad. El diagnóstico de melancolía podría aplicarse a una variedad de cuadros clínicos con afecto negativo o síntomas internalizantes. Un criterio clave de la melancolía era un paciente que permaneciera callado, agitado calificando en el diagnóstico de manía. Para Burton, el miedo y la tristeza estaban íntimamente relacionados. (Croq, 2017, p.321)

Aunado a lo anterior se destaca que los trastornos de ansiedad están estrechamente vinculados al concepto clínico de neurosis. Tal es el caso que es mencionado por Croq (2017) quien describe que en 1769 el psiquiatra escocés Cullen establece el término neurosis en su “Synopsis nosologiae methodicae”, donde se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre, ni afectación local de algún órgano y que comprometía el sentido y el movimiento, mezclándose en ella desde sincopes hasta tétanos, hidrofobia pasando por la histeria, melancolía amencia y manía. (p.108)

A partir de la fecha mencionada se empieza a dar un enfoque más especializado a la ansiedad, en este caso específico se inició con el término neurosis, el cual hacía hincapié en una afección del sistema nervioso, al ser una afectación en el sistema nervioso puede traer problemas en cómo se desenvuelven las personas en las relaciones interpersonales, así como puede afectar el pensar, el razonar, puesto que este sistema permite estar consciente, tener pensamientos y recuerdos.

Según Cullen (1710-1790) ,el cual es mencionado en Gómez (2008), el calificativo de enfermedades funcionales del sistema nervioso se deriva de las afecciones que parecían tener

origen en algún problema neurológico, pero sin causa orgánica definida, ni lesión del órgano donde aparecía el síntoma, aunque sí implicaban su disfunción; de esa forma:

Las neurosis son todas las afecciones contra natura del sentimiento y del movimiento donde la pirexia no constituye una parte de la enfermedad, y todas aquellas que no dependen de una afección tópica de los órganos, sino de una afección más general del sistema del cual depende especialmente el movimiento y el pensamiento. (p.3)

El origen del padecimiento era lo que se buscaba en las primeras investigaciones, para lo cual buscaban lesiones o alguna muestra de dónde se pudo haber iniciado el padecimiento, sin embargo, no se encontraba rastro alguno, lo que hacía creer que atacaban directamente al sistema nervioso específicamente al sentimiento, al movimiento y al pensamiento.

Por otro lado, según Crocq (2017):

El término “pantofóbico” fue empleado por primera vez por el médico de habla latina Caelius Aurelianus (siglo V), quien escribió sobre las etimologías de los términos médicos que tradujo del griego al latín. Señaló que algunos médicos hablaban de pacientes “pantofóbicos”, que supuestamente le tenían miedo a todo. (p. 108).

Dado lo anterior, se puede mencionar que las raíces de la ansiedad pueden ser diversas, siendo que una persona pantofóbica, le tiene miedo a todo, es una condición en la que sus nervios son alterados, manteniéndose en un constante estado de alerta lo que hace que siempre esté agotado y tenga la necesidad de mantener cuidados específicos en todo momento. Es decir, es una alteración del sistema nervioso lo que relaciona la definición de pantofóbico con el término de la neurosis.

Así también, en 1706-1767 Boissier de Sauvages escribió la primera nosología médica francesa significativa. Su posición en la transición de la medicina clásica a la moderna se ejemplifica por el hecho de que su trabajo fue el último libro de texto médico importante que se escribió en latín y que pronto fue seguido por una traducción póstuma al francés. (Crocq, 2017, p.108)

Incluso, se destaca que uno de los mayores aportes al estudio de la ansiedad lo hizo Boissier de Sauvages, quienes dividieron los trastornos mentales en cuatro grandes grupos para ser tratados y estudiados con mayor rango de exactitud y para ser atacado más efectivamente. Cada uno de estos grupos presenta padecimientos que afectan directamente el trastorno de ansiedad en la salud

de las personas, puesto que son factores que dañan progresivamente la salud mental de las personas. Las subdivisiones mencionadas son:

- Alucinaciones: Refiriendo a vértigo, sufusión, diplopía, syrigmus (es decir, ruido imaginario percibido en el oído), hipocondria y somnambulismo;
- Morositates: Refiriendo a pica, bulimia, polidipsia, antipatía, nostalgia, panofobia, satiriasis, ninfomanía, tarantismo e hidrofobia
- Deliria: Que comprende parafrosina (es decir, delirio temporal causado por una sustancia o una enfermedad médica), Amentia (delirio "universal" sin furor); Melancolía (delirio "parcial" y no agresivo con tristeza y cronicidad), Manía ("delirio universal" con furor y cronicidad), Demonomanía (es decir, melancolía atribuida al diablo)
- Folies anormales: Que comprende amnesia y agripnia (es decir, insomnio). (Crocq, 2017, p.108)

Por su parte, según la definición del Oxford English Dictionary, se indica que “en 1781 aparece el término panofobia, el cual tapareció bajo formas relacionadas, como pantafobia, pantofobia o panfobia, según el Oxford English Dictionary, cuyo sentido literal es "ansiedad por todo".” (Crocq, 2017, p. 108). Los términos mencionados en el texto anterior se traducen fielmente como “ansiedad por todo”. Ansiedad por todo es una alteración al sistema nervioso donde la persona por cualquiera evento que se le manifieste, va a presentar una angustia, desazón, congoja, pena, tormento, que va a perdurar algún tiempo en las vidas de las personas que padecen este trastorno hasta que pase el evento o llegue otro que produzca aún más ansiedad.

Describiendo mejor lo que se ha mencionado sobre la ansiedad destacan los planteamientos de Crocq (2017) quien plantea que:

El trastorno que se ocupa principalmente de la ansiedad es la panofobia. En dicha nosología la primera era una forma de panofobia es poco más que terror nocturno. Sin embargo, otros subtipos de panofobia recuerdan a los trastornos de ansiedad modernos. (p.108)

También se explica que se dan varios grados o tipos de la panofobia, siendo una de las más padecidas la panofobia histérica, también llamada “terror de pánico causado por vapores”, en ella los sujetos histéricos e hipocondríacos experimentan un susto repentino y reaccionan dramáticamente con el corazón acelerado o palidez cuando son sorprendidos por ruidos o imágenes inofensivas. Esto se atribuyó a una diátesis de sensibilidad exacerbada. Se informó que estos

sujetos pudieron presentar adicionalmente los síntomas complicados de dolor o preocupaciones. (Crocq, 2015, p.322).

De acuerdo a lo anterior, el susto repentino es uno de los síntomas más frecuentes en la ansiedad e incluso representa un peligro debido a que un susto repentino podría causar un colapso de la persona hasta el punto de necesitar hospitalización, esto porque las personas que presentan momentos específicos donde por alguna circunstancia viven un susto repentino, permanecen en un estado de ansiedad puesto que acarrearán estrés y muestran nerviosismo en la mayor parte del día.

Por su parte, también se tiene conocimiento de que:

En 1897 Kraepelin y Freud describieron la panofobia en un congreso de psiquiatría en Moscú. Citaron a Théodule Ribot, quien a su vez había atribuido el término panofobia a George

En 1902, Albert Pitres y Emmanuel Régis dan una la mejor descripción de la panofobia. Pitres (1848-1928) se formó con Jean Martin Charcot, estudió localizaciones corticales y más tarde se convirtió en profesor de psiquiatría en Burdeos. Él escribió el libro *Les obsessions et les impulsions* con Régis (1855-1918).

Régis más tarde escribió un libro de texto de psiquiatría (*Précis de Psychiatrie*), cuyas sucesivas ediciones fueron un referente en las primeras décadas del siglo XX en Francia. (Crocq, 2017, p.108)

Al mismo tiempo el autor Crocq (2017) describe que Pitres y Régis describieron un trastorno de las emociones, “un estado de ansiedad o terror vago pero permanente que se denominó panofobia o pantafobia (Barba); es una condición donde el paciente tiene miedo de todo, donde la ansiedad, en lugar de estar fijada en el mismo objeto, flota como en un sueño y se fija sólo por un instante, según circunstancias aleatorias, pasando de un objeto a otro. El síntoma más prominente del estado panofóbico es lo que Freud denominó con mucha razón 'expectativa ansiosa'”. Para Pitres y Régis, la panofobia y la neurosis de ansiedad de Freud son claramente sinónimos. (Crocq, 2017, p 108)

Por otro lado, la neurastenia de Beard fue una de las categorías de diagnóstico más exitosas. Es un concepto muy amplio, cuyo significado ha ido evolucionando desde la descripción original de Beard en 1869 hasta su retención como concepto diagnóstico en la décima revisión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10), donde debe excluirse para el diagnóstico de TAG. En el tratado de Beard, la “pantafobia” es

una de las muchas manifestaciones de la neurastenia (“Existe una manifestación de miedo mórbido que no es infrecuente, y a la que quizás podríamos dar el término pantafofia, o miedo a todo”). (Crocq, 2017, p, 109)

En 1899 Édouard Brissaud, identificó "ansiedad paroxística pura", especificando que la condición a veces puede evolucionar hacia la agorafobia. (Crocq, 2017, p, 109)

Además, en 1892 y 1899 Freud incluye las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis, siendo esta una contribución más decisiva en los trastornos de separación, dentro de la neurastenia que denominó como neurosis de angustia, dicho nombre perdura hasta el día de hoy (Ojeda, 2003)

Asimismo, se describe que Freud reconocía que esa condición patológica ya había sido descrita anteriormente por Hecker en 1893, pero no establecía en su época la condición de divisible o subtipificable en función de la forma de presentación brusca y sin relación con el entorno. (Bobes, Portilla, Bousoño, 2002, p.1)

Dado lo anterior, Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. El cuadro descrito, se caracteriza por la excitabilidad general, un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, era característica la "espera angustiosa", que correspondían a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo: la tos es signo de una enfermedad mortal; si hay gente en la entrada de la casa, es porque ha ocurrido una tragedia, si doblan las campanas, es un ser querido que ha fallecido. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación. (Ojeda, 2003)

La espera angustiosa puede ser una de las manifestaciones más grandes de la ansiedad en la actualidad, sin embargo, era conocido como la neurosis de angustia en tiempos antiguos. Esta cualidad hace que las personas estén en un estado de alerta y de constante intranquilidad por los eventos que acontecerán. Puede ser causante de locura y muerte, dejando en evidencia que este padecimiento puede ser letal si no se trata a tiempo y de la manera correcta.

Freud describió diez características comunes en la neurosis de ansiedad que le conferían una identidad propia y que permitían su separación del concepto tradicional de neurastenia, común en esa época. Resulta interesante destacar aquí que el término neurastenia fue

formulado para describir comportamientos semejantes a los de la histeria, pero en los varones. (Bobes, Portilla, Bousoño, 2002, p.1)

De las diez características, nueve eran signos y síntomas como irritabilidad general, expectación aprensiva, angustia flotante, ataques de ansiedad, terror nocturno, vértigo, desarrollo de fobias, trastornos gastrointestinales paresias y tendencia a cronicidad refiriéndose al curso evolutivo del cuadro.

Otra manifestación que se menciona de la neurosis de angustia es la presencia de ataques de angustia. Refiere que algunos pacientes presentaban una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el vértigo. A lo dicho se agrega el "pavor nocturno de los adultos", consistente en un despertar con angustia, disnea y sudoración. (Ojeda, 2003)

El texto anterior es un claro reflejo de que en años antiguos los padecimientos mentales, también podían presentar manifestaciones fisicas, sin embargo, no es una máxima, sino que va a darse de forma diferente la manifestación de la misma en cada paciente. No obstante, queda en evidencia que se manifiestan síntomas físicos en la presencia de la ansiedad y otros trastornos mentales.

Así también, Freud describe el vértigo como una sensación de inestabilidad, como si el suelo oscilara y las piernas, temblorosas y blandas, se hundieran en él, imposibilitando estar de pie. Se menciona que este vértigo se acompaña de importante angustia, taquicardia y agitación respiratoria. (Ojeda, 2003)

Dado lo anterior, en presencia de los distintos síntomas se desarrollan dos grupos de fobias típicas en lo que respecta a la ansiedad:

- Amenazas fisiológicas: el miedo a las serpientes a las tormentas, a la oscuridad y a los insectos, y también la escrupulosidad y a varias formas de TOC
- Locomoción: Formado por la agorafobia.

Es importante destacar que, para Freud, en estas fobias, la angustia flotante es utilizada para intensificar repugnancias instintivas comunes a todos los hombres. La diferencia está en que esos temores perduran en los pacientes porque las experiencias han ocurrido sobre la base de la angustia flotante y de la espera angustiosa que los caracteriza.

Freud comienza a recibir en su consulta gran número de pacientes diagnosticados como enfermos nerviosos, consideraba que los trastornos y padecimientos de los enfermos que atendía no eran enfermedades, gástricas, oftalmológicas etc., sino del sistema nervioso. Estos de pacientes sobresalían por la variedad y la cantidad de manifestaciones en su cuadro clínico como se describe en el siguiente párrafo:

Empieza, de este modo, a recibir en su consulta gran número de pacientes diagnosticados como enfermos nerviosos, categoría que plantea a la medicina de finales del siglo XIX enormes dificultades. Consideraban los internistas que los trastornos y padecimientos de una serie de enfermos no correspondían a enfermedades del estómago, de la vista, etc., sino del sistema nervioso. Este grupo de pacientes se destacaba por la variedad y la exuberancia del cuadro clínico. (Gómez, 2008, p. 3)

Además, se añade que Freud (1973c) explica que los pacientes (...) son personas que no pueden realizar ningún esfuerzo mental a causa de sus dolores de cabeza o de su falta de concentración, los ojos les duelen al leer, las piernas se les fatigan al caminar, sintiéndolas sordamente doloridas y como embotadas; su digestión está perturbada por sensaciones molestas, por eructos o por espasmos gástricos; las evacuaciones sólo las realizan con ayuda de medicamentos; dormir le resulta imposible, etc. Todos estos trastornos pueden presentarlos simultánea, sucesiva o sólo parcialmente; más en todos los casos tratase a todas luces de una y la misma enfermedad.

Además, los síntomas suelen ser muy variables y sustituirse o sucederse mutuamente; el mismo enfermo que hasta el momento estaba impedido de trabajar por los dolores de cabeza, sin que lo molestara su digestión, pueden sentirse al día siguiente totalmente aliviado de aquéllos, pero desde ese instante no soportará, por ejemplo, casi ningún alimento. Los trastornos también pueden desaparecer súbitamente ante una modificación profunda de sus condiciones de vida; en un viaje, por ejemplo, podrá sentirse muy bien y saborear sin trastornos las más diversas comidas, pero apenas vuelto a su casa debe limitarse a ingerir leche cuajada. En algunos de estos enfermos el trastorno -un dolor, una debilidad paralizante- hasta puede trocar de pronto el lado del cuerpo afectado, saltando del derecho a la misma región del lado izquierdo. Más en todos los casos es posible confirmar que los síntomas se hallan bajo la influencia directa de las excitaciones, de las conmociones emocionales, las preocupaciones, etc., y que pueden desaparecer, cediendo

la plaza a una perfecta salud, sin dejar rastro alguno, aunque sean de larga. (Freud, 1973c, p. 1015, citado por Gómez, 2008, p. 3)

Por otro lado, Crocq (2017) afirma que la teoría etiológica de Freud, ahora obsoleta, postulaba que la neurosis de ansiedad estaba causada por una acumulación de excitación sexual que no podía encontrar descarga en el coito. Curiosamente, Freud enumeró como segundo síntoma en su descripción clínica de la neurosis de ansiedad la "expectativa ansiosa", un criterio central para el TAG en DSM-5.

Es necesario evidenciar con el texto anterior que por ser una época de avances era normal que los conceptos y los criterios se fueran modificando constantemente. En este caso, Freud indica que la neurosis era acumulación de excitación sexual contraída, siendo que fue dado como algo obsoleto que no tenía razón de ser, no obstante, el segundo postulado señala que otro síntoma de la neurosis es la expectativa ansiosa es decir un estado de alerta por los eventos que acontecerán, esto sabiendo que no se puede tener el control del futuro, sin embargo, el deseo es poder tenerlo.

Después, en 1909 Pierre Janet publica: Las Neurosis, donde la idea principal de enfermedad funcional entrara en la concepción en general de las neurosis, debido a que en medicina se pensaba en términos anatómicos y no fisiológicos (Ojeda, 2013). En sus postulados, Janet defiende la etiología psicológica de la neurosis, explica la teoría del automatismo psicológico en la histeria y crea el término psicastenia.

Aquí es importante señalar que es diferente a la neurastenia de Beard donde define la neuroastenia como condición médica con fatiga, ansiedad, dolor de cabeza, impotencia, y depresión producto al agotamiento energético del SNC.

Así también, se menciona que el autor con mayor claridad en el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de angustia, fue el francés Henry Ev y sus colaboradores P. Bernard y Ch Brisset. Herry Ev quienes dividen a las neurosis en "indiferenciadas", que corresponde en su totalidad a la neurosis de angustia, y "grandemente diferenciadas", en las que se incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, incluyendo este segundo grupo diferentes mecanismos de defensa ante la angustia. (Ojeda, 2003).

Para Henry Ev, la neurosis de angustia se caracteriza por la aparición de crisis (ataques de angustia) sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional; la neurosis fóbica por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizante. En este último cuadro se incluyen la claustro y agorafobia, el miedo

a la oscuridad, el vértigo, el miedo a las muchedumbres, el miedo social, a animales, insectos, etcétera. (Ojeda, 2003).

Es importante enfatizar la cantidad de otros padecimientos que encierra la neurosis mencionada en el texto anterior y se debe visualizar que estas atacan directamente al sistema nervioso de las personas, lo que va debilitando paulatinamente el mismo. Algunos de estos padecimientos son relacionados con el desenvolvimiento de las personas en la sociedad y cómo estas pueden seguir siendo parte de la sociedad manejando un padecimiento que los atormenta.

Por su parte, la neurosis histérica, en la que la angustia está más elaborada que en los casos anteriores, sobre la base de una personalidad caracterizada por psicoplasticidad, sugestibilidad y la "teatralidad" (la formación imaginaria de su personaje) se constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de una "conversión somática". (Ojeda, 2003)

En 1917, Devaux y Logre argumentan que la denominación correcta debería ser pantofóbica y no panofóbica. (Croq, 2017, p. 108)

Juan José López-Ibor publicó en 1966 un voluminoso texto titulado *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. En él confirma y hace suya la idea de que las neurosis tienen como elemento central y fundante a la angustia. Sin embargo, apoyado en su interpretación de los desarrollos de la filosofía de Hiedegger, sostiene que la angustia es la condición que hace patente que la "existencia es como un haz luminoso recortado sobre la nada (López-Ibor, 1966, citado por Ojeda, 2003).

El planteamiento anterior crea un debate interesante tanto en la posición científica como en la filosófica, y esto porque la ciencia dice que la neurosis es causada por la angustia, argumento que tiene validez y sentido, sin embargo, la filosofía plantea, básicamente, que la existencia es algo lindo pero que de repente se convierte en algo que no es agradable cuando aparece la angustia. Es decir, la angustia no deja que se prolongue esa parte luminosa que es la vida, al contrario, la recorta. Las formas clínicas para Juan José López-Ibor, en lo esencial son las mismas que señala Freud.

Por su parte Bobes, Portilla, Bousoño (2002), mencionan que

La concepción de Freud fue adoptada por el DSM-II con el nombre de neurosis de angustia. Dentro de ese diagnóstico el DSM-II incluía todos los trastornos en los que la angustia era una característica importante. Por el contrario, el DSM-III introdujo la distinción entre crisis de angustia y trastorno por ansiedad generalizada, confiriendo así a ambas entidades

el carácter de trastornos mentales específicos e independientes, si bien el TAG era considerado como una categoría residual. (p.2)

En el DSM-II se adopta el concepto de Freud “neurosis de angustia”, sin embargo, se hace una distinción en el DSM-III entre las crisis de angustia y trastorno de ansiedad.

Desde el reconocimiento del trastorno de ansiedad generalizada como una entidad diagnóstica independiente, se han producido algunos cambios en su definición y operativización. De forma sumaria, podemos decir que entre el DSM-III y el DSM-IV los criterios diagnósticos se han "endurecido", en un intento de precisar cada vez más los límites de esta entidad diagnóstica. (Bobes, Portilla, Bousoño, 2002, p.3).

Con base en lo anterior, se expone que la evolución del cuadro a través de los DSM se ha caracterizado por una redefinición, una mayor exigencia temporal y de impacto, y una menor exigencia de la sintomatología accesoria. No obstante, los parámetros para diagnosticar han incrementado su rigor y esto es necesario puesto que los diagnósticos no pueden ser dados sin cumplir una cantidad de síntomas que se manifiestan para que cumpla los requisitos del padecimiento.

Antecedentes Internacionales

La ansiedad es un sistema complejo de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas. Se activa ante sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivos porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que pueden llegar a afectar los intereses esenciales del individuo.

Según el DSM 5 (2013), la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. En cuanto a las reacciones fisiológicas en los trastornos de ansiedad suele primar la tensión muscular, aumento de frecuencia cardíaca o sudoración por el estado de vigilancia en relación a un peligro a futuro. A su vez, como se explicita en el DSM 5, hay diversos tipos de trastornos de ansiedad, los mismos se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. (Etchevers, Putrino, 2018, p. 50)

Dado lo anterior se destaca que la ansiedad es una respuesta que se activa ante situaciones que no se pueden controlar, que son imprevistos, y que atentan contra la salud mental de la persona sacándola de su zona de comodidad.

Así también, se afirma que el DCM-5 describe la ansiedad como una repuesta anticipada de que “algo va a pasar”. Las personas que cursan con este trastorno sufren de manifestaciones como tención muscular, taquicardia, diaforesis, también menciona que hay diferentes tipos de trastornos de ansiedad, diferenciándose por el tipo de objetos o situaciones que inducen temor, ansiedad o conductas evitativas.

La ansiedad es una respuesta del sistema nervioso central (SNC) ante situaciones novedosas, intensas o amenazantes provenientes del ambiente, permite al organismo desarrollar una respuesta que lo prepare y/o adapte frente aquellas situaciones. Cuando la respuesta de ansiedad es frecuente e intensa, genera un malestar y afecta la actividad de la vida cotidiana deja de ser adaptativa y puede considerarse patológica y cumplir con los criterios de algún trastorno de ansiedad, los cuales son unos de los padecimientos psiquiátricos más comunes en la población, una vez diagnosticado el trastorno de ansiedad, el siguiente paso es el abordaje del paciente mediante la combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico que asegure el manejo integral del mismo. (Cupul, Hinojosa, Villa, Herrera, Padrós, 2018, p.152)

En este artículo se menciona que el sistema nervioso central se “activa” ante situaciones intensas o amenazantes, lo que hace que la persona desarrolle una respuesta de malestar, afectando en su vida cotidiana. Menciona que este es uno de los trastornos más comunes dentro de los padecimientos psiquiátricos, que es de suma importancia tratar la enfermedad una vez diagnosticada con tratamiento médico y terapias no farmacológicas.

“Generalized anxiety disorder (GAD) is recognized as the most common anxiety disorder within primary care, carrying a significant degree of comorbidity, impairment, and disability. GAD is characterized by a chronic, persistent pattern of worrying, anxiety symptoms, and tension that has a waxing and waning course often without full remission.³ Estimates indicate that 2.4 million Canadians will report symptoms consistent with a diagnosis of GAD in their lifetime.” [El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se reconoce como el trastorno de ansiedad más común dentro de la atención primaria, que conlleva un grado significativo de comorbilidad y discapacidad. El TAG se caracteriza por un patrón crónico y persistente de preocupación, síntomas de ansiedad y tensión que tiene un curso creciente y menguante a menudo sin remisión completa. Las estimaciones indican

que 2.4 millones de canadienses informarán síntomas consistentes con un diagnóstico de TAG en su vida.] (Watterson, Williams, Lavorato, Patten., 2017; p.25)

En referencia a lo anterior, se menciona que el trastorno de ansiedad es de las consultas más comunes dentro de la atención primaria, caracterizándose por ser crónico y con preocupación persistente, y que en muchas ocasiones no hay remisión completa. Además, se indica que en Canadá 2.4 millones de habitantes tienen sintomatología consistente con el diagnóstico de Ansiedad Generalizada a lo largo de su vida.

“Difficulty concentrating is a frequent complaint among individuals with psychopathology and is the single most common diagnostic criterion within the emotional (i.e., anxiety, mood, obsessive-compulsive and related, and trauma- and stressor-related) disorders. Despite the near-ubiquity of this complaint, surprisingly little research has investigated the validity of difficulty concentrating as a diagnostic criterion, nor the mechanisms by which it might relate to other facets of psychopathology.” [La dificultad para concentrarse es una queja frecuente entre individuos con psicopatología y es el criterio diagnóstico más común dentro de lo emocional (es decir, ansiedad, estado de ánimo, obsesivo-compulsivo) y trastornos relacionados, y relacionados con el trauma y el estrés. A pesar de la casi ubicuidad de esta queja, sorprendentemente poca investigación ha investigado la validez de dificultad para concentrarse como criterio de diagnóstico, ni los mecanismos por el cual podría relacionarse con otras facetas de la psicopatología.] (Halliona, Steinmanb, Kusmierki, 2017, p.39)

Gran parte de los pacientes consultan por dificultad de concentración, siendo esta una de las “quejas” más frecuentes, así como se demuestra en la cita anterior. Esto también es común en trastornos relacionados con ánimo obsesivo compulsivo, trauma y estrés, sin embargo, esta queja no se puede catalogar como parte de un criterio diagnóstico.

Además, como parte de los síntomas que se presentan como parte del trastorno de ansiedad generalizado se explica que el síntoma más común es la preocupación crónica llamado “síntoma cardinal”:

Existe un alto nivel de consenso entre investigadores respecto de que la preocupación crónica y excesiva es el síntoma cardinal del TAG. A su vez, la tendencia a preocuparse es un fenómeno clínico transdiagnóstico (70) de carácter dimensional (50) y vale la pena estudiarse por sí sólo. (Etchebarne et al., 2016; p. 6)

Con respecto a la prevalencia anual de TAG se indica que es del 3% siendo las mujeres la población más afectada, presentando una elevada comorbilidad con otros trastornos como el depresivo mayor o distímico, una persona que presenta trastorno de ansiedad generalizado puede llegar a deteriorarse tanto en lo personal como social y laboral:

La prevalencia anual del TAG en población general es del 3%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Además, el TAG presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo como el trastorno depresivo mayor o el trastorno distímico (American Psychiatric Association, 2013). De modo que el TAG y sus consecuencias pueden llegar a deteriorar de forma considerable la vida personal, laboral y social de las personas. (Velázquez, M. Martínez, M. Martínez, Padrós, 2016, p. 157)

Además, en uno de los estudios que fueron realizados por los autores Kinney, Boffa, Amir (2017) se indica que se hace un estudio en 124 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada entre los 18 y 65 años de edad, donde se concluye que tanto hombres como mujeres no diferían entre palabras negativas, pero para palabras positivas las mujeres tenían un sesgo significativamente mayor, concluyendo que las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a desarrollar este trastorno, sugiriendo que un tratamiento específico para cada género sería más eficaz.

“Participants comprised 124 patients recruited for an ongoing clinical trial of GAD. Participants were between the ages of 18 and 65 years and were diagnosed with GAD as their primary diagnosis according to the Structured Clinical Interview for the DSM-IV. [Los participantes comprendieron 124 pacientes reclutados para un ensayo clínico en curso de TAG. Los participantes tenían entre 18 y 65 años y fueron diagnosticados con TAG como su diagnóstico primario de acuerdo con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV.]

“Males and females did not differ in their attentional bias for ideographically selected negative or neutral words. However, women showed a significantly larger attentional bias for positive words than did men. Results suggest that developing gender-specific treatments for GAD could improve treatment response rates.” [Los hombres y las mujeres no diferían en su sesgo atencional para las palabras negativas o neutrales seleccionadas ideográficamente, Sin embargo, las mujeres mostraron un sesgo de atención significativamente mayor para las palabras positivas que los hombres. Los resultados

sugieren que el desarrollo de tratamientos específicos de género para el TAG podría mejorar las tasas de respuesta al tratamiento.] (Kinney et al., 2017; p. 277-278)

Del mismo modo, se menciona que en Estados Unidos la prevalencia del TAG es de 3,1 % en el año y del 5,7% durante toda la vida del paciente, afirmando que la prevalencia es dos veces mayor en mujeres y hombres, desconociendo con exactitud la edad de inicio puede ser en la infancia o en la edad adulta. Definen el trastorno de ansiedad como crónico y con una duración mínima de 6 meses para poder ser diagnosticada, se dice que antes de consultar muchas veces los pacientes ya tiene años con dicha patología.

“According to representative epidemiologic surveys, the estimated prevalence of generalized anxiety disorder in the general population of the United States is 3.1% in the previous year and 5.7% over a patient’s lifetime; the prevalence is approximately twice as high among women as among men. The age at onset is highly variable; some cases of generalized anxiety disorder begin in childhood, most begin in early adulthood, and another peak of new-onset cases occurs in older adulthood, often in the context of chronic physical health conditions. Generalized anxiety disorder is, by definition, a chronic disorder; 6 months is the minimum duration of anxiety for diagnosis, and most patients have had the disorder for years before seeking treatment.” [Según encuestas epidemiológicas representativas, la prevalencia estimada del trastorno de ansiedad generalizada en la población general de los Estados Unidos es del 3,1% en el año anterior y del 5,7% durante la vida de un paciente; La prevalencia es aproximadamente dos veces mayor entre las mujeres que entre los hombres. La edad de inicio es muy variable; Algunos casos de trastorno de ansiedad generalizada comienzan en la infancia, la mayoría comienzan en la edad adulta temprana, y otro pico de casos de nueva aparición ocurre en la edad adulta mayor, a menudo en el contexto de condiciones de salud física crónica. El trastorno de ansiedad generalizada es, por definición, un trastorno crónico; 6 meses es la duración mínima de ansiedad para el diagnóstico, y la mayoría de los pacientes han tenido el trastorno durante años antes de buscar tratamiento.] (Stein et al., 2015, p. 2059).

También se destaca que en otros países se da una prevalencia de este trastorno, pero que se llega a desarrollar más que todo en la ciudad, la cual se ha convertido en uno de los principales puntos donde se presenta este trastorno y esto se debe a que en la ciudades o áreas metropolitanas es donde se encuentran las principales empresas que mantienen en su mayor parte la economía de

los países, en muchos de estos casos, los trabajos presentan jornadas y condiciones que mantienen a las personas en un continuo estrés y que pueden causar enfermedad si no se saben manejar esas preocupaciones. En la vida rural las personas suelen ser más tranquilas y manejan cargas de estrés más bajas puesto que en dichos lugares el trabajo que es un factor que puede ser detonante en este padecimiento, es menos demandante de resultados o métricas exigidas para el éxito de una empresa. “De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad reportaron una prevalencia de 14.3%. En las áreas metropolitanas de México fue donde se encontró la mayor prevalencia: 3.4%.” (Marjan, et al., 2014, p.509)

Finalmente, con respecto a otros aspectos importantes sobre el TAG, se mencionan varios estudios realizados en otros países dentro de los cuales se destaca uno que fue realizado por Etchevers, Putrino (2018), en la población Argentina, donde

se ha encontrado que el 16,4% sufre algún trastorno de ansiedad debido a factores genéticos, familiares o desencadenantes puntuales (Cia, 2018), es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS), determina que el 21% de la población total llega a sufrir ansiedad social, trastorno de pánico, fobias o estrés postraumático. Teniendo en cuenta que los trastornos de la ansiedad son uno de los trastornos más comunes en la población general y especialmente en Argentina es de gran relevancia contar con tratamientos con eficacia terapéutica para este tipo de patología como lo son las intervenciones psicológicas (cognitivo-conductuales) y el uso de medicamentos como antidepresivos. (p. 52)

Antecedentes Nacionales

Aun realizando una minuciosa revisión de las posibles investigaciones realizadas en el país en el periodo comprendido entre 2015 a 2019 en este campo, no se consiguió dar con ningún antecedente. En su mayoría, la información acerca del trastorno de ansiedad generalizado se condensaba mayormente a nivel internacional.

La salud mental influye en la calidad de vida, los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen.

Los problemas de salud mental, de forma general, suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de atención primaria, y en este nivel de atención se resuelve un importante número de las demandas generadas por patologías. Este tipo de trastornos, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. La falta conocimiento y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo.

La patología ya mencionada es una enfermedad crónica que se ha caracterizado por un sentimiento inapropiado o injustificado de miedo y aprehensión, que se puede acompañar de manifestaciones como tensión, taquicardia, taquipnea y temblor, y que usualmente cursa con exacerbaciones y remisiones a lo largo del tiempo, siendo esta una de las alteraciones psiquiátricas más consultadas.

Los síntomas de ansiedad varían desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. En los trastornos de ansiedad se presentan como síntomas comunes crisis de angustia y agorafobia.

Los trastornos de ansiedad son una de las alteraciones psiquiátricas más frecuentes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población en general y 10-12% en las consultas de atención primaria, con mayor prevalencia en el sexo femenino. (Navas, 2012, p.499)

La edad de instauración del TA puede ser muy variable, se dice que puede presentarse desde la infancia hasta una edad adulta, sin embargo, algunos estudios han reportado que una gran proporción de los cuadros de fobias específicas inician aproximadamente a mediados de la niñez, la fobia social a inicios o mediados de la adolescencia, el TOC a mediados o finales de la adolescencia y el trastorno de pánico a inicios de la edad adulta, (Acuña et al., 2013, p.29)

De esta manera, los pacientes que han presentado algún trastorno de ansiedad durante la niñez tienen riesgo elevado de presentar trastorno de ansiedad en etapas más avanzadas de la vida, de igual manera, la exposición a eventos adversos a edades tempranas, particularmente durante la niñez, se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de estrés post traumático en etapas más avanzadas de la vida. (Acuña et al., 2013, p.29)

Los síntomas de ansiedad varían desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. En los trastornos de ansiedad se presentan como síntomas comunes crisis de angustia y agorafobia.

“El diagnóstico se basa en la historia clínica, siempre y cuando se descarte etiología médica o neurológica, seguido de eso es necesario establecer una categoría nosológica, según el DSM-IV y la CIE-10.” (Navas, Vargas, 2012, p.502). Con base en lo citado, una vez diagnosticado, el siguiente paso es el abordaje mediante la medicación, psicoterapia, o ambos. Siendo importante antes de medicar determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia. También es relevante identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, enfermedad médica o abuso de sustancias.

Del mismo modo, es importante mencionar que el abordaje inicial en atención primaria, se basa en un tratamiento de corto plazo (12 semanas) con el objetivo de disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis, mediante terapia cognitivo conductual y a su vez con el abordaje con fármacos como los inhibidores selectivos de la recepción de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (BZD), y el tratamiento de largo plazo (3-4 meses) para mantener el control sobre síntomas y evitar las recaídas. (Navas, Vargas, 2012, pp. 503-504)

Proyecciones

- Poder brindar a los profesionales de salud la información necesaria sobre los beneficios y las desventajas que poseen los distintos tipos de manejos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizado, de este modo poder contribuir a la evolución positiva del paciente y disminuir de forma sustancial las complicaciones que se presentan a raíz de a un manejo inadecuado.
- Se pretende dar a conocer el comportamiento del paciente al someterlo a los tipos de tratamiento tanto médico como psicológico según sus necesidades.
- Tener un conocimiento más claro y definido de la forma en que se aborda el trastorno de ansiedad generalizada y cómo actúan dichos tratamientos; logrando a su vez obtener una mejor evolución del paciente, disminución de las complicaciones y reducción de las secuelas.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

Salud Mental

Según la OMS, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, 2018)

Lo anterior señala que la salud mental es correlacionada directamente con la salud física y una lleva consigo el bienestar de la otra; es por tal razón que la OMS como ente mundial que vela por el resguardo de la vida humana y hace énfasis en la salud mental, la cual se ve afectada por entes internos y externos que reaccionan al cuerpo dando sensaciones desconocidas para el mismo, resultando el deterioro de este tipo de salud. No obstante, cabe señalar que el máximo ente en este campo, no hace una separación de las definiciones de la salud porque reconocen la importancia de ser tratados conjuntamente para un mayor contrataque con las enfermedades.

Así también, se destaca que una de las principales metas de la salud es que se dé un bienestar social, lo que acontece con la salud mental es que hay una separación entre las personas que padecen enfermedades mentales y la sociedad como tal. Esta desvinculación se da porque estas personas necesitan cuidados y atenciones especiales que los llevan a permanecer en espacios con límite de personas, con menores distractores y lejos de ruidos o circunstancias que se puedan volver una amenaza para ellos. Lo anterior debilita la participación activa de estos individuos en la sociedad, además de esto la carga económica para el estado y sus dependencias.

Por otra parte, Wells (1995, 1997) ha señalado que con el paso del tiempo los pacientes desarrollan creencias negativas sobre las preocupaciones. A partir de experiencias propias (preocupaciones que se van volviendo cada vez más incontrolables y perturbadoras) y/o de otros (persona significativa que presenta un problema mental asociado con las preocupaciones), los pacientes tienden a creer que preocuparse es incontrolable y peligroso (“si no controlo mis preocupaciones, terminarán por controlarme”, “las preocupaciones me harán perder mi salud mental”). (Bados, 2005, p.12)

Lo mencionado también afecta por el hecho de estar expuesto a diversas preocupaciones, las cuales se han apoderado de la población mundial en la actualidad, siendo el factor económico

uno de los principales generadores de preocupación, puesto que las personas incurren en negociaciones que por alguna razón no salen como esperaban y esto acarrea situaciones que con el pasar del tiempo se convierten en detonantes que afectan la salud mental, lo que sucede con esto es que las personas creen que las preocupaciones son interminables, siendo lo correcto que estas pueden ser controladas y manejadas de la manera correcta.

Salud

La OMS (2018), define salud como estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que permite una visión más integral que a su vez incluye la promoción de un estilo de vida saludable, así como la prevención y el tratamiento de padecimientos.

De acuerdo con el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, (2017), existen diversos factores que promueven o que también podrían impactar negativamente la salud mental de las personas. Estos factores determinantes, son características específicas de cada individuo o grupo de personas, los cuales nos ayudan a conocer ciertas condiciones o situaciones de salud. Se rescatan cuatro determinantes importantes

1. **Determinantes biológicos:** Son aquellos elementos de la salud física y mental que se manifiestan en cada persona y que son producto de las características biológicas o corporales tales como: herencia genética, procesos biológicos universales como el envejecimiento o el desgaste corporal, funcionamientos de sistemas orgánicos internos, entre otros. El conocimiento de los determinantes biológicos ayuda en aspectos relacionados con el diagnóstico o tratamiento de algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión.
2. **Determinantes ambientales:** Estos determinantes pueden ser tanto de origen epigenético, como del ambiente en que nos desarrollamos o vivamos. Algunos ejemplos de factores ambientales que influyen nuestra salud mental pueden ser: catástrofes naturales, permanencia en contextos o situaciones estresantes, tipo y condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos (agua y comida), exposición a diferentes tipos de contaminación, entre otras.

3. Determinantes sociales, económicos y culturales: en este caso debemos tomar en cuenta características propias de cada cultura, por ejemplo, el acceso a la educación y al empleo, discriminación, estilos de vida, roles de género, ingresos económicos, prácticas sociales, religiosas, entre otras
4. Determinantes de sistemas y servicios de salud: dentro de esto tenemos políticas de salud, y los servicios que brinda el estado en esta materia, la accesibilidad que tenga un individuo a estos servicios influirá en el estado de salud de la persona.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que una proporción apreciable de la población del país vive en condiciones sociales, económicas y ambientales que actúan en detrimento de la salud física y mental, el bienestar, la calidad de vida e inclusive la integridad física. Se estima que los trastornos mentales se han incrementado en función de las variaciones, ocurridas en el perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales que han tenido impacto en la sociedad costarricense en los últimos decenios. (Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018)

El impacto negativo de esos factores en la salud mental y el desarrollo psicosocial son evidentes y se manifiestan en situaciones que comprometen el funcionamiento social del individuo y la familia, su equilibrio emocional y el despliegue de sus potencialidades.

Si bien el sector salud y en particular los servicios de salud mental, no están en capacidad de erradicar esas condiciones, tienen la responsabilidad de señalarlas y de asistir a las víctimas de sus consecuencias cuando estas afectan a la salud. A estos fines, se considera oportuno el establecimiento de coaliciones con otros sectores con el fin de emprender acciones dirigidas al control de esos factores adversos. Numerosos estudios han demostrado la relación entre los factores socioeconómicos y ambientales y el estado de salud mental de la población. El efecto negativo de esos factores es particularmente pronunciado en los países en desarrollo. Factores como el desarraigo, la pobreza, la urbanización desordenada, las condiciones de trabajo desfavorables y la violencia, entre otros, tienen un fuerte impacto. (Situación actual de la salud mental en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, 2004, p.8)

Calidad de vida

La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Así mismo, se menciona que el tema de la calidad de vida se remonta a los antiguos griegos. Aplicado a la salud, el término “calidad de vida” surgió en el marco de las ciencias sociales y fue utilizado en primer lugar en el terreno de la medicina con el objetivo de evaluar si los tratamientos disponibles para el cáncer además de extender el tiempo de vida aumentaban la sensación de bienestar de los pacientes. Por su parte, dentro del campo de la salud el término se ha utilizado para evaluar el impacto tanto de las enfermedades como de los tratamientos sobre la percepción de bienestar del paciente. (Verete, 2008, p.52)

Al hablar de calidad de vida se incluyen al menos tres dimensiones interrelacionadas:

- Física: siendo el impacto producido por el deterioro de las funciones y los síntomas, sino también el malestar causado tanto por padecer determinada enfermedad, así como por el tratamiento a seguir.
- Psicológica: incluye todo el rango de estados emocionales, así como la disminución de las funciones cognitivas.
- Social: bienestar percibido en relación al rango de seres significativos, redes sociales e inclusión social. (Verete, 2008, p.52, citando a Siegrist & Junge, 1990)

Existe cierto consenso en el cual la característica que define de modo central la calidad de vida es la percepción subjetiva de bienestar, la visión personal en relación al funcionamiento de las diversas áreas relevantes para la vida de un ser humano. El término calidad de vida se refiere entonces a la satisfacción subjetiva con la propia vida y el bienestar general. (Verete, 2008, p.52)

Ansiedad

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. (Navas et al, 2012, p.498)

Asimismo, en esta emoción se pueden llegar a interpretar las situaciones como una amenaza y la persona se comienza a agitar, busca cómo huir; aunque la situación aún no haya sucedido y quizás nunca suceda. Esta puede confundirse con la angustia, ya que ambas aparecen

ante una situación imaginaria, de modo que lo que el individuo interpreta de la situación es lo que determina cómo se siente

Además, se entiende que la ansiedad, es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (Reyes-Ticas, 2005, p.10)

En cada individuo la ansiedad se presenta de manera diferente; cada ser es un universo distinto, de modo que, un grupo de personas puede percibir diferentes situaciones como riesgosas, mientras que para otras es algo de la vida diaria y en su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión, un reflejo de la toma de conciencia de un peligro, un deseo intenso, una respuesta fisiológica ante una demanda y un estado de sufrimiento mórbido. (Reyes-Ticas, 2005, p.10)

La ansiedad es una emoción que aparece en la persona como señal de alarma para advertir de alguna adversidad o peligro. Este sistema se puede alterar y ser excesivo, apareciendo en situaciones en las que no deberíamos estar preocupados, llegándose a convertir en un trastorno.

Por otro lado, se menciona que la ansiedad es uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental; no implica que se trate de una categoría simple y monótonamente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y desde sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos darnos cuenta de que es un constructo difuso, ambiguo y complejo (Sarudiansky, 2013, p.20)

Los individuos que llegan a estar afectados por la ansiedad presentan estados transitorios que son experimentados en un momento puntual, con una determinada intensidad, y ante una situación específica. Este estado es caracterizado por una mezcla única de sentimientos de tensión, preocupación, aprehensión y nerviosismo, todo esto junto a cambios fisiológicos. (Echeverría, 2017, p.8 citando a Ries, Castenada, Campos, & Del Castillo, 2010)

Angustia

Se describe la angustia como una emoción compleja, difusa y desagradable que lleva a presentar serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto. Es un sentimiento vinculado a situaciones

de desesperación, donde la característica primaria es la pérdida de la capacidad de actuar voluntariamente por parte del individuo. En esta emoción están involucrados factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que para su tratamiento debe ser abordada de manera integral por todos estos campos. (Echeverría, 2017, p.8 citando a Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2013)

Además, los expertos también mencionan que se identifica como una sensación más que todo física. El individuo que lo sufre interpreta la situación como peligrosa, se queda inmóvil, siente aprehensión en su pecho, acompañada de un temor a morir o a volverse loco, pudiendo de este modo quedarse paralizado.

Miedo

Según el Diccionario de la Real Academia Española “miedo” es una perturbación angustiosa del ánimo por un peligro o daño real o no real. Miedo a que suceda algo inesperado a lo que ellos esperan que pase.

El individuo que llega a experimentar miedo identifica la situación como peligrosa y siente temor. Luego reacciona y se da cuenta de que la situación es segura y esa sensación desaparece. La reacción o sentimiento de miedo aparece como un estado de alerta ante un posible peligro, como respuesta ante una situación real. Tiene como objetivo alertar y ayudar a tomar precauciones para evitar el peligro; pidiendo ayuda, huyendo o luchando.

A pesar de que el miedo es visto como una emoción universal, cada sociedad y cada individuo presentan una reacción diferente ante él. Algunas personas se paralizan, ya que no conocen cómo enfrentar un momento de miedo, no saben cuál debe ser el siguiente paso. Otros individuos pueden usar el miedo para un estado de activación maximizada donde los reflejos son más rápidos y con mejor criterio. (Echeverría, 2017, pp.8-9 citando a Moana, 2009)

El miedo tiene fundamento en muchos lugares desde la religión hasta la educación. En cualquier parte del mundo se indica a los individuos desde edad temprana a lo que deben temer.

De ese modo, los conceptos descritos son tipos de respuestas conceptuales, que dependen de la situación a la que se enfrenta una persona siendo de suma importancia identificarlos y diferenciarlos entre sí.

Trastorno de ansiedad generalizada

Un trastorno de ansiedad generalizada es una enfermedad, caracterizada por un sentimiento inapropiado o injustificado de miedo y aprehensión, que se puede acompañar de manifestaciones físicas como tensión, taquicardia, taquipnea, temblor, y que usualmente cursa con exacerbaciones y remisiones a lo largo del tiempo (Navas et al., 2013, p.29 citando a Ebert et al, 2008; Rubin et al, 2005)

El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumando al aumento de la actividad simpática como: temblor, poliuria, diarrea, siendo todos estos síntomas respuestas normales ante situaciones de estrés. (Navas, Vargas, 2012, p.498)

Del mismo modo, esta patología se describe por ser crónica y presentar una preocupación persiste, multifocal, excesiva y difícil de controlar, que puede ser acompañado de otros síntomas psicológicos y físicos inespecíficos. El término "trastorno de ansiedad generalizada" puede sugerir incorrectamente que los síntomas son completamente inespecíficos, y esta idea errónea a veces puede conducir al uso inapropiado de este diagnóstico para prácticamente cualquier paciente ansioso. (Stein, Sareen, 2015, p. 2059)

Cabe mencionar la importancia de diferenciar entre la ansiedad normal y la patológica siendo la primera una respuesta normal ante situaciones de estrés y la segunda es cuando la ansiedad se torna desproporcionada para la situación y demasiado prolongada

Cuadro 1. *Diferencia entre ansiedad normal y patológica*

Ansiedad Fisiológica	Ansiedad Patológica
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es mas leve	Es mas grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de la atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

Fuente: Adaptado de “Diferencia entre ansiedad normal y patológica” (p.498), por Navas, Vargas, 2012, *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX (604).

Se señala que la ansiedad implica al menos tres sistemas de respuesta:

- **Subjetiva-cognitiva:** aquella experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- **Fisiológico-somático:** activación del sistema nervioso autónomo, que se encarga de controlar las acciones involuntarias
- **Motor-conductual:** respuesta de escape y de evitación. (Navas et al., 2012, p.498)

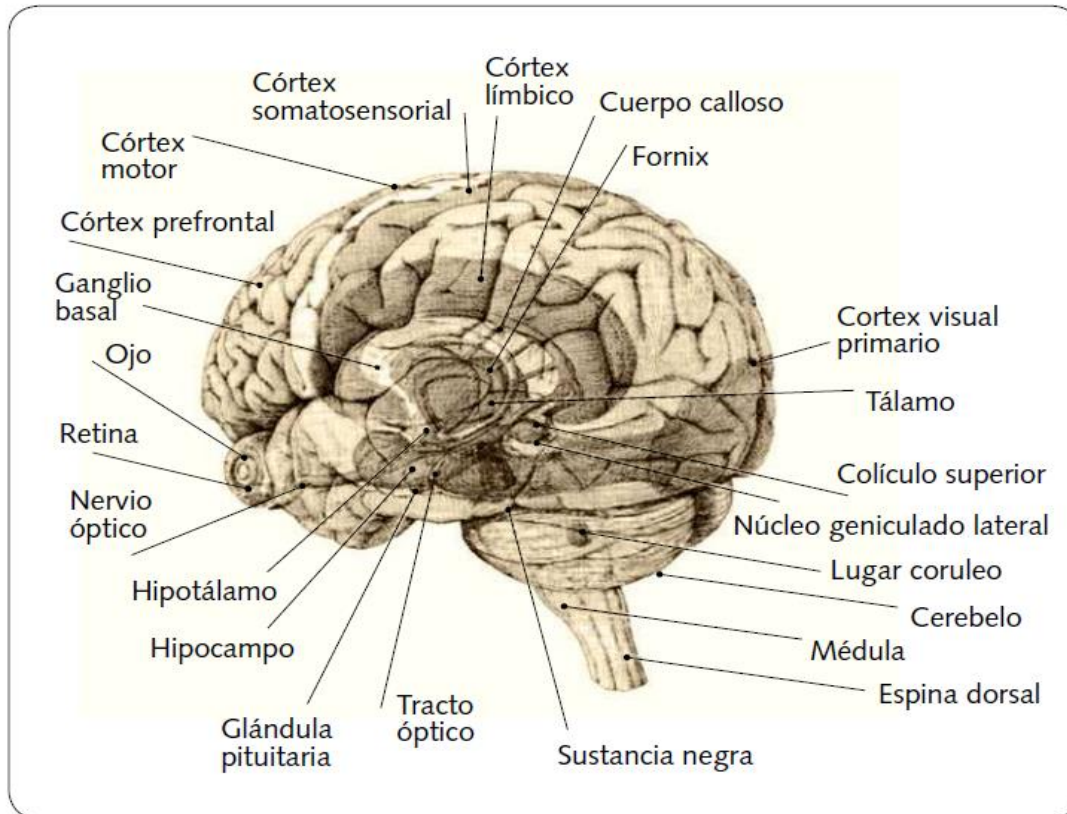
Anatomía

Se plantea la existencia de la anatomía de las emociones, que hay regiones en el cerebro que tienen una función ante la ansiedad, mencionan que todo el proceso cognitivo y conductual abarca todo el cerebro. La localización de las emociones se localiza en el sistema límbico, región que comprende estructuras del cerebro como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo y otras estructuras con conexiones con el tallo cerebral (médula oblongata), del cual sale el nervio vago, nervio que inerva casi todos los órganos del tórax y abdomen. (Gómez, 2007, p.103)

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral específicamente en los núcleos del Rafé, locus ceruleus, que están involucradas en el

desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico (Navas et al., 2012; p. 499)

Figura 1. Cerebro como centro generador de las crisis de ansiedad



Fuente: Tomado de Adela-Emilia Gómez Ayala, 2012, p. 34

Se establece que este sistema neuronal, es responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo ansiedad y amor. Para una mejor comprensión de las bases neurológicas se describen a continuación las estructuras anatómicas y mecanismo químicos involucrados en la ansiedad (Cedillo, 2017, p. 243):

- Amígdala: se localiza en el lóbulo temporal, coordina y regula las reacciones de alarma, miedo y ansiedad, esta envía proyecciones a estructuras como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens, núcleos de la estría terminalis, hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales

del vago, los núcleos parabranciales, el locus cerúleos, núcleos dopaminérgicos localizados en el área tegmental ventral. Por lo que las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculo esqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo.

La amígdala funciona también como un centro regulador, donde se evalúa la información exteroceptiva e interoceptiva, dando lugar a respuestas viscerales y conductuales de alarma (Goddard y Charney, 1997). Su función estaría mediada por receptores noradrénérgicos, benzodiazepínicos y 5HT-1A. Además de la amígdala, el sustrato neuronal de la ansiedad lo constituyen el sistema septo-hipocampal, la sustancia gris periacueductal, los núcleos rufé y el colículo inferior (Graeff, Viana y Mora, 1997); apoyando lo anterior se ha encontrado que la estimulación del colículo inferior provoca reacciones de alerta, respuesta de congelamiento y respuestas de escape (Cedillo, 2017, p. 243, citando a Lamprea et al., 2002).

- Locus Cerúleus: se localiza en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo que contiene norepinefrina en el cerebro y su acción es regulada por los receptores GABA-benzodiazepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo, factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina con efecto activador. Recibe la información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo, la información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigantocelularis y el núcleo prepositus hipogloso. La información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital.

El locus cerúleus envía referencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos estos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad.

Es un centro importante de respuesta antes cambios del medio interno y externo, esta estructura se activa al presentarse una reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, en cambios de termorregulación, hipoglicemia, distensión de vejiga, estomago, colon y por amenaza al organismo, convirtiéndolo en un centro importante de alerta para la supervivencia de los individuos.

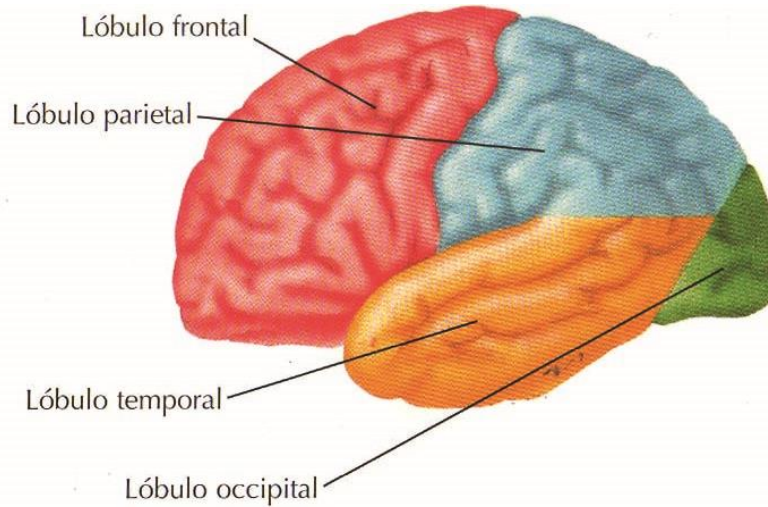
- Tálamo: está localizado en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro

retransmite señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico.

- **Hipotálamo:** localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática, liberación de neuroendocrina (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) y neuropeptídica inducida por estrés.
- **Substancia Gris Periacueductal:** se relaciona a la respuesta al miedo. Es transmitida desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la sustancia gris periacueductal lateral, mientras que en un peligro normal provoca un comportamiento de congelamiento con la sustancia gris periacueductal ventrolateral.
- **Hipocampo:** este sistema tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta sensibilidad a receptores de Serotonina 1A (5HT-1A) y se cree que juega un papel importante, agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla.
- **Corteza Orbitofrontal:** esta estructura juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuestas ante una amenaza, del mismo modo monitoreando la efectividad de estas respuestas. La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional.

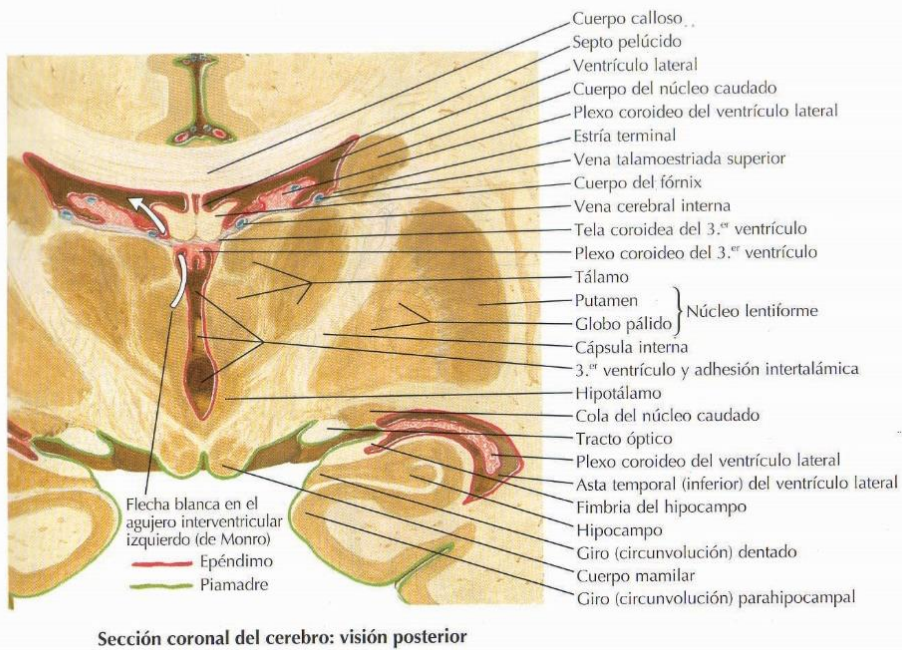
Dadas las explicaciones anteriores, se proceden a mostrar visualmente las partes del cerebro que fueron mencionadas y las cuales intervienen en los trastornos de ansiedad,

Figura 2. Localización de los lóbulos cerebrales involucrados en el TA, visión medial.



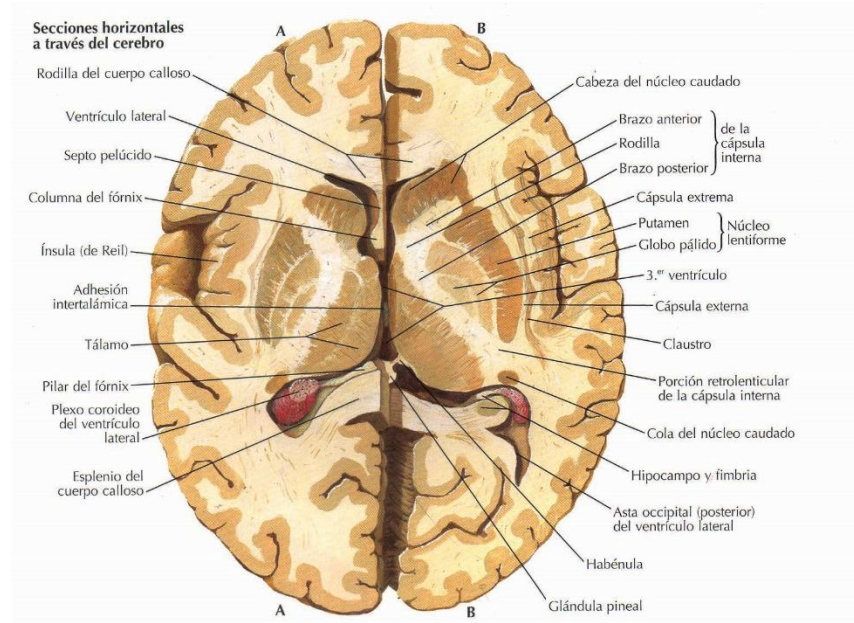
Fuente: Tomado de: Netter, Atlas de anatomía humana, (p.219) por Netter, 2019

Figura 3. Corte coronal del cerebro, visión posterior, estructuras involucradas en el TA



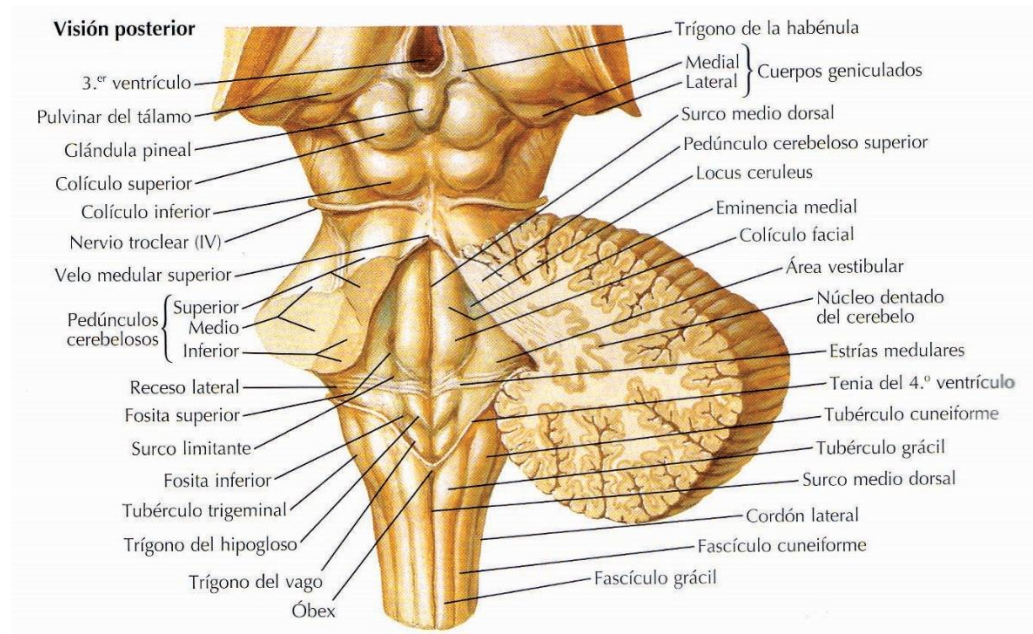
Fuente: Tomado de: Netter, Atlas de anatomía humana, (p.222) por Netter, 2019

Figura 4. Corte transversal del cerebro, tálamo y estructuras relacionadas



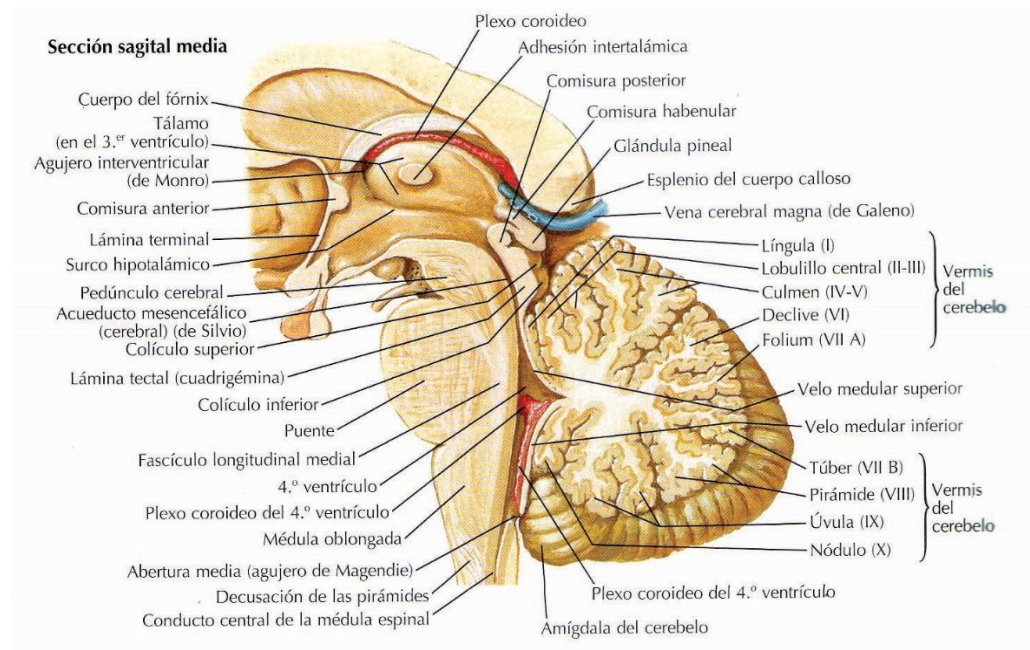
Fuente: Tomado de Netter, Atlas de anatomía humana, (p.225) por Netter, 2019

Figura 5. Visión posterior del cerebelo



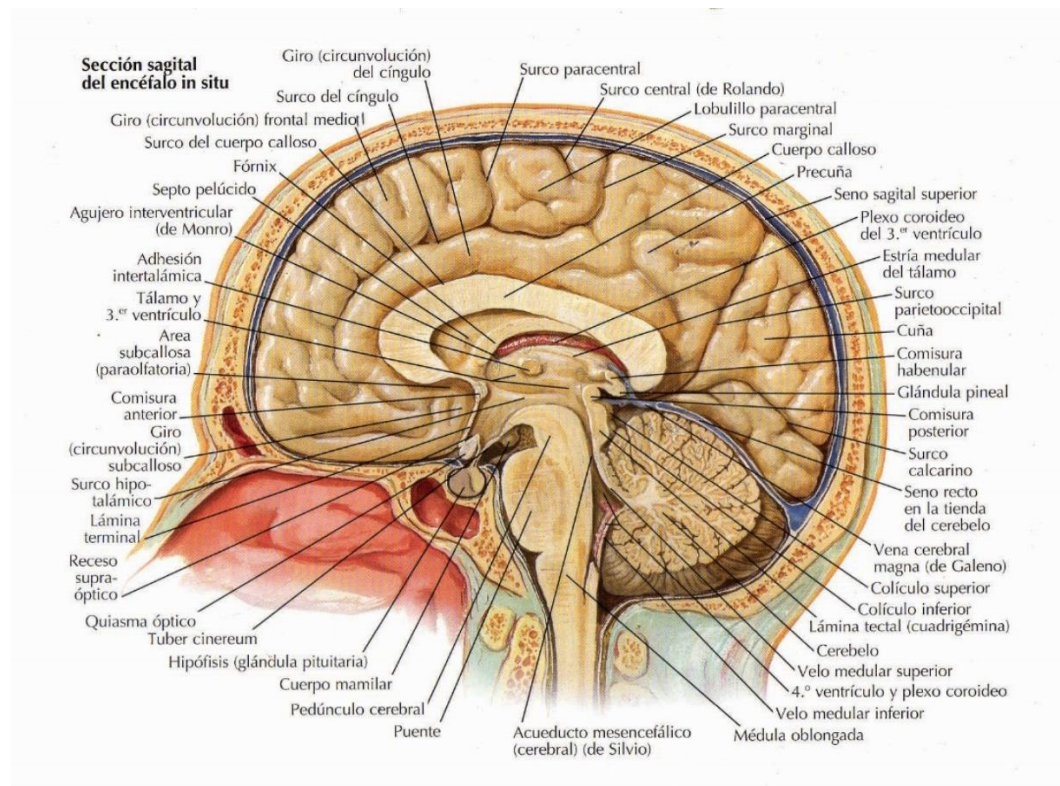
Fuente: Tomado de Netter, Atlas de anatomía humana, (p.229) por Netter, 2019

Figura 6 Corte sagital medial del cerebelo



Fuente: Tomado de Netter, Atlas de anatomía humana, (p.229) por Netter, 2019

Figura 7. Corte sagital del encéfalo in situ, visión inferior

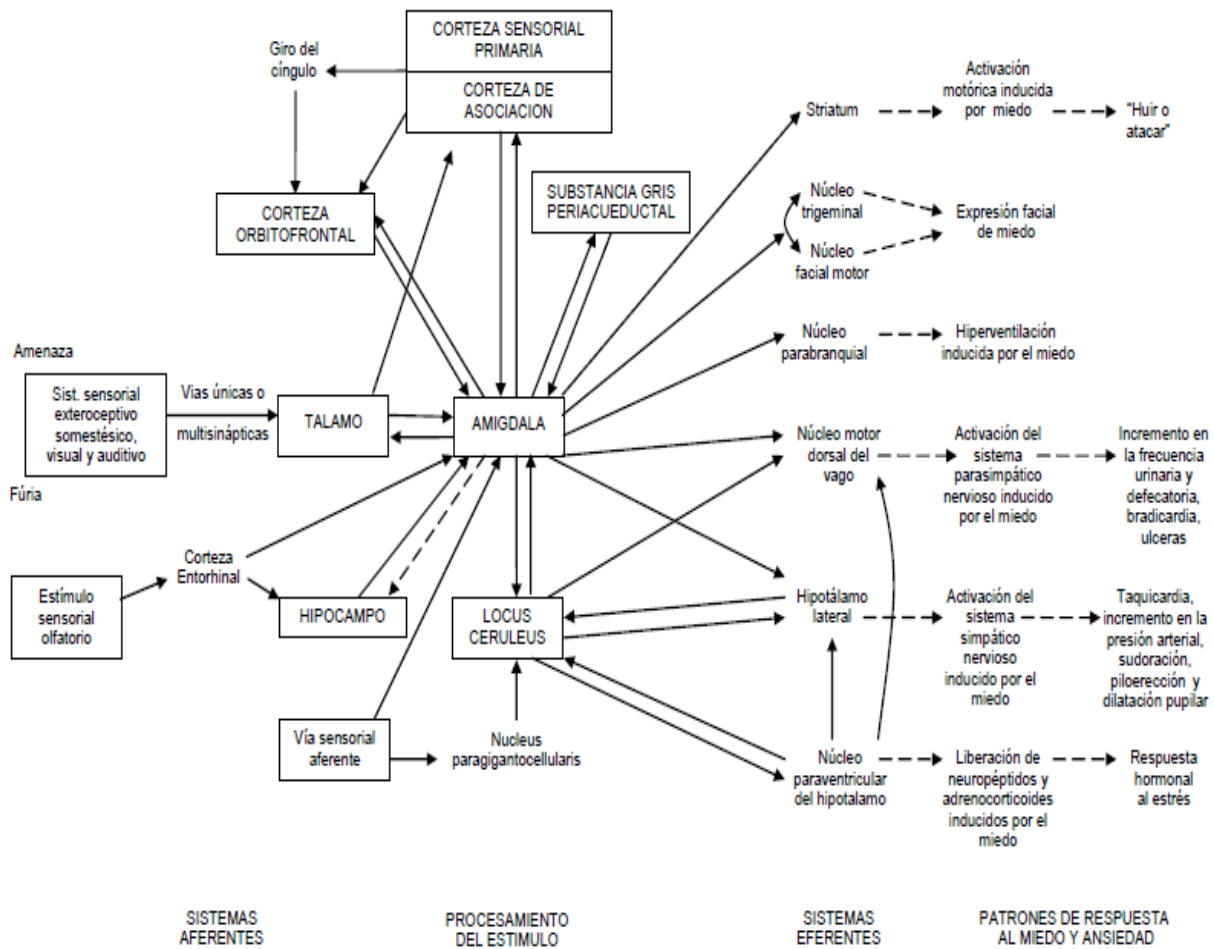


Fuente: Tomado de Netter, Atlas de anatomía humana, (p.229) por Netter, 2019

Así también, se menciona por parte de los expertos que, en la ansiedad, participan estructuras corticosubcorticales comenzando con la entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es trasferido al núcleo central de la amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras da lugar a las siguientes reacciones:

- Con el striatum hay una activación motoresquelética para "huir o atacar".
 - Con el núcleo parabranchial se aumenta la frecuencia respiratoria.
 - Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
 - Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.
 - Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
 - Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
 - Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad.
- (Reyes-Ticas, 2005, pp.19-20)

Figura 8 Participación de las estructuras corticosubcorticales en la Neuroanatomía de la Ansiedad



Fuente: Adaptado de “Trastornos de Ansiedad Guía práctica para diagnóstico y tratamiento” (p.21) por Reyes-Ticas,2005.

Con base en lo anterior se plantean tres neurotransmisores implicados en los estados de ansiedad:

- Noradrenalina: sustancia que actúa como neurotransmisor y estimula al sistema nervioso simpático, que es el encargado de regular ciertas actividades involuntarias como el ritmo del corazón, la presión arterial, la sudoración, entre otros, Los cuerpos neuronales del sistema noradrenérgico (NA), se localizan principalmente en el locus coeruleus del puente límbico y la médula espinal. La estimulación del locus coeruleus provoca una respuesta de miedo y su ablación inhibe o bloquea completamente esta respuesta. El uso de beta-bloqueadores ayuda al control de estímulos como la sudoración, enrojecimiento de la cara, y temblor, síntomas de la ansiedad.

- Serotonina: en varias investigaciones se reporta la participación de la serotonina en los trastornos de ansiedad, específicamente en los trastornos de pánico, fobia social, TOC, sin embargo, el papel de este neurotransmisor no está del todo claro, ya que es difícil especificar si el problema es un déficit o exceso de serotonina, o se trata de una alteración en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos, que estos al estar en diferentes regiones del cerebro da lugar a una variedad de alteraciones.

Los cuerpos celulares de la mayoría de las neuronas serotoninérgicas están localizados en los núcleos del rafe en el tallo y se proyectan hacia la corteza, sistema límbico y el hipotálamo. Cabe aclarar que el interés por la relación entre serotonina y ansiedad aparece al evidenciarse efectos terapéuticos producidos por el uso de los antidepresivos serotoninérgicos; de forma colateral se encuentra que dichos antidepresivos tienen, además, un efecto benéfico sobre la ansiedad.

- El ácido Gamma aminobutírico (GABA): se califica como el transmisor inhibitorio del SNC más importante. Las neuronas que contienen GABA están distribuidas en el SNC, este neurotransmisor controla el estado de excitabilidad en todas las áreas del cerebro y el nivel de actividad neuronal es regulado por el balance entre el suministro excitatorio y la actividad inhibitoria GABAérgica.

En el tratamiento para los trastornos de ansiedad se habla de la eficacia de las benzodiazepinas, donde su función es potencializar la actividad de GABA-A. Por otro lado, la leve atenuación del sistema GABAérgico resulta en excitación, ansiedad, agitación, insomnio y reactividad exagerada.

Existen dos tipos de receptores GABA:

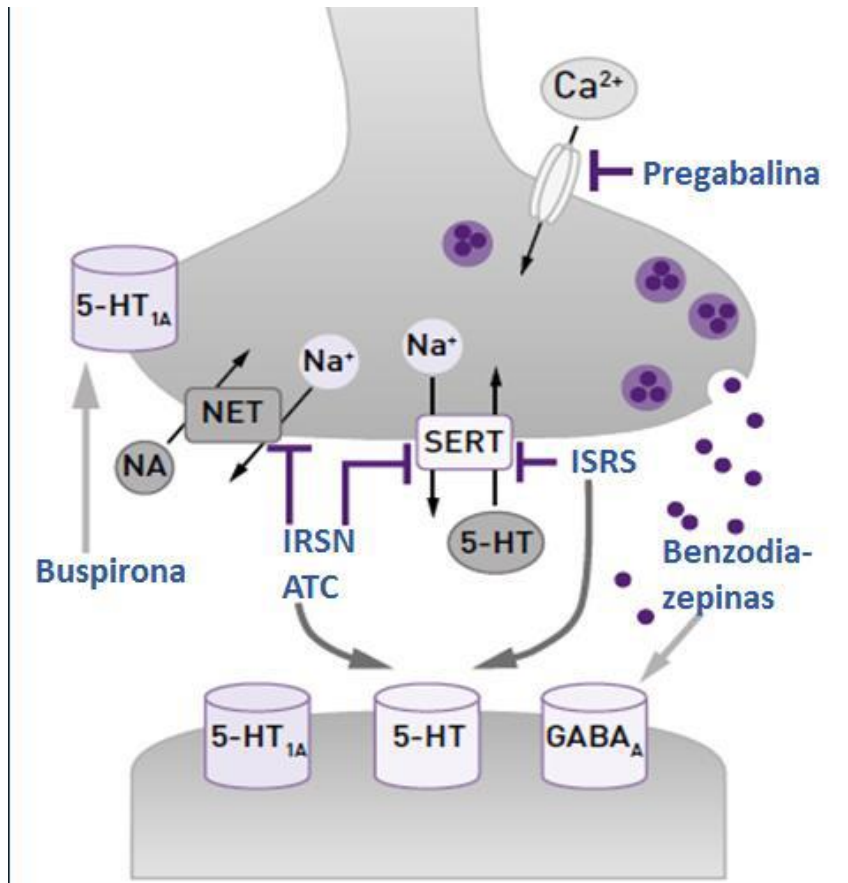
GABA- A: es un complejo receptor macromolecular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodiazepínicos. Abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza. Cuando este receptor es activado se incrementa el flujo de cloro, disminuyendo la excitabilidad neuronal y finalmente provocando una acción inhibitoria.

GABA- B: es presináptico y al ser estimulado inhibe la liberación de GABA y algunos aminoácidos excitatorios (Cedillo, 2017, p.249)

Dado lo anterior, se observa que el sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia.

También el sistema serotoninérgico es importante, ya que tiene una estrecha relación con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés como el cortisol, ACTH, entre otros y en la ansiedad. (Navas et al., 2012, pp. 499-500)

Figura 9. Mecanismo de acción de los fármacos utilizados en el TAG



Fuente: Adaptado de “Trastornos de Ansiedad-Manual de Estudio” (p.20) por M. Cañete, 2018, Pharma Investi de Chile S.A.

Epidemiología

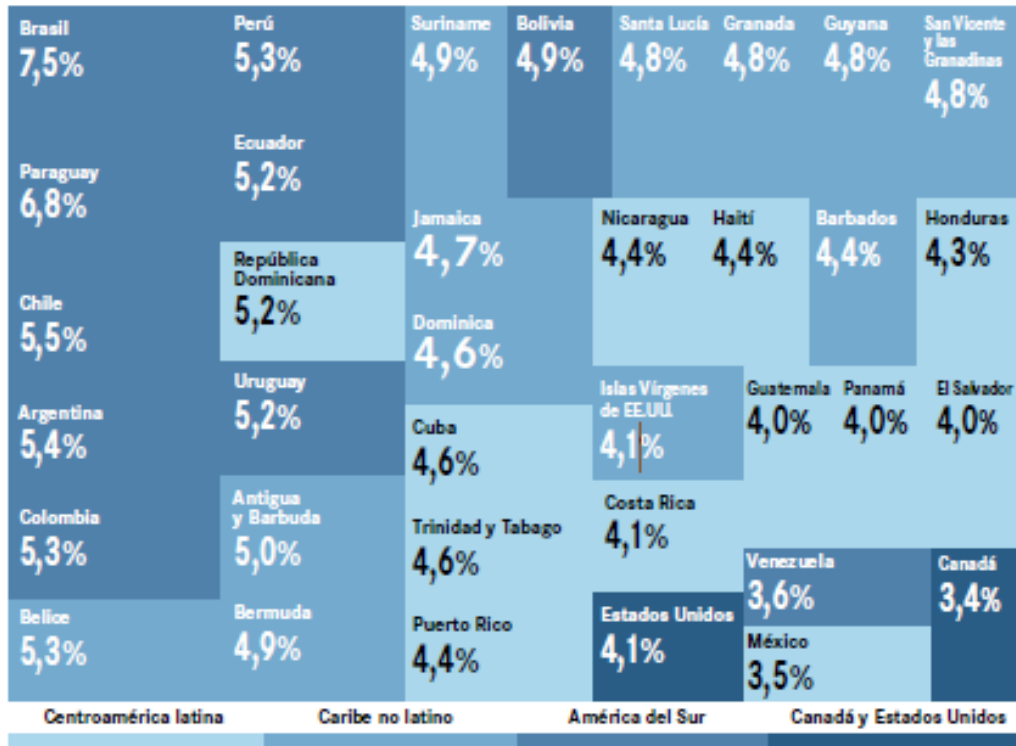
El TAG es el TA más visto por el médico general con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención

primaria. (El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina, 2012, p. 53)

Se menciona que el TA, es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de esta patología, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña, tiende a ser 2 veces más prevalentes en mujeres. Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un trastorno de ansiedad siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. En el anciano, los TA tienen una prevalencia de 5-10%, Destaca la alta comorbilidad de los TA con la depresión, principalmente en el adulto mayor. (Navas et al., 2012, p. 499)

Las estadísticas mundiales varían ampliamente según los criterios aplicados para su diagnóstico, pero en general la frecuencia es elevada. En Puerto Rico se encontró que la tasa bruta de prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en la población era 14,4%. En Brasilia la tasa revelada fue 17,6%. La investigación de Adis Castro, realizada en un cantón urbano de Costa Rica, reveló una tasa de prevalencia de la ansiedad de 28%. Según estudios de Recursos Humanos de la CCSS, los trastornos de ansiedad ocuparon el quinto lugar como causa de incapacidad laboral entre empleados de la institución (Situación actual de la salud mental en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, 2004, pp. 18-19)

Cuadro 2. Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos de ansiedad por país como porcentaje de la discapacidad total.



Fuente: Tomado de Revista carga de los trastornos mentales en América, 2018, p. 16

Como se muestra en el cuadro anterior donde se puede ver una recopilación de datos que se hicieron en los diferentes países de América los TA dominan como el segundo trastorno mental más discapacitante, encabezado por Brasil con el país de mayor incidencia con un 7,5%, seguido de Paraguay con un 6,8%, luego Chile con un 5.5%, Colombia, Perú y Belice con un 5,3%, Ecuador, Republica Dominicana y Uruguay con un 5,2%, Antigua y Barbuda con un 5,0%, Bermuda, Suriname y Bolivia con 4,9%, Santa Lucia, Granada, Guyana, San Vicente y las Granadinas 4,8%, Jamaica con un 4.7%, Cuba y Trinidad y Tobago con 4,6%, Puerto Rico, Nicaragua, Haití, Barbados con 4,4%, Honduras con un 4,3%, Estados Unidos y Costa Rica con un 4,1%, Guatemala, Panama, El Salvador 4,0%, Venezuela 3,6, México 3,5% y por ultimo Canadá con un 3,4%.

Del mismo modo el cuadro describe que América del Sur es donde se encuentra el mayor porcentaje de discapacidad por el trastorno de ansiedad, seguido por el Caribe no latino, Centro América y por último Canadá y Estados Unidos.

Por otra parte, de acuerdo con un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 8.098 personas, el National Comorbidity Survey, la

prevalencia actual, anual y vital (los que tienen o han tenido) del TAG en la población general estadounidense fueron respectivamente 1,6%, 3,1% y 5,1% (Kessler y cols., 1994; Witt-chen y cols., 1994); es posible que las dos últimas prevalencias sean sobrestimaciones, ya que pueden incluir a personas que no cumplían todos los criterios del TAG. Las prevalencias son más altas (p.ej., actual: 3,1%, vital: 6,4%) si se siguen los criterios de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los cuales no requieren que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar. (Bados, 2016, p.6)

Se estima que la prevalencia del TAG a un año es de 3% a 4%, y a lo largo de la vida de 5% a 6%. Al ser una condición de alta tendencia a la cronicidad, hace una pequeña diferencia entre ambas prevalencias, siendo aproximadamente 2 veces mayor en las mujeres que en los hombres, lo cual también aplica para la mayoría de los trastornos por ansiedad y depresión mayor, excepto el trastorno obsesivo compulsivo, cuya prevalencia no se diferencia por género. (Cañete, 2018, pp.7-8)

Así también es señalado por los expertos que la edad de inicio es muy variable, en algunos casos la enfermedad comienza en la infancia, pero la mayoría comienza en la edad adulta temprana; mientras que en otros casos de aparición reciente se produce en los adultos mayores, a menudo por condiciones de mala salud física crónica generalizada. (Cañete, 2018, pp.7-8)

Del mismo modo, se habla que la prevalencia es más alta en personas entre 40 y 50 años, siendo de menor grado en la población mayor de 60 años. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres. (El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina, 2012, p.53)

Por otro lado, en el artículo “Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada respecto a las características socio-demográficas de los pacientes con TAG”, se ha visto que este es más frecuente en adultos jóvenes, con un rango de presentación de inicio entre los 25 y 35 años de edad, que la prevalencia de este diagnóstico aumenta con la edad, sin cambios en los mayores de 60 años. Respecto al sexo describe una relación 2:1 siendo las mujeres más afectadas. (Marjan, et al., 2014, p.510)

Comorbilidad

Respecto de la población normal, cerca de la mitad de los individuos con TAG se presentan en comorbilidad con otros trastornos por ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Si bien para estos trastornos los factores causales pueden ser comunes y así explicar la elevada comorbilidad, también se puede considerar que la aparición de depresión o de alcoholismo es una complicación en el curso de la enfermedad, pues es común la mayor vulnerabilidad de estos pacientes ante los desafíos de la vida. Además, esta ansiedad puede ser aliviada con el consumo de alcohol, por lo que este suele estar aumentado; estos pacientes usan alcohol generalmente de manera solitaria para aliviar la ansiedad, lo hacen antes de dormir o previo a enfrentar situaciones que generen mayor angustia. (Cañete, 2018, p.8)

Del mismo modo, Villalobos (2019) menciona que la comorbilidad entre depresión y ansiedad es alta, incluso se estipula el trastorno mixto ansioso depresivo en el CIE-10. Las personas con trastorno de pánico, con o sin agorafobia, así como con trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada, presentan criterios diagnósticos de depresión, dificultando en ocasiones determinar el diagnóstico primario. El trastorno bipolar (TB) es otra de las comorbilidades comunes, aunque de igual forma, podría decirse que los trastornos de ansiedad son la sintomatología más clara de los trastornos bipolares. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos también presentan coexistencia. Las personas con trastornos de ansiedad han demostrado mayor probabilidad de padecer trastorno por déficit de atención e hiperactividad y se estipula como un síntoma clásico presente en los trastornos de alimentación. (p. 9)

Etiología o Etiopatogenia

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología. (Reyes-Ticas, 2005, p.29)

La etiopatogenia de los TA constituye un modelo complejo, donde interactúan muchos factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. (Navas et al., 2012, p. 499)

Factores que participan en el origen del TAG:

1. Factores biológicos: los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.
2. Factores psicosociales: los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello
3. Factores traumáticos: enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.
4. Factores psicodinámicos: la ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos.
5. Factores cognitivos y conductuales: se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. (Navas et al., 2012, pp. 499-500)

Según la Organización Panamericana de la Salud (2004) en su edición de la situación actual de la salud mental en Costa Rica “la gravedad del trastorno de ansiedad puede variar desde un grado moderado, que a pesar de interferir con el bienestar del individuo le permite realizar sus actividades cotidianas, hasta casos en los que la afección es altamente discapacitante.” (pp. 18-19)

Dentro de los factores biológicos más relevantes está el factor genético (Sandín, 1990; González, 2007), para el que se ha encontrado hasta un 25% más de probabilidades de presentar ansiedad en los parientes de primer grado de consanguinidad. La vulnerabilidad genética está presente en la mayoría de los trastornos de ansiedad, con mayor incidencia en el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social, a esto se le suma el factor psicosocial de historia familiar, asumiendo que el aprendizaje de habilidades y estilos de afrontamiento no fue el adecuado dentro de las pautas y dinámica familiar. (Villalobos, 2019, p. 10, citando a Sandín, 1990, p.13; González, 2007, p.14)

También, se menciona que el consumo de sustancias psicoactivas aumenta la probabilidad de sufrir algún trastorno de ansiedad, así como condiciones médicas donde la ansiedad es un síntoma más de la patología. Vivir eventos estresantes se ha relacionado con la aparición del TA, por lo que situaciones como duelos, cambios en la situación laboral, despidos, situación económica, de patrimonio o en relaciones interpersonales, separaciones, divorcios, puede aumentar la probabilidad de presentar un TA. En general, los estresores psicosociales (laborales, sociales y familiares) se contemplan como factores predisponentes a la activación o mantenedores de los trastornos de ansiedad. (Villalobos, 2019, p. 10)

Otros autores mencionan que en el desarrollo de los trastornos de ansiedad participan distintos factores que pueden predisponer a su aparición y evolución como la presencia de trastornos de ansiedad en los padres, el cual asocia una mayor incidencia de trastorno de ansiedad en los hijos, se ha visto una mayor prevalencia en los familiares de individuos afectados. Están implicados factores tanto genéticos como ambientales y entre esos últimos es importante destacar la relación entre padre e hijo debido a la influencia que puede ejercer el padre sobre sus hijos, los padres sobreprotectores o excesivamente controladores o críticos que compromete en el desarrollo de trastornos de ansiedad en ellos, también se mencionan las experiencias traumáticas o adversas, y algunas conductas aprendidas de los padres o cuidadores pueden condicionar el desarrollo de trastornos de ansiedad. (Acuña et al., 2013, p.34)

Del mismo modo, mencionan que niños con temperamento inhibido caracterizado por timidez, retraimiento e inhibición, tienen un mayor riesgo de presentar este tipo de trastornos, así como

depresión y suicidio, en etapas más avanzadas de la vida. Suelen mostrar mayores dificultades para comunicarse con extraños y para adaptarse a cambios o situaciones novedosas, una tendencia a mantenerse cerca de figuras de seguridad, y exhiben comportamientos sociales restringidos e inhibidos. De esta forma son más susceptibles a los distintos factores que predisponen a la ansiedad, entre ellos los padres ansiosos sobreprotectores y las situaciones traumáticas. (Acuña et al., 2013, p.34)

Factores protectores:

Los factores protectores son menos mencionados, probablemente por las diferencias entre cada subtipo de trastorno, sin embargo, el manejo temprano tras la ocurrencia de eventos traumáticos, al parecer evita la cronificación de la sintomatología. El fortalecimiento de las habilidades cognitivas, emocionales y sociales ha demostrado reducción en la presencia de la ansiedad. Pávez, Mena & Vera (2012) consideran que, dado que la felicidad y el optimismo funcionan como factor protector de la ansiedad, todos los factores que mejoren la salud mental contribuyen a reducir la presencia o el impacto negativo de estos trastornos en las poblaciones. (Villalobos, 2019, pp. 10-11 mencionando a Pávez, Mena y Vera, 2012)

Con base en el texto anterior cabe rescatar la importancia de atender los eventos traumáticos de forma rápida, de este modo evitar las consecuencias que trae la evolución de los síntomas, por medio de técnicas que permitan al paciente enfrentar lo que desencadenó dicho trauma.

Así también, se llega a observar que los trabajadores con trastornos depresivos o de ansiedad tienen más ausencias en el trabajo, peor desempeño y menor productividad. Los trastornos depresivos y de ansiedad también generan discapacidad sustancial, presentismo laboral (la asistencia presencial al puesto de trabajo, pero con concentración y actividad en otras actividades) y se asocian a condiciones somáticas crónicas. (Villalobos, 2019, pp. 10-11)

Fisiopatología

Describir la fisiopatología de los TA es de suma importancia, ya que de este modo será más sencillo comprender las diferentes manifestaciones físicas, psiquiátricas y neurológicas que se

presentan en un paciente con este tipo de trastorno, así como los mecanismos de acción de los fármacos utilizados en su tratamiento. (Acuña et al, 2013, p. 31)

Mencionan la importancia de valorar los efectos de la terapia farmacológica y no farmacológica sobre las diferentes regiones neuroanatómicas que están alteradas en los mismos. De esta manera poder realizar un abordaje que supla las necesidades de cada individuo, y así disminuir el impacto que representan estas patologías para la vida del paciente y el sistema de salud. (Acuña et al., 2013, p.32)

Los procesos fisiopatológicos implicados en los distintos trastornos de ansiedad son complejos y aún no han sido totalmente esclarecidos. No obstante, las nuevas tecnologías en neuroimágenes, así como los rápidos avances de la biología molecular y de la farmacología, han permitido ampliar la perspectiva de los distintos mecanismos involucrados en estas patologías. (Acuña et al, 2013, p. 32)

Manifestaciones clínicas

Las características clínicas de los TA son las mismas de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a duración y gravedad. Los síntomas de ansiedad varían desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. En los TA se presentan como síntomas comunes:

- Crisis de angustia: aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, que se acompaña de al menos 4 de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. Inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (usualmente en 10 minutos o menos), acompañándose de una sensación de peligro o de muerte inminente y necesidad urgente de escapar.
- Agorafobia: ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia, no se puede disponer de ayuda. Suele conducir en forma típica a conductas evitativas de múltiples situaciones: estar solo dentro o fuera de casa, mezclarse con la gente, viajar en automóvil, autobús o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. En la Tabla 4 se describen las características principales de los TA. (Navas et al., 2012, pp.500-502)

Es importante recordar que dentro de los estados de ansiedad se presentan accesos de hiperventilación, que conllevan a una alcalosis secundaria en la sangre generadora de una contractura muscular y a veces de la pérdida de conciencia. (Navas et al., 2012, p.500-502)

Aunado a lo anterior, los autores Acuña et al. (2013) mencionan algunos de los síntomas que se pueden presentar dentro de la ansiedad:

- Fatiga crónica
- Sentimiento de atrape o de que se encuentra al borde del colapso
- Sensación de caída en la locura
- Irritabilidad, tensión muscular
- Trastornos del sueño, estrés incontrolable
- Náuseas y dolor abdominal
- Parestesias

También mencionan que se deben listar todos aquellos síntomas simpaticomiméticos, que podrían darse en cualquier trastorno de ansiedad, y que son manifestaciones somatomórficas más específicas de la presencia de un trastorno de ansiedad. Curiosamente, estos síntomas son más frecuentes en los trastornos de pánico; no obstante, pueden ser identificados en otros trastornos de ansiedad, y es lo que más fácilmente logra describir el paciente en consulta:

- Palpitaciones con sensación de taquicardia
- Diaforesis
- Tremor
- Disnea o sensación de ahogo
- Dolor precordial no anginoso
- Debilidad y sensación de desmayo
- Sensación de irrealidad y despersonalización,
- Angor animi o terror de la muerte. (pp.39-40)

Diagnóstico

Se basa en la historia clínica, para que de esta forma se pueda descargar una etiología médica o neurológica. Seguidamente se establece una categoría nosológica, según el DSM-IV y la

CIE-10, muy importante para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación. (Navas et al., 2012, p. 502)

De acuerdo con el DSM-IV, los síntomas deben estar presentes, aunque pueden variar, durante un periodo de 6 meses consistentes en una preocupación constante acerca de su salud, familia, trabajo y situación económica. Esta condición suele afectar en forma negativa la relación social y laboral. Muchos pacientes, presentan síntomas somáticos inespecíficos (insomnio, cefalea, dolores musculares, fatiga y síntomas de malestar gastrointestinal). Es importante descartar cualquier otra patología médica como hipoglucemia, cardiomiopatía, entre otros, así como condiciones psiquiátricas como la depresión, por mencionar alguna. Algunas sustancias como la cafeína, el alcohol, las anfetaminas, los anorexígenos, entre otros, pueden causar síntomas de ansiedad. (El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina, 2012, p.53)

Cuadro 3. Diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizado según el DCM-IV

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce 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).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p>Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.2. Fácilmente fatigado.3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.4. Irritabilidad.5. Tensión muscular.6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association, (pp.137-138), 2014.

Por su parte, Stein y Sarren (2015) mencionan que se deben utilizar breves herramientas de detección validadas, como la escala del Trastorno de ansiedad generalizada 7 (GAD-7) para evaluar la gravedad de los síntomas y la respuesta al tratamiento, refieren que dicha escala toma solo unos minutos para el paciente la complete, se puede utilizar para detectar el trastorno, así como para monitorear longitudinalmente los resultados. Sin embargo, la detección del diagnóstico de TAG a través de esta escala es controversial. (p. 2061)

Tabla 1 Escala del Trastorno de ansiedad generalizada 7 (GAD-7)

Durante las últimas dos semanas ¿Con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se siente nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
2. No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
3. Se han preocupado excesivamente por cosas	0	1	2	3

4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido intranquilo que no podía estar quieto	0	1	2	3
6. Se ha sentido irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Con base en la tabla anterior se interpreta la puntuación de la siguiente manera:

De 0 a 4 no refleja síntomas de ansiedad

De 5 a 9 refleja síntomas leves de ansiedad, se recomienda vigilancia

De 10 a 14 refleja síntomas moderados de ansiedad, se recomienda vigilancia y tratamientos adicionales de ser necesario

De 15 a 21 refleja síntomas graves de ansiedad, aquí se recomienda tratamiento

Fuente: Adaptado del inglés al español en traducción propia de “*Generalized Anxiety Disorder*” (p.2062) por Stein, Sarren, 2015, The New England Journal of Medicine.

Duración de la crisis

Respecto a la duración de las crisis, diversos autores mencionan que el tiempo es importante a la hora de hacer un diagnóstico de alguno de los trastornos de personalidad. La heterogenicidad nace de que, según el tipo de trastorno, así será el tiempo mínimo por considerar. Según se reporta en el DSMI-V- TR, algunos de los tiempos considerados incluyen los siguientes: en el TAG, debe ocurrir en varios días de la semana, por al menos seis meses, en los TOC, las obsesiones o las compulsiones deben durar más de una hora por día para que sean consideradas patológicas, temporalmente hablando, en los ataques de pánico, los síntomas simpaticomiméticos deben durar por lo menos diez minutos. (Acuña et al., 2013, p. 40)

En general, debería considerarse la duración como una función de la pérdida de la funcionalidad del individuo. Por ejemplo, en un único episodio, la funcionalidad del individuo no se ve afectada totalmente, pues se ocupa de un período lo suficientemente crónico para deteriorar la funcionalidad del individuo. En el momento en que se presente la disfuncionalidad, se puede considerar si el tiempo es suficiente como para que se haya alcanzado esa evolución. (Acuña et al., 2013, p. 40)

Diagnóstico diferencial

De los primeros pasos a seguir ante la llegada de una paciente con sospecha de trastorno de ansiedad, es descartar otras patologías médicas que puedan simular o presentar sintomatología psiquiátrica, ya que estas condiciones podrían representar una patología de fondo a tratar o en el peor de los casos riesgo inminente de muerte. El médico debe considerar inicialmente una crisis de ansiedad o agorafobia como de origen médico, puesto que en numerosas entidades se presenta como síntoma propio. (Navas et al., 2012, p.502)

El diagnóstico diferencial es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades médicas, producen síntomas ansiosos agudos y crónicos. Es fundamental no confundir los síntomas ansiosos participantes en otros trastornos como la depresión doble, el trastorno depresivo mayor, los trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso y el síndrome ansioso-depresivo. (Navas et al., 2012, p.502)

Dentro de las enfermedades médicas que se deben descartar encontramos las de origen cardiaco como infartos agudos del miocardio, angina, arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva, taquicardia supraventricular o prolapso de la válvula mitral; en la patología endocrina, donde se debe hacer diagnóstico diferencial ante enfermedades como hipertiroidismo, hipoglicemia, enfermedad de Cushing, hiperparatiroidismo y trastorno disfórico premenstrual. (Acuña et al., 2013, p.40, citando a Ebert et al., 2008)

En cuanto a enfermedades neoplásicas se pueden encontrar carcinoides, insulinomas o feocromocitomas; dentro de las causas neurológicas se describe la enfermedad de Huntington, enfermedad de Menière, esclerosis múltiple, migraña, enfermedad de Wilson, ataque isquémico transitorio, vértigo; en la patología pulmonar como el asma, el EPOC, embolia pulmonar y obstrucción pulmonar, también podrían presentar síntomas de ansiedad o similares, al igual que muchas otras enfermedades (Acuña et al., 2013, pp.40-42, citando a Ebert et al., 2008)

Por otra parte, también se debe hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión mayor, los trastornos de personalidad, los disociativos, los somatomorfos y los del desarrollo como el autismo, el síndrome de Williams y la esquizofrenia (Acuña et al., 2013, pp.40-42 citando Ebert et al, 2008).

Es de suma importancia excluir el uso o abuso de sustancias como el alcohol, la cocaína, la cafeína, los antidepresivos, esteroides, alucinógenos, psicoestimulantes como metilfenidato y anfetaminas, por medio de un examen de tóxicos en orina. (Acuña et al., 2013, pp.40-42 citando Ebert et al, 2008).

Otro autor menciona en el diagnóstico diferencial que sí predomina un bajo estado de ánimo o tristeza, dar prioridad al trastorno depresivo; si es que el paciente presenta ataques repentinos de ansiedad no provocada, se trata de un trastorno de pánico; si presenta un estresor psicosocial importante se debe considerar el diagnóstico de trastorno de adaptación; si existen temores y/o evitación de determinadas situaciones, se trata de un trastorno fóbico; si existe un fuerte consumo de alcohol u otras sustancias como cafeína, nicotina o drogas ilícitas, sospechar de un trastorno asociado a sustancias. (Reyes-Ticas, 2005, pp.50-51)

Por otro lado, se señala la importancia de seguir un esquema de actuación para poder clasificar el trastorno y tratarla conforme a los diferentes diagnósticos diferenciales y que todo esto tiene como base una buena historia clínica realizando una serie de preguntas al paciente:

- ¿La ansiedad aparece en respuesta a un estrés agudo ante un problema vital: accidente, muerte, separación, etc.? En base al DCM-IV sería un trastorno adaptativo con ansiedad.
- ¿Aparece la ansiedad en el contexto de una enfermedad o tratamiento médico o como consecuencia del consumo de sustancias? Aquí se estima si la ansiedad es consecuencia de un trastorno médico como pueden ser enfermedades endocrinológicas, cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, neurológicas, entre otras; si es consecuencia de fármacos: broncodilatadores, antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina [ISRS]), tiroxina..., o consecuencia del consumo o abstinencia de sustancias: alcohol, cafeína, heroína, cocaína, anfetamina y derivados, etc.
- ¿Encontramos la ansiedad dentro de otro cuadro psiquiátrico? Referidos sobre todo a cuadros psicóticos y afectivos.
- ¿Se trata de un trastorno primario de ansiedad? Podemos encontrar síntomas de ansiedad ante diferentes situaciones:
 - Fobia simple o específica: ante situaciones u objetos específicos.
 - Fobia social: ante situaciones en las que el sujeto se ve expuesto a una posible evaluación.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: en relación con pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones) y/o rituales recurrentes (compulsiones).
- Trastorno por estrés postraumático: ante la reexperimentación de un acontecimiento altamente traumático.
- Trastorno por ansiedad generalizada: cuando aparece como forma de preocupación excesiva por todo, sin causa aparente y desde hace mucho tiempo.
- Crisis de angustia o de pánico: cuando se manifiesta en forma de crisis súbitas, intensas e inesperadas. Este modo de presentación constituye la causa más frecuente y característica en los Servicios de Urgencias.
- Trastorno por angustia: si las crisis se repiten.
- Trastorno mixto ansioso-depresivo: a veces es difícil diferenciar si es debido a un cuadro ansioso o depresivo. (Garrido, 2008, p.407-408)

Cuadro 4. Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad

<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Enfermedad de Cushing • Enfermedad de Addison • Hipertiroidismo • Hiperparatiroidismo • Hiperparatiroidismo • Hiperpituitarismo • Menopausia • Feocromocitoma • Vértigo • Dolor • Enfermedades de Huntington • Miastenia gravis • Poliomiелitis • Temblor esencial • Epilepsia • Migraña • Enfermedad cerebro vascular • Encefalitis • Esclerosis múltiple • Aterosclerosis cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • EPOC • Neumotórax • Hipoxia • Úlcera péptica • Colitis • Brucelosis • Mononucleosis • Malaria • Hepatitis • Neumonía • Hipoglicemia • Síndrome premenstrual • Lupus eritematoso sistémico • Artritis reumatoide • Acidosis • Desequilibrio hidroelectrolítico • Nefritis • Porfiria aguda intermitente • Alucinógenos • Analgésicos • Anestésicos
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias cardíacas • Infarto de miocardio • Insuficiencia cardíaca • Insuficiencia coronaria • Enfermedad de Wilson • Prolapso de la válvula mitral • Hipovolemia • Anemia • Hiperventilación • Anemia • Hiperventilación • Angina • Asma • Edema pulmonar • Embolia pulmonar • Hipocondría • Anorexia nerviosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticolinérgicos • Antidepresivos • Alcohol • Broncodilatadores • Simpaticomiméticos • Cafeína • Anfetaminas • Cocaína • Bazuco • Marihuana • Penicilina • Sulfonamidas • Nicotina • Esquizofrenia • Depresión • Demencia • Bulimia nerviosa
--	--

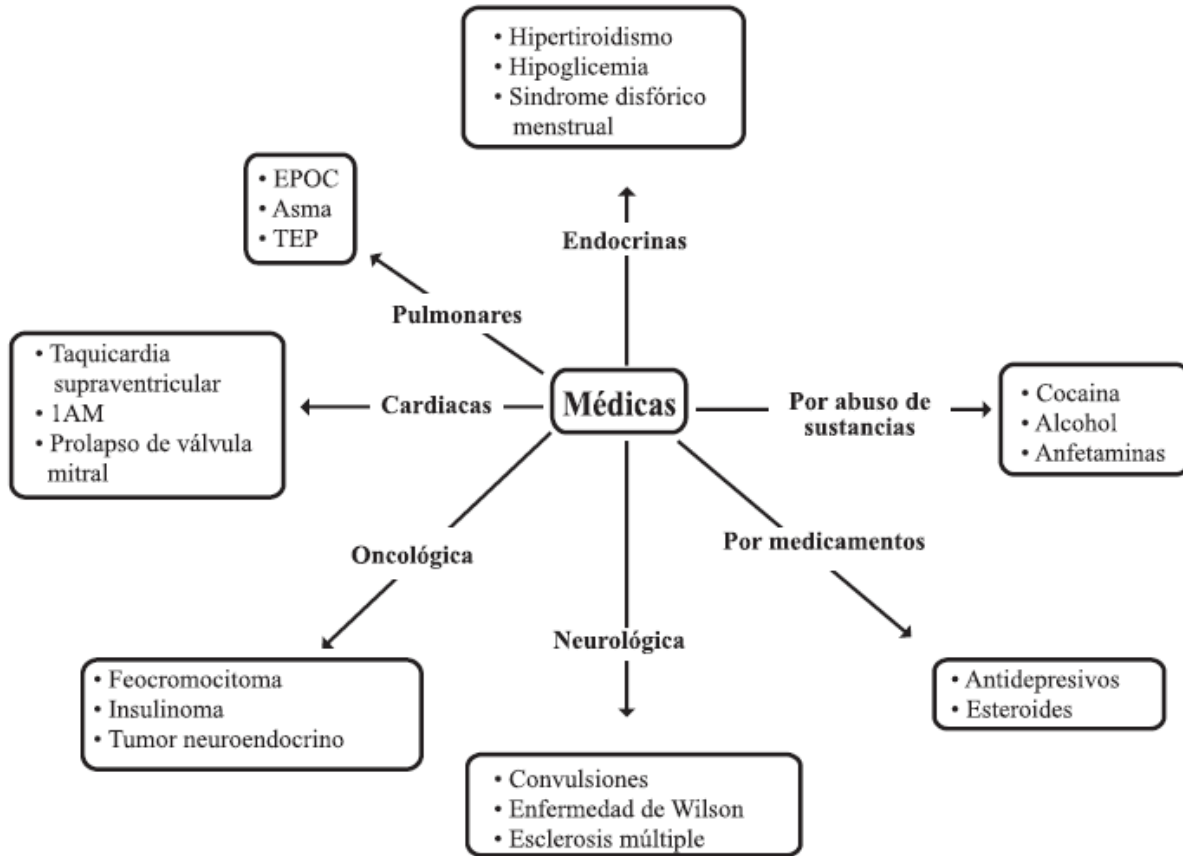
Fuente: Adaptado de “Trastornos de Ansiedad: Revisión para atención primaria.” (p.498) por Navas, Vargas, 2012, *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (604)*.

Abordaje

Cuando la ansiedad es muy intensa y desborda la capacidad del sujeto para reaccionar de forma adaptativa, interfiriendo con la actividad cotidiana, debe considerarse el tratamiento, se hablan de técnicas no farmacológicas como disminuir o discontinuar la cafeína y otros estimulantes del sistema nervioso central (SNC), minimizar el uso de alcohol y otros sedantes o hipnóticos, regular el ejercicio aeróbico, de forma que dure más de 20 minutos, si es apropiado, involucrar al paciente en un programa de salud mental local u otro grupo de apoyo disponible, utilizar estrategias para el manejo de la ansiedad como pueden ser la psicoterapia y las técnicas de relajación; ante un síndrome de hiperventilación con parestesias en las manos y en la boca, mareo debido a la hipercapnia y alcalosis respiratoria es útil decir al paciente que respire en una bolsa de papel para normalizar el nivel de carbónico. (Garrido, 2008, p.408)

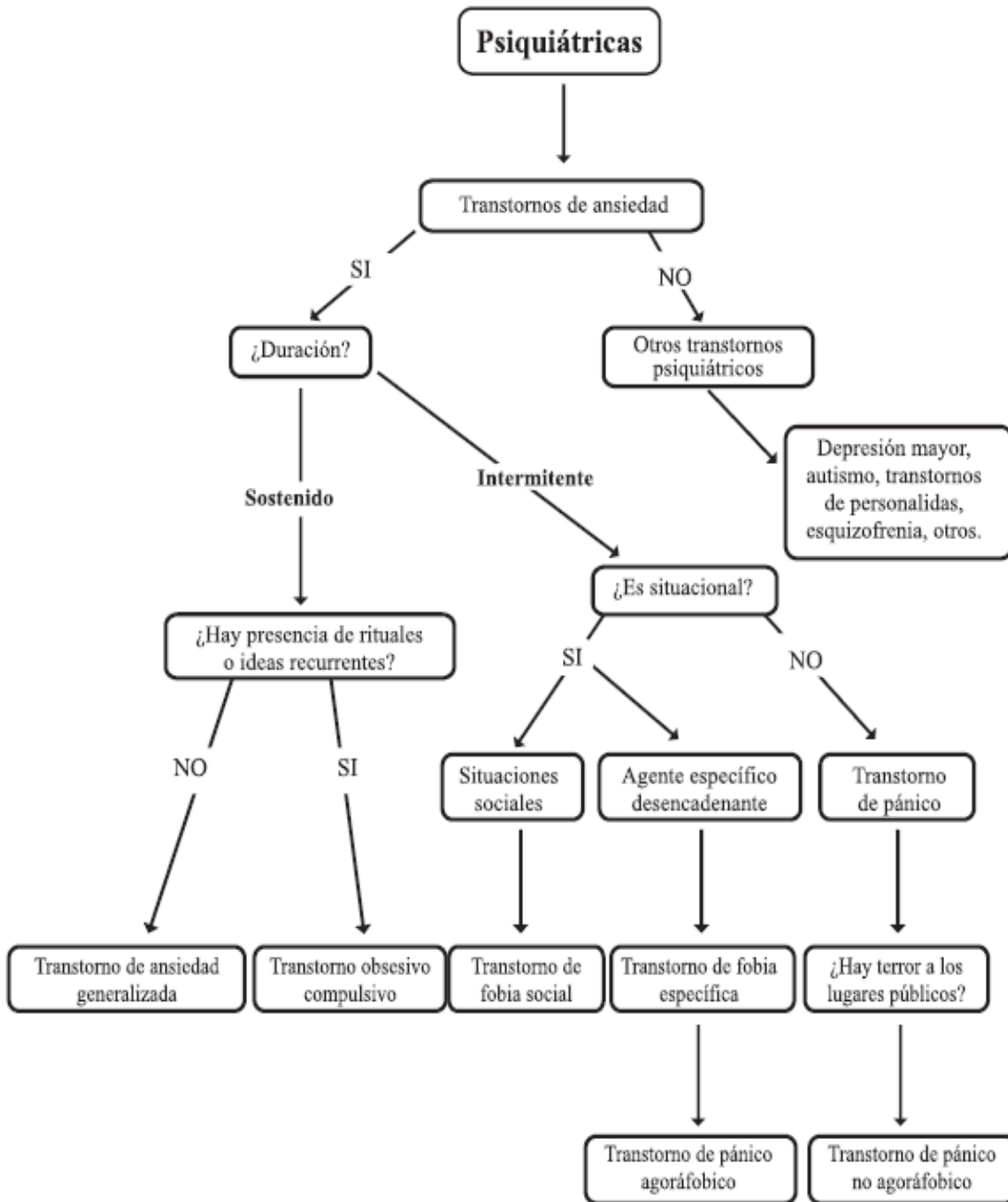
Por otro lado, se menciona que los TA se manejan por medio de la terapia farmacológica, no farmacológica o una fusión de ambos, sin dejar de lado que antes de iniciar el tratamiento, se debe determinar si los síntomas son a causa de un trastorno mental, una enfermedad médica o consumo de alguna sustancia. (Navas et al., 2012, p. 502)

Figura 10. Flujograma sobre el diagnóstico médico de un trastorno de ansiedad.



Fuente: Adaptado de “Trastorno de Ansiedad” (p.41) por Acuña et al., 2013, *Revista Cúpula* 27(2)

Figura 11. Flujograma sobre el diagnóstico psiquiátrico de un trastorno de ansiedad.



Fuente: Adaptado de “Trastorno de Ansiedad” (p.41) por Acuña et al., 2013, *Revista Cúpula* 27(2).

En ambos flujogramas, representados con la Figura 10 y la Figura 11, se observan diferentes patologías que pueden confundirse con el trastorno de ansiedad por lo que cabe destacar que el diagnóstico de trastorno de ansiedad es un diagnóstico de exclusión, pues antes de hacer un diagnóstico se deben descartar todas aquellas patologías orgánicas que son potencialmente letales,

o que traen consigo muchas comorbilidades, y que pueden ser mejor resueltas con un abordaje médico apropiado.

Para un abordaje más completo de los TA, luego de su diagnóstico, se debe dar información y educar al paciente acerca de su condición; de manera que no sienta vergüenza ni oculte sus síntomas. Se debe procurar brindarle al paciente herramientas para cambiar su estilo de vida, por uno más sano y menos estresante, y que con este a su vez el paciente pueda ver que la ansiedad está bajo su control. Así también se debe procurar buscar cuáles son los factores que desencadenan el episodio de ansiedad, para lograr implementar diferentes técnicas de relajación y ejercicios de respiración, del mismo modo, se le debe recomendar al paciente evitar el consumo de sustancias psicoestimulantes como el alcohol y la cafeína, tener una buena higiene del sueño, realización de actividad física además de realización de otras actividades de esparcimiento. (Acuña et al., 2013, p.46, citando a Iruela et al 2007; Roy-Byrne et al, 2010).

Por otro lado, Navas et al. (2012) refuerza la importancia de una explicación clara sobre los síntomas físicos de la ansiedad y para afrontar cualquier problema social que pueda contribuir a la persistencia del trastorno. La importancia y trascendencia de todas las formas de presentación de los trastornos de ansiedad viene dada fundamentalmente por el impacto que tienen o tendrán en la morbi-mortalidad del paciente, en su calidad de vida, en el deterioro funcional y en el uso de los servicios sanitarios. (pp. 502-503)

Dado el diagnóstico y técnicas para el manejo del trastorno se debe realizar una planificación del tratamiento compuesta por una entrevista para conocer el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas, evaluación:

1. Tratamiento a corto plazo (12 semanas): En esta etapa el objetivo es la disminución de la frecuencia e intensidad de la crisis, tratando de controlar la ansiedad anticipadamente y evitar conductas agorafóbicas. La intervención psicológica como cognitiva conductual han demostrado ser efectivas. Así como también, el abordaje con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (BZD). Se recomienda mantener el tratamiento 12 semanas para valorar sus resultados. El tratamiento combinado farmacológico y no farmacológico a corto plazo parece más efectivo que darlos por separado.

2. Tratamiento a largo plazo (3-4 meses): En esta terapia el objetivo es mantener el control sobre los síntomas y reduciendo las tasas de recaída. La terapia cognitiva conductual (TCC) parece tener menos tasas de recaídas que otras intervenciones.
3. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) es, a largo plazo (6-24 meses) más efectivo que antidepresivos solos, pero igual de efectivo que psicoterapia sola. (Navas et al., 2012, pp. 503-504)

Terapia cognitiva conductual

La TCC fue creada por Aaron Beck hace varias décadas para la cura de afecciones mentales, señala también que la función de la misma es identificar y modificar los patrones de procesamiento y comportamiento erróneos y que genera mejores resultados que la administración de medicamentos. (Jiménez, 2018, p. 6, citando a Chávez, Benítez y Ontiveros, 2014)

La TCC es una forma de entender cómo piensa la persona acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos, la TCC ayuda a la forma de cambiar la forma de cómo se piensa (cognitivo) y de cómo se actúa (conductual) y que estos cambios ayuden al paciente a sentirse mejor, esta terapia se centra en problemas y dificultades de “aquí y ahora”, en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntoma, busca manera de mejorar su estado de ánimo en el momento. (Royal College of Psychiatrist, 2009, p.1)

La teoría cognitivo conductual ha expandido sus conocimientos mediante un gran avance progresivo que inicio con base empírica y termino siendo una de las técnicas más utilizados en diferentes campos profesionales, uno de ellos es el ámbito clínico; los psicólogos, psiquiatras y otros especialistas en el ámbito de la salud mental, buscando mejoras en los pacientes hacen uso de esta herramienta que tiene como objetivo principal ofrecer al paciente mejorar su calidad de vida. (Jiménez, 2018, p. 6 citando a Centreita, 2013).

Los pacientes con TAG sobrestiman el nivel de peligro en su entorno, tienen dificultades con la incertidumbre y subestiman su capacidad para hacer frente a la enfermedad. La TCC para el TAG implica la reestructuración cognitiva para ayudar a los pacientes a comprender que su preocupación es contraproducente, la terapia de exposición para permitir que los pacientes sepan

que sus comportamientos de preocupación y evitación son maleables, y el entrenamiento de relajación. (Stein, Sareen 2015, pp. 2065-2066)

Esta es una técnica que no solamente es usada para los trastornos de ansiedad, sino que también funcionan en estados de depresión, pánico, agorafobia y otras fobias, fobia social, bulimia, TOC, trastorno de estrés postraumático, y la esquizofrenia (Royal College of Psychiatrist, 2009, p.1)

El TCC puede ayudar a entender los problemas desglosándolos en partes más pequeñas, permitiendo ver como esas partes están conectadas entre sí y la forma en que estas le afectan, ya sea un problema, un hecho o una situación difícil, derivándose de ellos pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos. (Royal College of Psychiatrist, 2009, pp. 1-2)

En dicha terapia se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la Terapia de Conducta que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados, el cual tiene como objetivo corregir ese tipo de patrones y la terapia cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos como lo son las expectativas, creencias y pensamientos cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, cuya finalidad sería la identificación, análisis de esos pensamientos, creencias disfuncionales y la relación de éstos con los síntomas, buscando construir técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta. (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2006, p. 54)

Así mismo, es mencionado en la Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2006) que la TCC se caracteriza por ser un método activo y directivo, en ella la paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Se utilizan técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar como: la relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, entre otros. (p. 54)

Del mismo modo, la terapia TCC se realiza de 5 a 20 sesiones, semanales o quincenales, cada una con una duración entre 30 y 60 min, en las primeras 2 a 4 sesiones el terapeuta si este tipo de tratamiento es adecuado para el paciente y si el paciente se siente cómodo en la terapia, se realizan pregunta sobre el pasado del paciente, para poder comprender cómo eso le afecta en el presente (Royal College of Psychiatrist, 2009, pp.4-5)

Por otro lado, los autores Stein y Sareen (2015) mencionan que los métodos que se utilizan TCC son sesiones individuales semanales de 60 minutos cada una, pueden ser de 12 a 16 sesiones, por medio de la computadora con asistencia mínima de un terapeuta en atención primaria y terapia administrada por teléfono en zonas rurales. Refieren que este tipo de método ha sido probado, además se ha demostrado ser eficaz. (pp. 2065-2066)

La TCC destinada al TAG comprende la reestructuración cognitiva que ayuda a los pacientes a comprender que su preocupación es contraproducente y por tanto a través de estas técnicas se pueden modificar y manejar mejor las preocupaciones y sus consecuencias. Esta psicoterapia incluye sesiones de terapia individual semanal, 12 a 16 sesiones de 60 minutos cada una y terapia de grupo, 8 a 12 sesiones semanales. Se ha demostrado que la TCC puede ser útil en este tipo de pacientes, mostrando beneficios sostenidos en el seguimiento a 6 y 12 meses. Ahora, aunque esta terapia es eficaz, es lenta en lograr los beneficios por lo que requiere compromiso y disciplina de parte del paciente. (Cañete, 2018, p.12)

Previo a la aplicación que se hace de las técnicas de la TCC, es necesario tener en cuenta la importancia de la entrevista que se realiza, ya que es completamente distinta a las entrevistas de otras corrientes psicológicas. La entrevista conductual se diferencia de otras ya que ésta es una técnica directiva que busca confrontar directamente al paciente con su realidad, permitiéndole que visualice su problemática de manera eficaz. (Echeverría, 2017, p. 17)

Del mismo modo, se menciona que la entrevista puede ser directiva o estructurada, dependiendo del psicólogo y el paciente. Para llevar a cabo una entrevista cognitivo conductual el primer paso es delimitar el problema, luego clarificar la importancia del problema, segundo se debe evaluar y planear un desarrollo y finalmente encontrar los determinantes para la conducta problema y establecer unos parámetros para que no se siga presentando. (Echeverría, 2017, p. 17 citando a Smith & Molina)

Este tipo de terapia está conformada por 3 fases las cuales son:

- Evaluación: puede durar aproximadamente entre dos y tres sesiones, este es el momento donde se recopila toda la información del caso y se realiza pruebas si se considera necesario
- Intervención: consiste en la utilización de técnicas terapéuticas dirigidas a conseguir los objetivos planteados. Esta fase puede durar entre 2 y 3 meses y se puede alargar hasta un año, depende de la complejidad, intensidad y duración de los síntomas del paciente. En esta

fase el intercambio verbal es fundamental, además de la realización de deberes o propuestas que serán chequeadas sesión a sesión.

- Seguimiento: en esta fase una vez alcanzados los objetivos se planean sesiones de seguimientos, las cuales ya no serán seguidas unas de las otras, de este modo poder evaluar el mantenimiento de los cambios y hacer los ajustes necesarios. (Echeverría, 2017, p. 18)

Por otro lado, en la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, se mencionan técnicas conductuales como:

- Técnicas de relajación: para alcanzar un estado de hipoactivación que contrarreste y ayude a controlar el trastorno de ansiedad por medio de entrenamiento en relajación progresiva y entrenamiento en control de la respiración.
- Técnicas de exposición: radica en exponerse a los estímulos que provocan la ansiedad, con el objetivo de prever y reducir las respuestas adaptativas por medio de la desensibilización sistemática y la exposición gradual in vivo
- Técnicas de autocontrol: que enseñan al paciente los principios que rigen la conducta no deseada a través de la autoobservación, autoreforzamiento y autocastigo, y control de estímulos
- Entrenamiento en habilidades sociales: consiste en hacer un análisis de las conductas del problema y reentrenarlas. (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2006, p.67)

Del mismo modo, se describen las técnicas cognitivas descritas a continuación:

- Autoinstrucciones: consiste en detectar las autoverbalizaciones negativas como “no podré” y cambiarlas por autoinstrucciones positivas como “seré capaz”, de este modo impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria.
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad: enseña al paciente a usar la relajación aplicada para el control de la ansiedad. De modo que pueda identificar los síntomas que reflejan la presencia de ansiedad, para que aprenda a reconocer las respuestas de ansiedad a medida que se forman, y así poder usarlas como indicadores para iniciar la respuesta de afrontamiento de la relajación
- Distracción cognitiva y detención del pensamiento: en esta técnica se le enseña a centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes

- Técnicas de resolución de problemas: para que se resuelvan las situaciones vitales estresantes de la manera más adecuada. Ayudándoles a los pacientes a identificar y delimitar los problemas; facilitan un método para priorizar los objetivos y concretar los pasos de actuación. Se consigue reducir la intensidad de la preocupación, aumentar el sentido de control ante circunstancias negativas reconociendo los hitos conseguidos, fomentar la iniciativa y generar una forma más efectiva de enfrentarse a futuros problemas.
- Reestructuración cognitiva: Donde el objetivo es sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales, por medio de un modelo de entrenamiento en habilidades, para ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios. (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2006, p.67)

Por otra parte, Bados y García (2001) indican tres técnicas en la TCC que son:

- Exposición en vivo: esta implica exponerse a la situación que genera la ansiedad. Se puede realizar mediante un proceso gradual iniciando por medio de la exposición mediante la imaginación hasta consecutivamente hacerlo en la realidad.
- Exposición interoceptiva: refiere exponerse a la sensación que le genera la ansiedad, mediante la activación psicofisiológica de la misma y hacer frente a la situación que le genera malestar.
- Exposición simulada: se refiere al ensayo de la conducta mediante el role playing o actuación simulada de las situaciones temidas y los pensamientos que le acompañan. (Jiménez, 2018, p. 9 citando a Bados y García 2001)

Echeverría menciona diferentes técnicas tanto conductuales como cognitivas para el manejo del TAG, sin embargo, describe únicamente la terapia racional emotiva ya que esta permite al paciente poder racionalizar su situación real e interiorizar lo que sucede en su vida para poder de esa forma manejarlo.

Aunado a lo anterior, Marín (2012) el cual es mencionado por Echeverría. (2017), afirma que Albert Ellis es el fundador de la terapia racional emotiva conductual, que hasta el año 1994 era conocida como terapia racional emotiva, basándose en que con frecuencia utilizaba técnicas conductuales en sus intervenciones terapéuticas, postulo que esta terapia son los pensamientos irracionales los que provocan las emociones perturbadoras y desadaptadas que constituyen la

neurosis, la sustitución de estos pensamientos por otros que sean racionales conseguirá eliminar las emociones perturbadoras y las neurosis consiguientes. (pp. 20-21)

Así también, la terapia Racional Emotiva Conductual se define como un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor, a través del cual, puede minimizar sus problemas emocionales (en ocasiones son causados por pensamientos irrazonables) y sus conductas desadaptadas, lo que le permite auto realizarse para tener una vida más plena y feliz. (Echeverría, 2017, pp. 20-21, citando a Pizarro & Leonor, 2012)

Mientras que la TCC, enseña al paciente a manejar la ansiedad, se espera que tenga efectos más duraderos que los medicamentos ya que estos dejan de funcionar cuando el paciente deja de tomarlos, sin embargo, faltan datos de ensayos comparativos del comportamiento cognitivo terapia con farmacoterapia e incluyendo seguimiento a largo plazo (Stein et al., 2015, pp. 2065-2066)

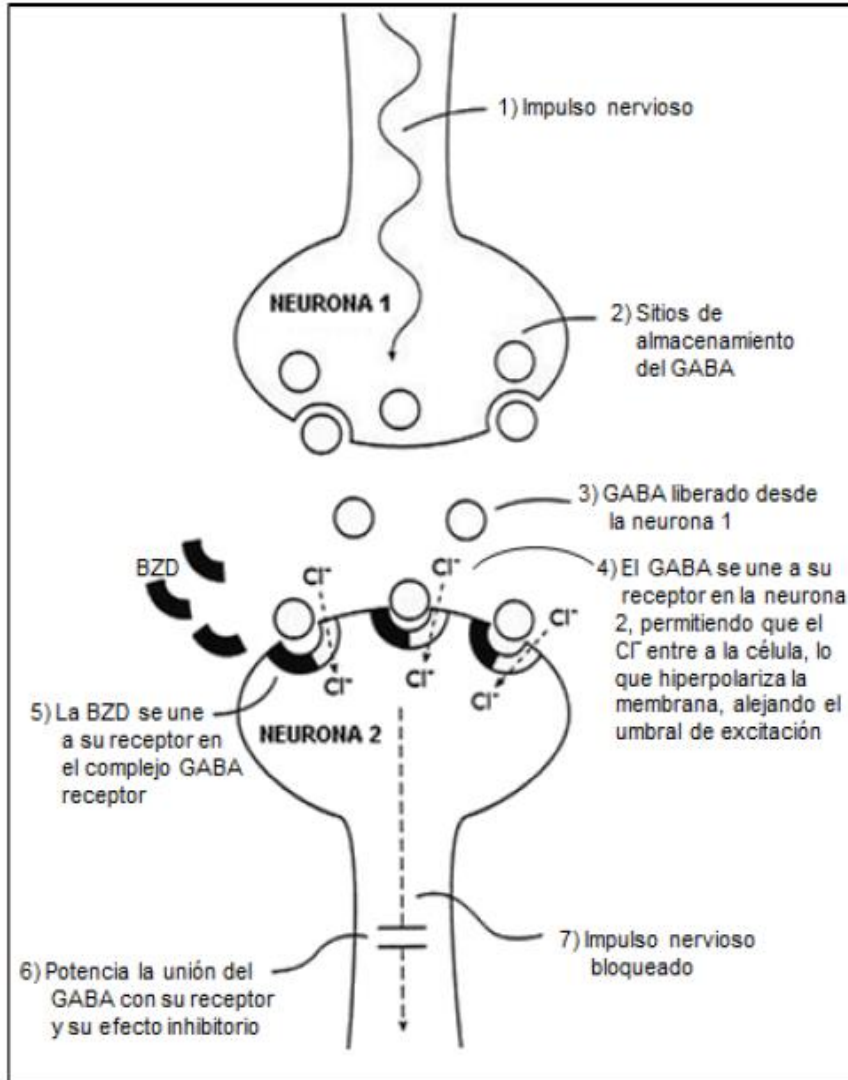
Farmacoterapia

El mayor objetivo del tratamiento farmacológico de la ansiedad es poder controlar la sintomatología, por lo general algunos pacientes llegan a necesitar a parte del tratamiento agudo (menos de 6 meses), la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas. Por lo que es necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción. (Navas, Vargas, 2012, p. 504)

El tratamiento farmacológico se clasifica en dos fases: a corto plazo y a largo plazo, dentro de los de corto plazo se encuentran:

Benzodiazepinas (BZD): esta actúa de manera selectiva sobre subtipos específicos de receptores de GABA-A, que interviene en la transmisión sináptica inhibitoria rápida de todo el SNC. La actividad farmacológica de los receptores benzodiazepínicos varía de acuerdo con la subunidad expresada. La acción ansiolítica de estos derivados parece estar mediada por receptores que contienen la subunidad α . Las benzodiazepinas potencian la respuesta al GABA, facilitando la apertura de los canales de cloro activados por este, lo que produce la hiperpolarización de la neurona. Como consecuencia, ésta se vuelve menos susceptible a los estímulos activadores, por lo que se produce un estado de inhibición neuronal. (Benedí, Gómez, 2007, p. 50)

Figura 12. Sinapsis gabaérgica inhibitoria potenciada por la acción de las BZD.



Fuente: Tomado de Cañete, 2018, p.19.

Con base en la figura 12, se observa que las BZD pueden actuar en la corteza cerebral, el sistema límbico, la formación reticular y la médula espinal, facilitando la unión del GABA, el neurotransmisor eminentemente inhibitorio y el depresor del SNC, con su receptor al unirse a un sitio específico del complejo receptor, lo que se traduce en un aumento de la frecuencia de apertura del canal de cloro, generando un mayor ingreso de este ion negativo al interior de las neuronas, hiperpolarizando sus membranas, reduciendo así su excitabilidad y por lo tanto, la posibilidad de propagar un impulso eléctrico excitatorio.

La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los efectos adversos que se pueden presentar incluyen ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caídas, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligros, trastornos de memoria a corto plazo, e incluso el desarrollo de depresión. (Navas, 2012, p. 504)

Por otro lado, Bados (2005) refiere que las benzodiacepinas son mejores que el placebo a corto plazo, aunque más en los síntomas somáticos de ansiedad que en los psíquicos; no parece haber diferencias entre benzodiacepinas. Menciona que no funcionan como tratamiento a largo plazo debido a efectos de tolerancia, al problema de la dependencia y a sus efectos secundarios. Además, el porcentaje de recaídas al discontinuar las benzodiacepinas es muy alto (63-81%). (p. 50)

Así también, el mismo autor menciona que las BZD son útiles para las reacciones agudas de ansiedad, dada la rapidez con que actúan, y pueden ser utilizadas de forma episódica o intermitente como terapia adjunta en agravamientos agudos del TAG o para las perturbaciones del sueño cuando se inicia un tratamiento con antidepresivos. La Agencia Española del Medicamento aconseja que el empleo de las benzodiacepinas con fines ansiolíticos se limite a un máximo de 3 meses, incluido el mes de retirada. (Bados, 2005, p. 50)

En general, las distintas BZD son igualmente efectivas a dosis equivalentes en el alivio del TAG, sin embargo, las más frecuentemente utilizadas han sido el alprazolam y últimamente el clonazepam, debido a que el alprazolam por su vida media más corta obliga a dosificarlo más frecuentemente. Actúan rápidamente, lo cual produce alivio en los pacientes con TAG en pocos días y en general, son bien toleradas, con pocos efectos adversos serios y prácticamente sin fatalidades por sobredosis. Son más efectivas sobre los síntomas somáticos de la ansiedad, en tanto que los síntomas psíquicos de ella responderían mejor a los ISRS e IRSN. (Cañete, 2018, p. 20)

Sin embargo, se ha demostrado que son un tratamiento eficaz de los síntomas de ansiedad a corto plazo, aunque su uso como tratamiento a largo plazo se ha visto reducido debido al riesgo

de dependencia. Actualmente, su uso más frecuente es como tratamiento asociado a los ISRS hasta que comience la respuesta a los mismos, pudiendo además disminuir la ansiedad. (Reyes, Portugal, 2019, p. 4917)

Cuadro 5 Ventajas y desventajas de las BZD en el TAG

Ventajas	Desventajas
Rápido inicio de acción (pocos días)	Sedación, confusión, enlentecimiento, vértigo, riesgo de caídas en ancianos
Baja interacción medicamentosa	Disminución de coordinación psicomotora
Bajo perfil de efectos cardiovasculares	Deterioro cognitivo (disminución de la concentración y memoria de corto plazo)
Amplia disponibilidad	Riesgo de dependencia y síntomas de privación al retirarlas
Eficiente en el uso a corto plazo	Agitación paradójica y especialmente en ancianos y niños

Fuente: Tomado de Cañete, 2018, p. 21

Buspirona: como grupo, los fármacos agonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT-1 no son eficaces en el tratamiento de la ansiedad, con la excepción de bupirona. Los primeros hallazgos de los ensayos clínicos con este fármaco, mostraron que era tan eficaz como las BZD en el tratamiento de los TA, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y perfil de toxicidad diferente. No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de bupirona, y otros demuestran que el comienzo de acción de este fármaco es más lento y gradual que el de las BZD. No se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad. (Navas et al., 2012, p. 504)

Cuadro 6 . Ventajas y desventajas de la bupirona en el TAG

Ventajas	Desventajas
Menos efectos sedantes que las BDZ	Lento inicio de acción (2 a 4 semanas)
No se asocia con dependencia física	Sedación, mareos, náuseas, vértigo, nerviosismo, cefalea y parestesias.
No se asocia con síntomas de abstinencia y síndrome de retirada	Mayor número de dosis diarias y necesidad de titulación hasta alcanzar la dosis efectiva

Fuente: Adaptado de Cañete, 2018, p.22.

Hidroxicina: Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se disponen muy pocos datos. Causa poca dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad. (Navas et al., 2012, p. 504)

En el tratamiento a largo plazo:

La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en TA. Se recalca que a todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deben ser informados, al inicio del tratamiento, de sus efectos secundarios potenciales, incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento, y del riesgo de síntomas de discontinuidad o retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente. (Navas et al., 2012, p. 504)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): A este grupo pertenecen fármacos antidepresivos como fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina y venlafaxina, estos fármacos han demostrado buena respuesta a cuadros de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, fobia social, TOC, trastorno por estrés postraumático, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastornos del control de los impulsos. Los ISRS son tan eficaces como las benzodiacepinas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, la eficacia terapéutica a medio y largo plazo es superior a la de las benzodiacepinas. (Benedí et al., 2007, p.53)

- La paroxetina (20-50 mg/día) ha sido superior al placebo a corto plazo en cinco estudios, algunos de ellos con gran número de pacientes, y al 2'-clordemetildiacepam en un estudio. Los efectos aparecen en la ansiedad psíquica y somática y en la interferencia en la vida social y familiar. Los efectos secundarios de los ISRS incluyen malestar gastrointestinal, perturbaciones del sueño y problemas sexuales.
- El escitalopram (10-20 mg/día) también ha sido superior al placebo.
- La sertralina en dosis flexibles (50-150 mg/día) ha sido superior al placebo en ansiedad psíquica y somática (All-gulander y cols., 2004).
- La sertralina y la paroxetina parecen igual de eficaces. los resultados de un estudio indican que los ISRS (paroxetina o citalopram) no sólo reducen la ansiedad, sino también interpretación de la información ambigua como amenazante. (Bados, 2005, p.51)

Estos fármacos carecen de potencial adictivo, la mayor parte de ellos no producen sedación, algunos son compatibles con dosis moderadas de alcohol, la mayoría de ellos permite una única toma diaria y presentan un perfil de efectos secundarios muy favorable. Debido a su vía de acción indirecta de modulación del receptor 5-HT_{1A}, normalmente tardan entre 3-4 semanas en dar un beneficio clínico real, aunque algunos síntomas mejoran primeras semanas. Requieren una toma continuada durante períodos prolongados y, en muchos casos, durante toda la vida. Muchos de ellos inhiben enzimas hepáticas. No deben asociarse a antihistamínicos u otros antidepresivos.

Se ha observado mejoría clara de los síntomas de ansiedad tras 8 semanas de tratamiento. Entre los efectos adversos de los ISRS destacan los problemas digestivos y los trastornos de la función sexual, entre otros. (Navas et al., 2012, p. 504)

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN): La venlafaxina ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas de ansiedad. Entre las reacciones adversas más frecuentes están los trastornos digestivos, mareos, trastornos visuales, insomnio, nerviosismo, temblor, trastornos de la función sexual, astenia, dolor, entre otros (Navas et al., 2012, p. 504)

Entre los efectos secundarios de este fármaco destacan: astenia, hipertensión arterial, sofocos, anorexia, estreñimiento, náuseas, hipercolesterolemia, disminución de la

libido, mareos, sequedad de boca, hipertonía muscular, insomnio, nerviosismo, parestesias, sedación, hiperhidrosis, trastornos de la acomodación del cristalino, midriasis y alteraciones de la eyaculación. Aunque con menor frecuencia, también se puede producir un síndrome serotoninérgico si se asocia con otros fármacos que actúan sobre este neurotransmisor. (Reyes, Portugal, 2019, p. 4914)

Los ISRS e IRSN son generalmente considerados tratamientos farmacológicos de primera línea para el TAG, con tasas de respuesta del 30% al 50%. Entre ellos, se encuentran: paroxetina, escitalopram y venlafaxina, los cuales poseen aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para esta indicación, aunque se utilizan también otros con mecanismo de acción serotoninérgico como citalopram, fluoxetina, sertralina y fluvoxamina. Tanto los ISRS como los IRSN no han demostrado ser superiores a cualquier otro para el tratamiento del paciente o, en la familiaridad del médico con un agente en particular.

Cuando los ISRS y los IRSN se utilizan para el TAG, se administran en las mismas dosis que las utilizadas para el tratamiento de la depresión mayor, con la misma expectativa de tiempo hasta la aparición de la respuesta (4-6 semanas), las mismas precauciones y efectos adversos esperados. (Cañete, 2018, p. 15)

Cuadro 7 Ventajas y desventajas de ISRS e IRSN en el TAG

Ventajas	Desventajas
Dosis única diaria	Lento inicio de acción (4 a 6 semanas)
Efecto antidepressivo	Disfunción sexual
Sin aparición de dependencia	Síndrome de activación (agitación, inquietud)
Uso bien documentado (paroxetina, escitalopram y venlafaxina)	Insomnio

Fuente: Tomado de Cañete, 2018, p.14

Antidepresivos tricíclicos (ATC): Entre los ATC, el más estudiado en el manejo del TAG ha sido la imipramina, que en estudios controlados ha mostrado ser igualmente efectiva que el alprazolam y diazepam, aunque sus efectos son notables al mes de iniciado el tratamiento. Los ATC, explican sus efectos antidepresivos y ansiolíticos al inhibir la recaptura de serotonina y noradrenalina por bloqueo de sus transportadores pre-sinápticos.

También se ha observado que su eficacia es similar a los ISRS, pero tienen un perfil de seguridad menos favorable, debido a su acción bloqueadora sobre receptores colinérgicos, adrenérgicos α_1 e histamínicos H1, lo que genera efectos anticolinérgicos como boca seca, visión borrosa, constipación, hipotensión ortostática, trastornos del ritmo, disfunción eréctil, retardo eyaculador y aumento de peso, por lo cual limitan su uso (Cañete, 2018, p. 13)

Son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y antagonistas de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Hay suficiente evidencia de que algunos ATC, como imipramina, son tan eficaces como las BZD en el tratamiento de ansiedad, y superiores a éstos en eficacia a largo plazo. Cuidado con ancianos, patología cardiovascular, glaucoma, hipertrofia de próstata, bajo umbral convulsivo, afectación hepática o renal o feocromocitoma. (Navas et al., 2012, p. 504)

Cuadro 8. Ventajas y desventajas de los antidepresivos tricíclicos en el TAG

Ventajas	Desventajas
Dosis única diaria	Lento inicio de acción (al mes de tratamiento)
Efecto antidepresivo	Eventual letalidad en sobredosis
Acción preferente sobre síntomas psíquicos de la ansiedad	Aumento de peso
Uso bien documentado	Reacciones adversas importantes (anticolinérgicas, cardiovasculares, sexuales)
Eficacia comparable al alprazolam, diazepam e ISRS	Síndrome de activación (agitación, inquietud)

Fuente: Tomado de Cañete, 2018, p.14

Pregabalina: La pregabalina es un antiepiléptico con una estructura molecular similar al neurotransmisor ácido gama aminobutírico (GABA), pero no interactúa con los receptores del GABA, ya que no es agonista del receptor GABA ni se convierte en GABA. Su mecanismo de acción y su efecto ansiolítico está asociado con su afinidad por la subunidad alfa-2-delta de los canales calcio dependientes de voltaje en las neuronas presinápticas sobreexcitadas; de esta manera, reduce la liberación de los neurotransmisores excitatorios como el glutamato.

La pregabalina no está aprobada por la FDA para el tratamiento del TAG, mientras que, en Europa, sí está aprobada por la EMA tanto para el tratamiento a corto como a largo plazo.

Ha sido utilizada como ansiolítico en pacientes con TAG, tanto como único fármaco y como fármaco complementario de otros tratamientos o para facilitar el retiro de las benzodiazepinas. En los resultados de los estudios clínicos controlados, se observó una reducción significativa de los niveles de ansiedad, en comparación con placebo, demostrando que es eficaz tanto en el tratamiento agudo como en la prevención de las recaídas

En pacientes con TAG que no responden a los tratamientos con antidepresivos, los estudios demostraron que la pregabalina es útil como fármaco coadyuvante en comparación con los antidepresivos solos.

Con respecto a la tolerabilidad y efectos adversos, Cañete (2018), explica que: el tratamiento a corto y largo plazo con pregabalina en dosis entre 150 mg/día y 600 mg/día fue en general bien tolerado. Los efectos adversos que se registraron fueron de intensidad leve o moderada y de duración transitoria (2 a 3 semanas). Los eventos adversos más comunes tuvieron relación con el sistema nervioso central (SNC), en particular mareos y somnolencia. En un estudio abierto de un año de seguimiento, con dosis de pregabalina entre 150 mg/día y 600 mg/día, los efectos adversos más comunes fueron mareos 10.3%, somnolencia 7.0%, aumento de peso 4.2%, insomnio 4.2%, náuseas 3.6% y cefalea 2.7%. (pp. 16-17)

Cuadro 9. Ventajas y desventajas de la pregabalina en el TAG.

Ventajas	Desventajas
Efecto ansiolítico comparable a BZD y venlafaxina, pero más rápido que los antidepresivos (1ra semana de tratamiento)	Mareos, náuseas
Efecto antidepresivo	Somnolencia
Sin interacciones farmacocinéticas de relevancia clínica	Aumento de peso
Bajo potencial adictivo	

Fuente: Tomado de Cañete, 2018, p. 18

En el siguiente cuadro se pueden detallar las recomendaciones que da Cañete (2018) sobre las primeras líneas de tratamientos efectivos y los mecanismos de acción de cada clase de medicamento:

Cuadro 10 Resumen de propiedades farmacológicas, ventajas y desventajas de los fármacos y su grado de recomendación en el manejo del TAG, según la Federación Mundial de Psiquiatría Biológica.

Recomendación	Clase	Medicamento	Mecanismo de acción	Ventajas	Desventajas
1era línea	Antidepresivo IRSRS	Escitalopram Paroxetina Sertralina	Inhibe selectivamente la receptación de serotonina	Dosis única diaria. Efecto antidepresivo. Sin aparición de dependencia. Uso bien documentado.	Lento inicio (4 a 6 semanas). Disfunción sexual. Síndrome de activación (agitación, inquietud). Insomnio.
1era línea	Antidepresivo IRSN	Duloxetina Venlafaxina	Inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina	Dosis única diaria. Efecto antidepresivo. Sin aparición de dependencia. Uso bien documentado.	Lento inicio (4 a 6 semanas). Disfunción sexual. Síndrome de activación (agitación, inquietud). Insomnio.
1era línea	Anticonvulsivante	Pregabalina	Bloquean la subunidad $\alpha_2\delta$ de los canales de calcio	Efecto ansiolítico comparable a BZD y venlafaxina, pero más rápido (1er semana de tratamiento) Efecto antidepresivo. Sin interacciones farmacocinéticas.	Potentes efectos sedativos como ataxia, somnolencia, mareos y náuseas. Aumento del apetito y del peso corporal.

				Bajo potencial adictivo.	
2da línea	Ansiolítico no BZ	Buspirona	Antagonismo parcial del receptor 5-HT 1A	Menos efectos sedantes que las BZD. No se asocia con dependencia física. No se asocia con síntomas de abstinencia y síndrome de retirada.	Lento inicio de acción (2 a 4 semanas) Sedación, mareos, náuseas, vértigo, nerviosismo, cefalea y parestesias. Mayor número de dosis diarias y necesidad de titulación.
2da línea	Benzodiazepinas	Diazepam Lorazepam Clonazepam	Se une a receptores benzodiazepínicos en el complejo receptor GABA, asociado a canal de cloro aumentando los efectos inhibitorios del GABA	Rápido inicio de acción (pocos días). Baja interacción con medicamentos. Bajo perfil de efectos cardiovasculares. Amplia disponibilidad. Eficiente en el uso a corto plazo.	Sedación, confusión, enlentecimiento, vértigo, riesgo de caída en ancianos. Disminución de la coordinación motora. Deterioro cognitivo (disminución de la concentración y memoria a corto plazo). Riesgo de dependencia y síntomas de privación al retirarlas. Agitación paradójica, en especial en niños y

					adultos mayores
--	--	--	--	--	--------------------

Fuente: Adaptado de “Trastornos de Ansiedad-Manual de Estudio” (p.24), por M. Cañete citando a Bandelow et al. 2012, 2018, *Pharma Investi de Chile S.A.*

CAPÍTULO III

Marco metodológico

Tipo de enfoque y diseño

El presente estudio está relacionado como una metodología cualitativa, transversal y no experimental. La revisión es de tipo cualitativa, ya que se caracteriza por la observación y evaluación de fenómenos investigativos y estudios que permiten establecer ideas con fundamento por medio del análisis e investigación de datos, para obtener de esta manera una mayor comprensión del tema en estudio. (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p.4).

Transversal por ser un análisis exhaustivo de revisiones bibliográficas y artículos de medicina relacionado con este tema, en los últimos cuatro años en un periodo comprendido ente 2015 al 2019.

La creación del diseño en el proceso investigativo representa el punto de unión entre el planteamiento del problema, el desarrollo de la perspectiva teórica y las hipótesis planteadas, ya que a partir de su creación el propósito será el responder a la pregunta de investigación, al planteamiento del problema y a los objetivos establecidos al inicio del trabajo. (Hernández-Sampieri et al., 2014, p.126).

En síntesis, el diseño corresponde a un “plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento”.

Fuentes de información:

Las fuentes de información utilizadas, se eligieron para dar un sustento a la presente investigación, se basa en una muestra de población de mujeres y hombres de los 18 a los 65 años de edad, en América con el trastorno de ansiedad generalizado, que presentan como principal síntoma la preocupación excesiva que sobrepasan los seis meses.

El enfoque elegido es el cualitativo de tipo narrativo. La delimitación de la población estuvo basada en lo antecedentes conseguidos principalmente en Estados Unidos, México,

Paraguay, Ecuador, Chile, Perú con respecto a Costa Rica no se encontraron artículos dentro de los años 2015 y 2019.

Se intentó realizar un estudio de aproximación con artículos de los últimos 4 años, sin embargo, hay pocas publicaciones sobre este tema, por lo que se tuvieron que seleccionar también artículos con un poco más de antigüedad.

Las principales fuentes de información que se utilizan en esta investigación son las siguientes: Pubmed, Scielo, Binasss, Research Gate, Elsevier, las cuales se basan en artículos o estudios recientes de la medicina basada en evidencia mostrados en la siguiente tabla:

Cuadro 11. Fuentes de información

Documento de consulta	Título del Artículo	Autor (s)	Año de publicación	Datos para realizar referencia	Relación con el tema de investigación
Artículo publicado por Elsevier BINASSS Estados Unidos	Cognitive-Behavioral therapy for anxiety disorders:an update on the empirical evidence.	Kackurkin, A., Foa, E.	2015	Manejo del paciente con la TCC	Proporcionar una descripción general de los métodos de TCC más comunes, como el uso y efectividad de la terapia conductual en el TA, en el cual se discuten las dificultades que sugieren al comparar tratamientos de TCC activa, los autores sugieren direcciones para futuras investigaciones. Y concluyen que la TCC parece ser eficaz en el

					tratamiento de la ansiedad.
Artículo tomado de SCIELO.ORG Argentina	Perspectiva de los pacientes sobre el tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia	Garay, C., Donatti, S., Ortega, I., Rosales, M., Koutsovitis, F., Colombo, M., Etchevers, M.	2016	Terapia combinada de psicoterapia y farmacoterapia	Realiza una investigación sobre tratamientos combinados, se centra en los criterios dados por los profesionales a la hora de implementar este tipo de abordaje, mediante un estudio exploratorio cualitativo en 49 sujetos con TAG que han recibido terapia combinada en los últimos dos años o la reciben en la actualidad con el fin de evaluar: orientación teórica de profesionales; comunicación entre profesionales; efectos adversos de los tratamientos y las experiencias de los pacientes respecto al TC. Donde se concluyó que los pacientes conocen el tipo de

					tratamiento que realizan los psicólogos, pero en un porcentaje mucho menos lo que conocen el tratamiento dado por el psiquiatra.
Artículo tomado de RESEARCH GATE.NET Argentina	El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires	Etchebarne, I., Juan, S., Roussos, A.	2016	Manejo de la TCC en el TAG	Caracteriza el abordaje clínico de la preocupación en el TAG a partir de cómo distintos terapeutas incluyeron al TCC en sus intervenciones. Así mismo, se realiza un análisis secundario sobre entrevistas a 10 terapeutas, las cuales fueron audiograbadas y transcritas, donde se categorizaron las respuestas utilizando un método investigativo cualitativo consensual. Dando como resultado un bajo grado de acuerdo entre los terapeutas locales respecto a cómo abordar la

					<p>preocupación en pacientes con estas características.</p> <p>Se discuten potenciales criterios basados en la evidencia que faciliten la toma de decisión clínica al proveer tratamiento a pacientes con TAG.</p>
<p>Adquirido por el BINASSS</p> <p>ELSEVIER</p> <p>Estados Unidos</p>	<p>Can Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression be Improved with Pharmacotherapy? A meta-analysis</p>	<p>Tolin, D.</p>	<p>2017</p>	<p>Comparación del manejo farmacológico y TCC</p>	<p>En este artículo se examina la eficacia del TCC en terapia combinada mediante un estudio de pacientes aleatorios, donde se consideraron tres métodos: TCC con un medicamento como IRSR (dados al mismo tiempo), tratamiento farmacológico después de una falta de respuesta a la TCC y agentes novedosos para aumentar la efectividad de la TCC.</p> <p>Donde concluyeron que la terapia combinada confiere una pequeña</p>

					<p>ventaja sobre la TCC como monoterapia, pero que esa ventaja se pierde al suspender la medicación. También concluyeron que los factores del paciente predicen de qué manera responderán al tratamiento.</p>
<p>Artículo publicado por Pubmed Estados Unidos</p>	<p>Treatment of anxiety disorders.</p>	<p>Bandelow, B., Michaelis, S., Wedekind, D.</p>	<p>2017</p>	<p>Terapia Farmacológica y TCC</p>	<p>Muestra que los TA a menudo no se reconocen ni se tratan en la atención primaria, este artículo da recomendaciones de tratamiento basado en pautas, metaanálisis y revisiones sistemáticas de estudios controlados aleatorios, también recomiendan tratar los TA con psicología con TCC, farmacoterapia con IRSR y los IRSN de primera línea, no recomiendan las BZD para uso rutinario; combinación de ambas terapias. Concluye que</p>

					al desarrollar un plan de tratamiento debe de considerarse la eficacia, efectos adversos, interacciones, costos y preferencia del paciente.
Artículo tomado de Scielo Paraguay	¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad	Torales, J.	2017	Uso de la TCC en el manejo del TAG	En este artículo se expone que el TA por enfermedad es la preocupación, no por los síntomas, sino por la creencia que tiene un paciente de padecer una enfermedad. Esta creencia, basada en una interpretación errónea de signos y sensaciones corporales, genera en el paciente un intenso malestar clínicamente significativo, con disfunción notable de sus actividades de la vida diaria y con un uso exagerado de recursos de salud. Menciona que los pacientes afectados se sienten frustrados e insatisfechos con la

					<p>atención médica recibida y la consideran inútil, sintiendo que los médicos no les prestan debida atención.</p> <p>Por lo que realiza una revisión del concepto, etiopatogenia, clínica y el diagnóstico del trastorno de ansiedad por enfermedad, así como de los principios que rigen su tratamiento.</p>
<p>Artículo tomado de Redalyc BINASSS Argentina</p>	<p>Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada</p>	<p>Newman, M., Nicholas, A.</p>	<p>2017</p>	<p>Eficacia de la TCC</p>	<p>Proporciona una descripción del TAG y sus criterios diagnósticos, datos epidemiológicos, hace una revisión de teorías etiológicas, discuten aspectos psicofisiológicos, cognitivos, el procesamiento de información, la personalidad y los rasgos del procesamiento emotivo</p>

					<p>encontrados en personas con TAG. Donde se concluye acerca de los estudios de resultados de tratamientos y sobre la identificación de predictores de los resultados de tratamiento que se han realizado en individuos con TAG.</p>
<p>Tomado de Repositorio digital de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo UEES Ecuador</p>	<p>La terapia cognitivo conductual en adultos que padecen trastorno de ansiedad generalizada</p>	<p>Echeverría, S.</p>	<p>2017</p>	<p>Manejo cognitivo conductual en el TAG</p>	<p>Dar a conocer los beneficios que se pueden obtener al utilizar la TCC en pacientes con TAG. Se menciona que las TC buscan que el paciente cuestione sus propios pensamientos para luego establecer un modo para modificarlos; a diferencia de la terapia conductual la cual busca modificar la conducta del individuo a través de técnicas de reforzamiento. Se</p>

					concluye que la TCC es la recomendada, ya que esta crea un tratamiento completo y a diferencia de otras terapias, la TCC, tiene valor a largo plazo.
Tomado de Repositorio Académico Digital Universidad Autónoma de Nuevo León México	Eficacia del modelo de terapia breve estratégica en el tratamiento de trastornos de ansiedad	Salinas, C.	2018	Tratamiento farmacológico en el TA	Los TA son trastornos mentales más prevalentes y se encuentran asociados a una significativa morbilidad y discapacidad. Describe que tales trastornos y respuestas emocionales podrían ser tratables mediante el uso de terapias a corto plazo, pero que en la actualidad existen pocos estudios publicados que validen de forma objetiva la efectividad de la Terapia Breve Estratégica en los trastornos de ansiedad por lo que tiene como objetivo determinar la

					efectividad psicoterapéutica en los trastornos de ansiedad.
Artículo tomado de Intrapharma Chile	Trastornos de ansiedad	Cañete, M.	2018	Terapia Farmacológica del TAG	El TAG es un trastorno muy prevalente y que produce enormes costos, tanto personales como para la sociedad, resultando ser una consulta médica frecuente de atención primaria o de especialidades no psiquiátricas (7-8% de los pacientes) y muchas veces solo son diagnosticados y tratados cuando sufren complicaciones como depresión o alcoholismo, ya que no se identifica el trastorno ansioso subyacente por lo que este manual realiza una descripción del TAG incluyendo los fármacos utilizados dicho trastorno.

<p>Artículo extraído de UTMACH Repositorio Digital Universidad Técnica de Machala. Ecuador</p>	<p>Análisis teórico de un caso de ansiedad generalizada desde el enfoque cognitivo conductual</p>	<p>Jiménez, J.</p>	<p>2018</p>	<p>Enfoque de la TCC en el TAG</p>	<p>Realiza un análisis del TAG en un caso práctico y propone una intervención en base a la teoría cognitivo conductual. La metodología empleada fue de tipo bibliográfico descriptivo, mediante la investigación de artículos científicos indexados de alto impacto. Mediante los resultados se concluye como relevante realizar la aplicación de la terapia de relajación basada en la teoría cognitivo conductual para el presente caso, con el fin de disminuir la ansiedad generalizada en la paciente.</p>
<p>Artículo publicado en American Journal of</p>	<p>Cognitive Behavioral Therapy, and Mindfulness, and</p>	<p>Daitch, C.</p>	<p>2018</p>	<p>Aplicación de la TCC en el tratamiento de TAG</p>	<p>Se demuestra la eficacia de un modelo integrador a través del estudio de caso de un</p>

<p>Clinical Hypnosis BINASSS</p> <p>Estados Unidos</p>	<p>Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder</p>				<p>paciente que sufre de TAG y miedo agudo a la toma de decisiones. Donde se pone en práctica un modelo integrador de la atención plena, la hipnosis y la TCC donde a través de estas técnicas se busca un cambio de pensamientos mencionando esta última como un estándar de oro.</p>
<p>Artículo tomado de ResearchGate del libro: Nuevos desarrollos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, edición traducida.</p> <p>Argentina</p>	<p>Trastorno de Ansiedad Generalizada: tratamiento.</p>	<p>Portela, A.</p>	<p>2019</p>	<p>Manejo Farmacológico utilizado en el TAG.</p>	<p>Realiza una amplia descripción de los diferentes fármacos utilizados en el TAG como lo son los ISRS siendo la primera opción de tratamiento en los pacientes que padecen el trastorno seguido de los ISRN y que estos pueden darse de manera concomitante con las BDZ siendo este último como tratamiento a</p>

					corto plazo por la dependencia que puede generar.
Artículo tomado de Repositorio Digital Universidad San Martín de Porres Perú	Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual	Espinoza, G.	2019	TCC en el TAG	Realiza una explicación de lo que es la ansiedad junto con las teorías explicativas, da una definición del TAG con la etiología, epidemiología y comorbilidad de la misma, explica como la TCC enseña al paciente técnicas que pueda aplicar en su vida.
Artículo Tomado de Revista Eneurobiología México	Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual	Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., Morgado, C.	2019	Tratamiento de la TCC	FueEn la actualidad son 11 los TA clasificados en el DSM-V, todos con algunas características clínicas similares como angustia y miedo. La prevalencia general de estos trastornos oscila entre el 4-24% en diferentes países. Se han descrito una serie de tratamientos no farmacológicos y

					<p>farmacológicos para el control de estos trastornos, sin embargo, aún se requiere de más investigación para encontrar nuevos tratamientos que no generen efectos secundarios. El objetivo de esta revisión es describir los criterios diagnósticos para los TA, la prevalencia y tratamientos.</p>
--	--	--	--	--	--

Fuente: Realización propia.

Criterios de inclusión y de exclusión.

Como se mencionó, para la elaboración de esta tesis se tomaron en cuenta múltiples artículos relacionados con el tema de investigación, los cuales se basaron en los siguientes criterios de exclusión e inclusión:

Criterios de inclusión:

- Población masculina y femenina mayor de 18 años y menores de 65 años.
- Artículos de los últimos 4 años que incluyen del 2015 al 2019.
- Se incluyeron 15 artículos relacionado con el tema de investigación
- Idioma de los artículos en inglés y español.
- Artículos que se encuentran indexados en revistas.

- Estudios y artículos de América.
- Artículos que brinden información sobre el manejo médico y cognitivo conductual de la Ansiedad.

Criterios de exclusión:

- Artículos en otros idiomas que no sean el español o el inglés
- Artículos que no tengan validez tanto interna como externa
- Artículos en personas menores de 18 años y mayores de 65 años
- Artículos que no correspondan a los años de estudio

Unidad de análisis

Matriz de codificación: Investigaciones con enfoque cualitativo

Objetivo	Categoría de análisis	Subcategoría	Definición conceptual	Instrumento	Ítem
Determinar el manejo farmacológico actual en el trastorno de ansiedad generalizada.	Revisión bibliográfica	Manejo farmacológico en el TAG	Dentro de los tratamientos investigados para los ISRS son las más recomendadas dentro de la literatura, como de primera línea, siendo la segunda opción un tratamiento escalonado de otros fármacos.	Páginas web, artículos digitales	1
Describir el manejo	Revisión bibliográfica	Manejo cognitivo	Se trata de reconocer a través del manejo	Páginas web,	2

cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada.		conductual en el TAG	cognitivo conductual pensamientos negativos y remplazarlos con pensamientos positivos, que lleven al paciente a comportamientos favorables.	artículos digitales	
Comparar el manejo médico y manejo cognitivo conductual.	Revisión bibliográfica	Comparación del tratamiento médico con el cognitivo conductual	Dentro de las dos terapias establecidas se trata de debatir cual es la más beneficiosa y menos perjudicial para el paciente según sus necesidades dentro de la enfermedad establecida	Páginas web, artículos digitales	

Fuente: Realización propia.

Instrumentos

A continuación, se brindará una breve descripción respecto a las fuentes bibliográficas utilizadas para esta investigación, con el fin de establecer su credibilidad y la veracidad de la información plasmada en la misma.

- Redalyc: Sistema de indización que integra a su índice las revistas de alta calidad científica y editorial de la región, después de 16 años de dar visibilidad y apoyar en la consolidación de las revistas, ahora integra de manera exclusiva a las que comparten el modelo de publicación sin fines de lucro para conservar la naturaleza académica y abierta de la comunicación científica, de cualquier región. <https://www.redalyc.org/>

- Binasss: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), unidad de Información científica de la Caja Costarricense de Seguro Social que ofrece publicaciones periódicas científicas. <https://www.binasss.sa.cr/que-es-binasss.php>
- Scielo: (Scientific Electronic Library Online) es una hemeroteca virtual conformada por una red de colecciones de revistas científicas en texto completo y de acceso abierto y gratuito. <https://scielo.org/es/>
- Pubmed: Permite acceso a bases de datos bibliográficos. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Dialnet: Es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana. Centrado fundamentalmente en los ámbitos de las Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales; se constituye como una herramienta fundamental para la búsqueda de información de calidad. <https://dialnet.unirioja.es/>
- Elsevier: Editorial de libros de medicina y literatura científica. <https://www.elsevier.com/>
- American Journal of Clinical Hypnosis: Publica artículos científicos originales e informes de casos clínicos sobre hipnosis, con un énfasis principal en las aplicaciones profesionales de la hipnosis. <https://www.tandfonline.com/toc/ujhy20/current>
- ResearchGate: Es una plataforma de investigación y colaboración en línea, una red social académica dirigida a estudiantes, profesores, científicos e investigadores de todas las materias. <https://www.researchgate.net/>
- Utmach: Tiene el objetivo de preservar y dar visibilidad al contenido académico y científico que produce la institución tales como: tesis, trabajos finales de graduación, libros, artículos, resultados de investigación, trabajos docentes, etc. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/>
- Repositorio académico digital UANL: Sistema que almacena, conserva y difunde la información digital de la producción científica y académica de la Universidad a través de la iniciativa de acceso abierto. <http://eprints.uanl.mx/>
- Revista Eneurobiología: es una revista de investigación científica que publica artículos en la modalidad de artículo de investigación, comunicaciones breves y revisiones, en

los idiomas español e inglés en las áreas del conocimiento de la neurobiología, neurociencias, sistema nervioso. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/>

- Repositorio digital de la universidad de especialidades Espíritu Santo UEES: es un software de código abierto que provee herramientas para la administración de colecciones digitales, y comúnmente es usada como solución de repositorio bibliográfico institucional <https://www.uees.edu.ec/biblioteca/#:~:text=Repositorio%20digital%20de%20la%20Universidad,soluci%C3%B3n%20de%20repositorio%20bibliogr%C3%A1fico%20institucional>.
- Repositorio Institucional de la Universidad San Martín de Porres: Su objetivo es facilitar y mejorar la visibilidad de la producción científica y académica de la Universidad permitiendo el acceso abierto a sus contenidos y garantizando la preservación y conservación de dicha producción, además de aumentar el impacto del legado Institucional. <https://repositorio.usmp.edu.pe/>

Tipo de muestreo

Muestreo cualitativo

De tipo orientado a la investigación cualitativa siendo el que mejor se adapta a esta revisión bibliográfica, con diversas muestras ya que esta investigación se basa en recolectar y describir la información obtenida en artículos generando a partir de ella perspectivas teóricas de lo investigado y generando, más no probando, hipótesis a medida que se desarrolla el proceso investigativo, permitiendo profundizar en el tema, donde las teorías conceptuales fueron de peso para el trabajo, donde se confirma el tema de investigación y objetivos específicos, siendo el tipo de muestreo muy conveniente ya que amplía el trabajo de investigación.

Recolección de datos

La recolección de datos para la presente investigación se basa en la recolección y análisis de artículos científicos obtenidos de diversas bases de datos tanto en inglés como español, dentro de estas se encuentran:

- Redalyc
- Binass

- Scielo
- Pubmed
- Dialnet
- Elsevier
- American Journal of Clinical Hypnosis
- ResearchGate
- Utmatch
- Repositorio académico digital UANL
- Revista eneurobiología
- Repositorio digital de la Universidad de especialidades Espiritu Santo UEES
- Repositorio Institucional de la Universidad San Martín de Porres

Procedimiento de análisis de datos

Para la realización de la presente investigación se recolectó información a través del análisis de diversas revistas científicas y artículos desde el 2015 al 2020, los cuales serán analizados para demostrar qué tipo de tratamiento resulta ser más efectivo y menos invasivo en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado

CAPÍTULO IV

Análisis y Resultados

La ansiedad se establece en una reacción adaptativa del ser humano, generada a partir de situaciones que se valoran como amenazantes y por tanto aparece como un mecanismo de defensa para resguardar la seguridad personal. Ante un riesgo o amenaza inminente, el individuo actúa a la defensiva y con el paso del tiempo, lo traduce en un mecanismo de defensa que genera una respuesta aprendida la cual permitirá enfrentar y mantenerse fuera de peligro. Sin embargo, la ansiedad deja de ser un mecanismo de supervivencia cuando el sistema de alerta se activa ante situaciones que no ponen en riesgo ni amenazan la vida o bien, cuando la reacción permanece por un tiempo prolongado y agota el organismo, sin generar una respuesta satisfactoria.

Se sabe que desde tiempos memorables existen los trastornos mentales, y estos pueden presentarse en múltiples individuos que son afectados por ciertos tipos de trastornos o condiciones, los cuales se llegan a desarrollar de distintas maneras dependiendo de la edad de la población, las condiciones donde se desarrollan y su nivel de exposición a situaciones que puedan causarles alteraciones, tal es el caso del trastorno de ansiedad el cual ha ido en alza presentando diversos síntomas y tratado con diferentes métodos de tratamiento, como se ha observado en este trabajo de investigación, debido a eso se pondrán en debate algunos aspectos del TAG para descubrir mediante los artículos científicos si los tratamientos que se prescriben son eficientes o por el contrario, no generan el efecto deseado.

Asimismo, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación y al mismo tiempo poder propiciar una revisión reciente del tema a los clínicos que muestran interés en esta área, se analizarán artículos que hablan de los tratamientos farmacológicos y del manejo cognitivo conductual que se aplican al TAG.

Con base al primer objetivo de esta investigación el cual consiste en determinar el manejo farmacológico actual en el trastorno de ansiedad generalizada, se destaca dentro de los artículos que se analizaron unos estudios realizados en América, los cuales exponen el uso de terapias farmacológicas para el TAG, el primer artículo Salinas (2018) en su trabajo titulado “Eficacia del modelo de terapia breve estratégica en el tratamiento de trastornos de ansiedad” menciona que el principal objetivo del tratamiento farmacológico es bloquear la aparición de las crisis de pánico,

neutralizar la ansiedad anticipatoria y reducir la evitación fóbica, y que eso se ha logrado a través de los años con los antidepresivos tricíclicos (ADT) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) introducidos en la décadas de los años 60 y 70, benzodiazepinas introducidas en la década de los 80 y los ISRS desde la década de los 90 (p.32)

La autora resalta que a la hora de hacer la elección de un fármaco es importante considerar varios aspectos antes de medicar, esto va a depender de varios factores incluyendo los efectos adversos, los riesgos, la presencia o no de una depresión concomitante y la necesidad de un inicio rápido de acción (Salinas, 2018 mencionando a Toro et al., 2010).

Dicha autora menciona que los ISRS se consideran de primera elección y que también está indicado en los pacientes que padecen de manera simultánea de cuadros depresivos en pacientes quienes los tricíclicos están contraindicados, como en infarto reciente del miocardio, los problemas de conducción cardíaca, la epilepsia, la hipertrofia prostática y el glaucoma de ángulo estrecho. (Salinas, 2018, pp.32-33 mencionando a Uhlenhuth, Balter, Ban, & Yang, 1998)

Asimismo, como parte de la información que destaca el tratamiento farmacológico se dice que los IMAO irreversibles son medicamentos poco usados en la actualidad, por sus interacciones dietéticas y farmacológicas. En varios países no se cuenta con la disponibilidad de este fármaco, por lo que este se reserva a pacientes con resistencia a otros fármacos (Salinas, 2018, p.33)

Por su parte, Portela (2019), al igual que la autora anterior da prioridad al tratamiento del TAG farmacológico, esto debido a que describe que de los fármacos utilizados para el TAG, los ISRS son la primera opción de tratamiento en los pacientes que padecen el trastorno y a los cuales se les debe suministrar la paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, flouxetina o fluvoxamina, al igual que la venlafaxina y duloxetina (ISRN) que también han mostrado una eficacia similar a los ISRS. También se explica que la bupirona en el tratamiento de los síntomas del TAG no responden como la medicación habitual, en el caso de la pregabalina no se conoce con exactitud el mecanismo de acción sobre los síntomas del TAG, pero si se ha mostrado eficacia del mismo, y por último menciona a las benzodiazepinas como una opción de tratamiento a corto plazo, ya que, si se indica por un tiempo prolongado, puede llegar a producir dependencia. Su uso más frecuente es administrarla concomitantemente con ISRS. (p.346)

Siguiendo con los diferentes medicamentos que pueden ser suministrados a los pacientes con TAG, encontramos que Cañete (2018) explica que con la bupirona, no ha adquirido mucha aceptación entre los clínicos, ya que aparte de tener un inicio lento de sus efectos, algunos la

consideran menos efectiva, lo cual podría deberse a que no se alcanzan las dosis mínimas efectivas, a diferencia de los antidepresivos, que eficazmente pueden combinarse con BZD para lograr resultados más rápido, así también se afirma que la combinación de buspirona con BZD habitualmente resulta en el abandono de la buspirona, pues luego de retirar la BZD los pacientes no logran suprimir la ansiedad que sí conseguían mientras la BZD formaba parte del tratamiento. (p.22)

En estudios clínicos la buspirona ha demostrado ser eficaz en pacientes con TAG, pero en comparación a las BZD la principal desventaja es su lento inicio de acción, la cual puede tomar 2 a 4 semanas. Por el contrario, sus potenciales ventajas versus las BZD es que tiene menos efectos sedantes, menor probabilidad de potenciar la acción de otros sedantes, como el alcohol, no se asocia con problemas de dependencia física y síntomas de abstinencia, por lo que el síndrome de retirada parece no ocurrir. Los efectos adversos más reportados de este fármaco son sedación, mareos, náusea, vértigo, nerviosismo, cefalea y parestesias. (Cañete, 2018, p. 22)

Por otra parte, Salinas refuerza el texto anterior explicando que la buspirona tiene un período de latencia de dos a tres semanas y por su vida media corta hay que administrarla tres veces al día y no es efectiva para tomar a necesidad. Cabe mencionar que la buspirona tiene eficacia limitada si se la compara con BZD, especialmente en aquellos pacientes que ya han recibido BZD previamente. (Salinas, 2018, p.25)

Debido a la explicación anterior, Cañete (2018) recomienda que una estrategia para tratar a los pacientes con TAG es administrar una benzodiacepina con un antidepresivo por las primeras semanas, para después discontinuarla y mantener el antidepresivo, de esta forma optimizar los resultados desde el inicio del tratamiento y aminorar las reacciones de inquietud e insomnio producidas por los antidepresivos. Refiere que para evitar estas reacciones se aconseja comenzar con la mitad de la dosis mínima recomendada del antidepresivo para posteriormente realizar aumentos de manera gradual y de acuerdo a la tolerancia (p.15)

Por otro lado, la mayoría de las guías recomiendan que las BZD solo deberían utilizarse en la fase aguda del TAG y únicamente por corto plazo de 3 a 6 meses, Sin embargo, muchos especialistas creen que, con una estrecha vigilancia, las BZD son una opción razonable para pacientes seleccionados; no consumidores de alcohol o que tienen o han tenido problemas por el consumo de sustancias, o para quienes los agentes de primera elección son ineficaces o tiene efectos colaterales no deseables (Cañete, 2018, p.18)

En la práctica clínica, autores refuerzan la teoría de que las BZD son el tratamiento de primera línea para los síntomas del TA. Sin embargo, en el caso del TAG, no se recomiendan como tratamiento de primera línea debido a la dependencia que pueden generar por su uso a largo plazo. (Macías-Carballo, Pérez-Estudillo, López-Meraz, Beltrán-Parrazal, Morgado-Valle, 2019, p.6)

Dentro de este marco se menciona que las BZD aproximadamente el 70% mejoran al tomar la medicación, pero de estos solo en el 40% hay remisión de los síntomas y en el 30% la mejoría es parcial. La respuesta es rápida en la primera semana y si con dosis adecuadas ésta no se obtuviere estaría indicando reevaluar el diagnóstico. (Salinas, 2018, p.24)

En su investigación Portela (2019), menciona que en algunos casos los síntomas no remitan con el uso de los fármacos anteriormente descritos por lo que es necesario incluir otro tipo de líneas de tratamiento como antidepresivos como la imipramina que es un antidepresivo tricíclico (ATC), mirtazapina y los antipsicóticos atípicos como la quetiapina, fármaco que ha mostrado su eficacia en el TAG en monoterapia y combinado (p.347)

Aunado a lo anterior, Cañete (2018) refuerza los estudios expuestos en párrafos pasados en su manual del trastorno de ansiedad generalizado hablando de los distintos tipos de antidepresivos. El autor hace un examen exhaustivo y menciona que dentro de los ATC la imipramina es la estudiada y que en estudios controlados ha mostrados ser igual de efectiva que el alprazolam y diazepam y que sus efectos llegan a ser visible al partir del mes de uso, menciona que estos fármacos tiene una eficacia similar a los ISRS pero que tiene un perfil de seguridad menos favorables por sus efectos secundarios debido a su acción bloqueadora sobre receptores colinérgicos, adrenérgicos alfa 1 e histamínicos H1, lo que genera efectos anticolinérgicos como boca seca, visión borrosa, constipación, cardiovasculares como hipotensión ortostática, trastornos del ritmo y sexuales como la disfunción eréctil, eyaculación retardada. (p.13)

Así también, los autores mencionados refieren que los ISRS son el tratamiento de primer elección sin embargo Cañete (2018), expone que tanto los ISRS como los ISRN son los tratamientos farmacológicos de primera línea para el TAG con tasas de respuesta de un 30-50%, menciona que estos son aprobados por la FDA para su uso, por otro lado menciona que estos fármacos no han mostrados ser superiores a cualquier otro tratamiento para el TAG por lo que la elección generalmente se basa en el precio y la respuesta previa del paciente o en la familiaridad del médico con un agente en particular (p.14)

Salinas (2018) menciona que en la mayoría de guías y consensos coinciden en que no existe mayor diferencia entre los antidepresivos en cuanto a su efectividad en esta entidad y que los más utilizados son los ISRS debido a su mejor perfil de efectos adversos. Entre estos, los únicos hasta ahora aprobados por la FDA para este trastorno están la paroxetina y el escitalopram, aunque se puede asumir que todos los antidepresivos que tengan una acción similar deben tener cierta utilidad. (pp. 23-24)

Por otra parte, Cañete (2018) refiere que se mostró una ventaja comparativa importante de la pregabalina sobre los antidepresivos es su rápido inicio de acción, ya que disminuyó la ansiedad desde la primera semana de tratamiento. Por lo mismo y con relación a cuánto se debe esperar para observar si el paciente va a responder o no al tratamiento, sugiere que, a las 2 semanas, si el paciente no mejoró con pregabalina, ya es probable que no lo haga en comparación con las 4 a 6 semanas que se debe esperar con los antidepresivos. (p.17)

Así también, se destaca que la pregabalina ha sido utilizada como ansiolítico en pacientes con TAG, tanto como único fármaco y como fármaco complementario de otros tratamientos o para facilitar el retiro de las benzodiazepinas. En los resultados de los estudios clínicos controlados, se observó una reducción significativa de los niveles de ansiedad, en comparación con placebo, demostrando que es eficaz tanto en el tratamiento agudo como en la prevención de las recaídas. (Cañete, 2018, p.17)

Es relevante mencionar que Cañete (2018) afirma que la pregabalina no está aprobada por la FDA para el TAG, pero que en Europa si está aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para tratamiento como a corto y largo plazo. En estudios se comparó que la pregabalina con una benzodiazepina o venlafaxina se observó que la eficacia era similar (pp.16.17)

Es importante resaltar que cuando un paciente no responde al tratamiento, se debe cerciorar de que el diagnóstico sea el correcto, que el cumplimiento del plan de tratamiento sea suficiente, que la dosis prescrita haya cubierto el rango completo y que haya habido un período de prueba de duración adecuada. Autores mencionan que cuando los pacientes informan fracasos o baja respuesta al tratamiento a menudo resulta que un medicamento solo se recetó en la dosis más baja o se suspendió dentro de las primeras 2 semanas debido a los efectos secundarios que ocurrieron en la fase inicial antes de que el paciente pudiera experimentar una mejoría (Bandelow, Michelis, Wedekind, 2017, p.100)

Los autores del texto anterior señalan que se le debe informar a los pacientes sobre los posibles efectos adversos, interacciones, advertencias de seguridad y contraindicaciones ya que, si se informa a los pacientes sobre la posibilidad de que algunos de los efectos secundarios puedan disminuir posteriormente en intensidad, el cumplimiento puede mejorar. Los pacientes con trastornos de ansiedad a menudo dudan en tomar psicofármacos porque temen los efectos adversos. (Bandelow, Michelis, Wedekind, 2017, p.100)

Por otra parte, basado en el segundo objetivo propuesto que es describir el manejo cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada, y haciendo referencia a las posturas contrarias que buscan un manejo del TAG por medio de prácticas que no incluyan fármacos encontramos que, la teoría cognitivo conductual ha expandido sus conocimientos mediante un gran avance progresivo que inicio con base empírica y termino siendo uno de los modelos más utilizados en diferentes campos profesionales, uno de ellos es el ámbito clínico. Según refiere el autor los psicólogos, psiquiatras y otros especialistas en el ámbito de la salud mental, buscando mejoras en los pacientes hacen uso de esta herramienta que tiene como objetivo principal dotar al paciente de habilidades en un determinado tiempo para mejorar su calidad de vida (Jiménez, 2018, p.6 citando a Centreita, 2013)

Dentro de los distintos abordajes de la psicoterapia actual, la TCC es la que dispone de una mayor evidencia, la cual se fundamenta en la observación de pacientes con TAG que presentan sesgos de atención con tendencia a sobrevalorar las amenazas, baja tolerancia a la incertidumbre y una mayor propensión a realizar conductas evitativas, favoreciendo estos mecanismos a la retroalimentación de las preocupaciones y ansiedad del paciente (Etchebarne, Roussos, 2016, p.13)

La TCC manifiesta que el hombre al ser un ente bio- psico- social se encuentra ligado a pensamientos y emociones que muchas veces tienen connotación errónea y que terminan estableciendo un patrón de conducta que tiene un efecto negativo sobre el mismo y para ello deben ser transformados en positivos (Timm, 2007). Partiendo de este hecho la teoría, centra su trabajo en la colaboración del paciente en el ámbito terapéutico colaborativo entre el especialista para lograr los debidos cambios (Jiménez, 2018, p. 6 citando a Hernández, 2007).

En este mismo contexto Espinoza (2019) citando a Fullana, Fernández, Bulbena y Toro (2011) menciona que la TCC es una forma de intervención donde se trata de identificar las distorsiones cognitivas que general malestar en la persona, trabaja con los pensamientos y las

conductas disfuncionales que generan malestar. En esta terapia el profesional ayuda a definir objetivos y ensañan al paciente técnicas que puedan aplicar en su vida (p.29)

Es de gran importancia mencionar que los autores citados concuerdan en que la eficacia del TCC se ha utilizado en diferentes trastornos mentales, incluyendo el TAG, donde se puede observar una serie de resultados positivos, aparte de ser una manera de intervenir más breve.

Dado lo anterior, se pueden exponer las ideas de Macías-Carballo et al. (2019), los cuales mencionan que en los manejos de los TA se tiene como objetivo reducir los síntomas hasta un 40% y para ello proponen terapias no farmacológicas para lograr dichos objetivos como lo son la TCC y técnicas de exposición para ayudar a los pacientes a superar las creencias desadaptativas y las conductas de evitación que refuerzan la patología, menciona dentro de las terapias no farmacológicas la herbolaria que es una planta medicinal con efecto ansiolítico, y métodos con acupuntura para controlar los síntomas sin producir efectos secundarios y técnicas de estimulación eléctrica transcraneal que ayudan a mejorar los síntomas del TAG. (p.5)

Se menciona también, por parte de los autores, que la TCC es aplicada por períodos de entre 10 a 20 semanas, es orientada a objetivos y basada en habilidades que reducen los sesgos impulsados por la ansiedad para interpretar estímulos ambiguos como amenaza, reemplazo de evitación y búsqueda de comportamientos de seguridad (Macías-Carballo et al., 2019, p.5)

Por su parte, Echeverría (2017), realizó un estudio cualitativo comparativo donde analizó diferentes estudios a nivel mundial, el autor menciona que las terapias cognitivas buscan que el paciente cuestione sus propios pensamientos para luego establecer un modo para modificarlos, mientras que la terapia conductual busca modificar la conducta del individuo a través de técnicas de reforzamiento, donde concluye que para el TAG se recomienda una combinación de la técnica cognitiva conductual, creando un tratamiento completo ya que si ambas terapias se llevan a cabo de forma individual no aportaran los resultados deseados (p.3)

Existen diferentes terapias las cuales han sido puestas a prueba para tratar el TAG, sin embargo, no han sido eficaces ya que el paciente a largo plazo vuelve a presentar la sintomatología anteriormente tratada. Si se utiliza únicamente la terapia cognitiva, el paciente reestructura sus pensamientos, sin embargo, seguiría teniendo el mismo comportamiento ya que no hubo modificación de conducta; del mismo modo si se utiliza únicamente la terapia conductual, el paciente modificaría su conducta, pero no sus pensamientos irracionales, por lo que es de esperar que el paciente recaiga en los síntomas. (Echeverría, 2017, p.25)

El uso de técnicas cognitivas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad está ampliamente implementado. Sin embargo, la investigación sobre la eficacia y efectividad de las técnicas cognitivas por sí solas para los trastornos de ansiedad ha mostrado resultados variables. (Kaczkurkin, Foa, 2015, p.341)

Del mismo modo, Kaczkurkin, Foa (2015), refieren en su artículo que se ha demostrado que la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de pacientes con TAG, pero en un metaanálisis realizado se sugirió que la terapia cognitiva y la conductual, juntas, mostraban mejores resultados que la terapia cognitiva por sí sola. (p.342)

Así mismo, en diferentes estudios sobre el TAG según Newman y Anderson (2017) apoyaron la eficacia de la TCC como tratamiento que conduce cambios clínicamente significativos, con mejoría sostenida a un año (mencionando a Borkovec y Whisman, 1996) indican que los tratamientos con TCC se asocian a una baja deserción, reducción del uso de medicación, y a mayores medidas de efecto comparado con el grupo sin tratamiento, la psicoterapia analítica, la medicación placebo, terapia no directiva, y terapia placebo (pp.12-13)

La eficacia del TCC en el TAG está bien respaldada por la investigación empírica, a menudo se considera el estándar de oro (van Boeijen et al., 2005), se basa en la premisa de que la identificación y cambio de pensamientos cambian las creencias y los comportamientos; en la terapia cognitiva los pacientes están capacitados para identificar los pensamientos automáticos que alimentan y mantienen la ansiedad. (Daitch, 2018, p. 58)

Para el tratamiento de TAG, se hace hincapié en contrarrestar el pensamiento catastrófico y las respuestas rígidas. En general estudios han demostrado que la TCC es muy eficaz en el tratamiento del TAG en comparación con las condiciones de control en las que no se administra ningún tratamiento, además, la evidencia muestra que los efectos de la TCC son generalizables a las circunstancias del mundo real de los pacientes y que la TCC se puede aplicar para tratar el TAG tanto en terapia grupal como en terapia individual. En general, el uso de la TCC como tratamiento para el TAG está ampliamente aceptado como un tratamiento eficaz y útil entre las comunidades clínicas. (Daitch, 2018, p. 58)

Asimismo, Torales (2017), refuerza que la terapia de grupo ha demostrado ser favorable, pero que en ambas modalidades ya sea individual grupal el objetivo será cambiar el centro de

atención desde la búsqueda de una enfermedad medica inexistente, a la aceptación de las raíces psicológicas del problema (p.84)

Por su parte, Daitch (2018), menciona en su artículo que los autores Borkovec & Costello (1993); Butler, Fennell, Robson y Gelder (1991); Ladouceur y col. (2000), señalan, que la TCC aunque es eficaz para muchos, un número sustancial de pacientes con TAG que reciben TCC indican dificultades significativas después del tratamiento; estudios han sugerido que solo del 42% al 58% de los pacientes que recibieron TCC demostraron un alto funcionamiento en el estado final en los seguimientos (p.58).

Lo expuesto indica que la TCC no aborda todos los obstáculos o bloqueos que enfrentan quienes padecen de TAG, y que la exploración e integración de otras técnicas terapéuticas es necesaria para mejorar el tratamiento en general.

Así también, Daitch, (2018) realiza un estudio en una paciente con un diagnóstico establecido de TAG donde por medio de tres técnicas: atención plena, hipnosis y TCC tiene como objetivo ejemplificar cómo la integración de múltiples enfoques terapéuticos puede ser útiles para crear planes de tratamiento individualizados, dando como resultado que la aplicación de enfoques integrados pueden realmente enriquecer la capacidad de un médico para abordar las necesidades del tratamiento en el individuo. (p.66)

El uso de técnicas cognitivas en el tratamiento del TAG es ampliamente implementado, sin embargo, las mismas han mostrado resultados variables en la distinta bibliografía disponible. Por ejemplo, un estudio que comparó la terapia TCC transdiagnóstica con el entrenamiento de relajación en pacientes con trastorno de ansiedad encontró que ambos tratamientos eran igualmente beneficiosos, aunque el entrenamiento de relajación se asoció con una mayor tasa de abandono. Otra limitación, es que muchos de estos estudios son escasos, debido al poco interés que tienen en la investigación muchos de quienes los realizan, por ende, los resultados no son concluyentes. (Kaczurkin, Foa, 2015, p.341)

Finalmente, con base en el tercer y último objetivo que es comparar el manejo médico y cognitivo conductual que se aplican en el trastorno de ansiedad generalizada, en el artículo “Tratamiento de los trastorno de ansiedad” por Bandelow, Michaelis, Wedekind (2017), se menciona que los pacientes deben recibir psicoeducación sobre su diagnóstico, posible etología y mecanismos de acción de los enfoques de tratamiento disponibles, el plan de tratamiento debe incluir psicoterapia, farmacoterapia y otras intervenciones, que deben elegirse después de

considerar cuidadosamente los factores individuales, es importante tomar en cuenta la preferencia del paciente, la historia del paciente de intentos de tratamiento previos, la gravedad de la enfermedad, comorbilidades como trastornos de personalidad, tendencias suicidas, disponibilidad de métodos en el lugar de atención, tiempo de espera para citas de psicoterapia, costos, entre otros. (pp. 95-96)

Espinoza (2019), menciona que la psicoeducación es el primer paso de la intervención psicología, ya que tiene como objetivo informar a la persona sobre la condición que está atravesando y que es importante precisar sobre la importancia de esta técnica ya que ayuda a reducir tensiones porque la persona identifica la etiología del problema donde la mayoría es a causa de los pensamientos. Según Campero y Ferraris (2014) la psicoeducación es una estrategia de intervención ya que informa una serie de síntomas y malestares que el paciente lo corrobora como ciertas, es importante mencionar que estos procesos son recomendables para los trastornos ansiosos. (p.38)

Por otra parte, es importante destacar que la farmacoterapia compara sus resultados en controles placebo y la psicoterapia aplicada a los desórdenes de ansiedad es principalmente comparada en una especie de lista de espera. Debido a que las píldoras de placebo tienen efectos mayores en tamaño que las listas de espera no pueden ser comparadas, sin embargo, este grupo de investigación condujo un metaanálisis amplio de todos los estudios a corto plazo disponibles para los desórdenes de ansiedad tanto antes como después del tratamiento, entre la medicación y la psicoterapia. Se basó en estudios con alrededor de 35.000 pacientes y los fármacos se asociaron con un porcentaje mayor pre y post efecto que en el caso de la psicoterapia. También se encontró que los pacientes incluidos en los estudios de psicoterapia estaban mucho menos enfermos que los que fueron reclutados para los ensayos de medicación. (Bandelow et al., 2017, p.103)

En el artículo “Perspectiva de los pacientes sobre el tratamiento combinado (TC) de psicoterapia y farmacoterapia” se realiza un estudio exploratorio cualitativo en 49 sujetos que han recibido terapia combinada en los últimos 2 años o lo están recibiendo en la actualidad tanto farmacológica como psicoterapia donde se evalúan varios aspectos como orientación teórica de profesionales, comunicación entre profesionales, efectos adversos de los tratamientos y experiencias de los pacientes respecto a la TC, dando como resultado un conocimiento por la mayoría de los pacientes respecto al tratamiento que realizan los psicólogos y siendo mucho menor el porcentaje de pacientes que conoce el tratamiento aplicado por su psiquiatra, varios pacientes también referían que desconocían los efectos adversos de los tratamientos dados por los

psiquiatras. Sin embargo, la mayoría de experiencias respecto a la TC fue positiva basado en la potenciación de los tratamientos y contención de ambos profesionales, como negativo destacaron la mala comunicación entre los profesionales. (Garay, Donatti, Ortega, Rosales, Koutsivitis, Colombo, Etchevers, 2016, p.25)

El texto anterior es importante mencionarlo, ya que muchas veces la mala respuesta de los tratamientos puede ser por causas externas al medicamento como tal, para muchos pacientes es importante por ejemplo conocer los efectos adversos de lo que se están tomando, ya que si lo desconocen cuándo lo presentan esa sintomatología a causa del medicamento lo que hacen es que lo abandonan, haciendo que el curso de la enfermedad continúe y más adelante tratarlo sea un poco más complejo.

Se espera que la TCC, que enseña habilidades para manejar la ansiedad, tenga efectos más duraderos que los medicamentos ya que estos dejan de funcionar cuando el paciente deja de tomarlos, autores mencionan que faltan datos de ensayos comparativos de la TCC con farmacoterapia e incluyendo seguimiento a largo plazo. (Etchebarne, Roussos, 2016, pp. 14-15)

Respecto a la terapia combinada los autores Garay et al. (2016) añaden que faltan pruebas de ensayos aleatorios sobre la estrategia más efectiva para pacientes que no tienen una respuesta o que solo tienen una respuesta parcial a la psicoterapia o la medicación sola, pero las guías prácticas recomiendan el uso de la terapia combinada. Autores mencionan que existe evidencia de que la TCC combinada con la farmacoterapia produce los mejores resultados, aunque la mayoría de los expertos recomiendan actualmente comenzar con la terapia cognitiva conductual y agregar secuencialmente la farmacoterapia si fuera necesario. (p.25)

Finalmente, es imperativo mencionar que en el artículo de Tolín (2017), se llega a evidenciar que en revisiones sistemáticas anteriores han examinado si la combinación de la TCC junto con el tratamiento farmacológico es mejor que la TCC sola, lo que han demostrado una pequeña ventaja del tratamiento combinado sobre la TCC en monoterapia, aunque puede haber un mayor riesgo de recaída cuando se retiran los medicamentos (p.716)

CAPÍTULO V

Conclusiones

Basado en el primer objetivo propuesto de la presente investigación, el cual consistía en determinar el manejo farmacológico actual en el TAG, se concluye lo siguiente:

El principal objetivo del tratamiento farmacológico es disminuir la intensidad y frecuencia de las crisis, tratando de controlar la ansiedad al paciente de forma anticipada y evitar recaídas.

Asimismo, después de analizar varios métodos de tratamiento farmacológico se afirma que los autores analizados expresan que los antidepresivos ISRS son considerados el tratamiento de elección para el TAG, ya que estos son medicamentos bien tolerados por la mayoría de pacientes y con baja probabilidad de abuso, tolerancia y dependencia. Además, se llega a observar que los IRSN han mostrado una eficacia similar a los ISRS por los que estos pueden ser utilizados como fármacos de primera línea también.

Por otro lado, cuando las personas afectadas por el TAG presentan crisis agudas las BZD se pueden asociar a los ISRS únicamente en periodos de 3 a 6 meses y de este modo los pacientes reducen el riesgo de presentar dependencia hacia las BZD. Se ha demostrado que estos fármacos no son recomendados en administración concomitante con alcohol, drogas u alguna toxicomanía. La única recomendación en la administración a mediano y largo plazo de la BZD es en aquellos pacientes que no tuvieron buena tolerancia a los efectos ocasionados por los ISRS e IRSN.

Existen otros fármacos para el manejo del TAG, como los IMAO que son irreversibles, sin embargo, estos fármacos son poco utilizados en la actualidad por las interacciones que presentan, aparte de que son fármacos que no cuenta con disponibilidad en varios países.

También está la pregabalina, pero este no cuenta con la aprobación de la FDA por ende su uso es muy reducido. Así también, se destaca que la buspirona no es un tratamiento habitual, este no ha adquirido aceptación entre los especialistas ya que tiene un inicio lento y no alcanza las dosis mínimas efectivas provocando que sea menos efectiva que otros fármacos.

Los ATC siendo la imipramina la más estudiada, ha mostrado ser igual de efectiva que el alprazolam y diazepam (BDZ), fármacos que han evidenciado tener una eficacia similar a los ISRS pero tienen un perfil menos favorable por los efectos secundarios.

Asimismo, se ha descrito que el tratamiento escalonado debe instaurarse cuando los pacientes no toleran de forma deseada la dosis inicial, a estos pacientes se les debe modificar las dosis y deben ser instauradas según la tolerancia, en casos más extremos se recomienda cambiar a otro fármaco que cuente con la probación terapéutica de la autoridad correspondiente.

Por su parte, basado en el segundo objetivo propuesto en la presente investigación el cual consistía en describir el manejo cognitivo conductual del TAG, se concluye lo siguiente:

La TCC se ha empleado a lo largo de la historia para que los pacientes puedan tener una perspectiva más amplia de sí mismos, de sus semejantes, su entorno y en sí, del ambiente en el que se desenvuelve. Todo esto juega un rol fundamental en el entendimiento de sus pensamientos y acciones, generando un afrontamiento y reestructuración cognitiva en pro de generar un impacto positivo en la psique. Dentro de la psicoterapia la TCC es la que mayor evidencia tiene. Así también, la TCC se considera, dentro de las opciones disponibles en el ámbito de la psicología, el estándar de oro en el manejo del TAG

La terapia cognitiva busca que el paciente cuestiona sus propios pensamientos para que luego establezca un modo de transformarlos y la terapia conductual modifica la conducta del individuo con técnicas de reforzamiento; de modo que los mejores resultados se obtienen al abordar los pacientes en terapia dual, siendo el enfoque cognitivo un refuerzo de eficacia demostrada en el enfoque conductual.

Por último, basado en el tercer objetivo propuesto de la presente investigación el cual consiste en comparar el manejo médico y cognitivo conductual, se concluye lo siguiente:

Tanto el abordaje farmacológico como el abordaje psicológico, tiene efectos positivos en los pacientes que padecen de TAG, sin embargo, se ha visto de forma contundente que la tasa de éxito es mayor cuando van de la mano en terapia combinada.

De ese modo, en el manejo efectivo del TAG se ha podido evidenciar que la terapia farmacológica genera mayor respuesta a corto plazo, mientras que a largo plazo el éxito de la misma se ve reforzada por la implementación de la psicoterapia

Con respecto a lo expuesto y teniendo en consideración los tres objetivos de la investigación, se concluye de manera general que la terapia cognitiva conductual es el pilar del éxito en el control y manejo a largo plazo de los pacientes con TAG, esto debido a que analizando los distintos artículos se logra destacar que la terapia cognitivo conductual es capaz de brindar a los pacientes que padecen este trastorno las herramientas psicológicas necesarias para lograr

enfrentar las situaciones que les lleguen a producir ansiedad y las cuales antes no eran capaces de manejar.

De este modo, la terapia cognitivo conductual logra trabajar distintos niveles en el cerebro creando y entrenando las conexiones neuronales adecuadas en la psique que ayuden a dar las respuestas de comportamiento necesarias para que las personas, ante una situación de ansiedad o estrés, logren autocontrolarse gracias a las herramientas que les fueron dadas para enfrentar los desafíos emocionales; dándose así una especie de entrenamiento donde las personas con TAG logran controlar los síntomas de la enfermedad, prevenir posibles recaídas, identificar sus emociones de forma asertiva y entre otros, lograr diferenciar las situaciones de peligro reales de las que no lo son, pudiendo de esa manera calmar los episodios de ansiedad o incluso controlarlos antes de que se detonen.

Se debe destacar como un punto importante que la terapia cognitivo conductual hace posible que las personas que padecen el trastorno de ansiedad lo enfrenten con mayor conocimiento de qué es lo que les sucede, pero siempre se da el riesgo de que los síntomas puedan volver; en este caso el haber llevado una terapia cognitivo conductual hará que mediante las técnicas aprendidas sea más fácil poder controlarse, por lo cual siempre se sugiere que los pacientes estén actualizándose para tener conocimientos renovados sobre las terapias cognitivo conductuales que les puedan seguir ayudando con su condición.

Recomendaciones

Con respecto a las recomendaciones que se pueden dar y después de hacer una evaluación de todos los aspectos de la investigación, teniendo en cuenta las conclusiones, la teoría y los aspectos que representaron alguna clase de impedimento para la realización del proyecto se expone lo siguiente:

Referente a los pacientes, que son quienes experimentan los síntomas del TAG, se recomienda ofrecerles un abordaje que incluya un manejo farmacológico personalizado, junto con la aplicación de terapias cognitivo conductuales en pro de optimizar las tasas de recuperación a largo plazo. Del mismo modo, se plantea reforzar la educación brindada al paciente explicándoles de forma amplia y sencilla su condición, los posibles efectos y contraindicaciones que pueden presentar; y ofrecerles distintas herramientas ante la manifestación o reagudización de alguno de los anteriores.

Con respecto al sector médico, se plantea la implementación de protocolos de atención donde la valoración sea conjunta entre el psiquiatra y el psicólogo para que se logre un mejor manejo y evolución del paciente. Así también llevar a cabo, programas de TCC no solamente individuales, sino también grupales, donde el paciente pueda relacionarse con personas que están experimentando las mismas vivencias y de este modo la terapia se vuelva un apoyo.

Así mismo, se recomienda socializar a los médicos en el uso de TCC para que al tener una formación integral con conocimientos fundamentados en las correctas aplicaciones de las terapias cognitivo conductuales puedan tener a la mano distintas opciones de manejo del trastorno de ansiedad generalizada cuando un paciente con episodios de ansiedad se presente a consulta.

Siguiendo la propuesta anterior, se plantea que existan protocolos de atención del paciente ansioso, los cuales estén disponibles tanto en hospitales públicos como en privados y se pueda así educar a los médicos para que dispongan de distintas opciones de tratamiento en caso de que alguna opción en específico no funcione de la manera esperada.

Se recomienda a los especialistas y médicos en general que atiendan casos de TAG que utilicen terapias alternativas no invasivas en casos seleccionados en los cuales los beneficios sobrepasen a un potencial riesgo, por ejemplo: la hipnosis, la meditación, la acupuntura, la fitoterapia, entre otros, y que realicen trabajos interdisciplinarios donde puedan trabajar en

conjunto psicólogos y médicos para que tengan conocimiento de los distintos efectos positivos que pueden causar las TCC.

Aunado a lo anterior, recomendar a los pacientes a realizar actividades que reduzcan su nivel de estrés como lo son el ejercicio, pasatiempos, tiempo de calidad con los seres queridos, todo esto junto a una buena alimentación y una correcta higiene del sueño, ya que esto logra aumentar el bienestar y confort de los pacientes.

Por otro lado, se insta a estudiantes de medicina y futuros investigadores continuar con la investigación o bien a hacer un análisis de tratamientos donde se aplique tanto el método farmacológico como el cognitivo conductual, para reforzar y ampliar la información existente donde se evidencie la efectividad de aplicar ambas técnicas de tratamiento en los pacientes con TAG o con temas relacionados al mismo.

Referencias Bibliográficas

- Acuña M, Álvarez L, Umaña A, Umaña C. (2003). Trastornos de Ansiedad. Revista Cúpula, 27 (2), 29-50. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v27n2/art3.pdf>
- Bados, A. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. (trabajo de investigación). Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Bandelow, B., Michaelis, S., y Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 19(2). pp 93-107. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573566/>
- Benedí, J. y Gómez, M. (2007). Ansiedad-Tratamiento farmacológico y fitoterapéutico. *Farmacia-Espacio de Salud*, 21(1). Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ansiedad-13098174>
- Bobes, J., G-Portillas, M. y Bousoño, M. (2002). Evolución conceptual y nosográfica del trastorno de ansiedad generalizada. *Rev. Psiquiatria.com*. 3er Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* Enero 1970. Recuperado de <https://psiquiatria.com/article.php?ar=trastornos-de-ansiedad&wurl=evolucion-conceptual-y-nosografica-del-trastorno-de-ansiedad-generalizada-2785>
- Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada, vol 56(4), julio-agosto 2013. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina, 2012;21(3):1-2. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009

- Cañete, M. (2018). Trastornos de ansiedad. *Trastornos de Ansiedad-Manual de estudio*. Recuperado de http://www.intrapharma.cl/extranet/wp-content/uploads/2018/06/Manual_Trastorno_de_Ansiedad_Generalizada.pdf
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la Neurobiología de la Ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), pp. 239-251. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>
- Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. (2017). La salud mental y sus determinantes. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Comisión Salud Mental. Recuperado de <https://psicologiacr.com/wp-content/uploads/2017/05/La-salud-mental-y-sus-determinantes.pdf>
- Crocq, M. (2015). Una historia de ansiedad de Hipócrates a DSM. *Diálogos en Neurociencia clínica*, 17(3), pp. 319-325.
- Crocq, M. (2017). La historia del trastorno de ansiedad generalizada como categoría diagnóstica. *Diálogos en Neurociencia*, 19(2), pp.107-115.
- Cupul, J., Hinojosa, E., Villa, M., Herrera, I. y Padrós, F. (2018). Evaluación neuropsicológica básica para adultos en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat*, 56(3), pp. 151-160. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000300151
- Daitch, C. (2018). Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized. *The American journal of clinical hypnosis*. 61(1). pp. 57-69. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29771217/>
- Echeverría, S. (2017). *La terapia cognitivo conductual en adultos que padecen trastorno de ansiedad generalizado* (Tesis para optar por el grado de Psicología Clínica).. Universidad de Especialidades Espiritú Santo UEES, Ecuador. Recuperado de

<http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/2326/1/ECHEVERRIA%20SAMANTHA%20PAPER.pdf>

Espinoza, G. (2019). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en psicología.). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2842/VEGA_LJF.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Etchebarne, I., Juan, S. y Roussos, A. (2016). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires. *Anuario Anxia* n22. pp 6-20. Recuperado de [eResearchgate.net/publication/310819842_El_abordaje_clinico_de_la_preocupacion_en_el_trastorno_de_ansiedad_generalizada_por_parte_de_terapeutas_cognitivo_conductuales_de_Buenos_Aires_Clinical_approach_to_worry_in_Generalized_Anxiety_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/310819842_El_abordaje_clinico_de_la_preocupacion_en_el_trastorno_de_ansiedad_generalizada_por_parte_de_terapeutas_cognitivo_conductuales_de_Buenos_Aires_Clinical_approach_to_worry_in_Generalized_Anxiety_Disorder)

Etchevers M. y Putrino N. I (2018). Trastornos de ansiedad: revisión de tratamientos psicodinámicos. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Hallion, L., Steinman, S., y Kusmierski, S. (2017). Difficulty concentrating in generalized anxiety disorder: An evaluation of incremental utility and relationship to worry. *Journal of Anxiety Disorders*, v 53, pp. 39-45. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5748347/>

Garay, C., Donatti, S., Ortega, L. y Rosales, M. (2016). Perspectiva de los pacientes sobre el tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia. *Anug investig. [online] vol 23, n1*, pp.25-32. Recuperado de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-16862016000100002

Garrido, M. (2008). Manejo de la ansiedad en atención primaria. *SEMERGEN*, 34(8), PP. 407-10. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-linkresolver-terapeutica-atencion-primaria-manejo-ansiedad-13127219>

Gómez, A. (2012). Trastornos de ansiedad Agorafobia y crisis de pánico. vol. 26. Núm. 6. pp. 32-39. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-trastornos-ansiedad-agorafobia-crisis-panico-X0213932412678054>

Gómez, G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. pp. 101-119.

Gómez, G. (2008). Freud: Enfermedades nerviosas, angustia y estrés. O del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto. *Affectio Societatis*, N9, diciembre, pp. 1-21. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5gWIACTQ3qcJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5030020.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cr>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). pp. 1-159. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Jiménez, J. (2018). *Análisis teórico de un caso de ansiedad generalizada desde el enfoque cognitivo conductual*. (Tesis para optar por el grado de psicología clínica). Universidad Técnica de Machala, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12199>

- Kackurkin, A., Foa, E. (2015). Cognitive Behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci* 17(3). pp. 337-346. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610618/>
- Kinney, K., Boffa, J., y Amir, N. (2017). Gender difference in attentional bias toward negative and positive stimuli in generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, v48, pp. 277-284. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28390492/>
- Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L. y Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista electrónica e neurobiología. volumen 9.* Recuperado de <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html>
- Marjan, M., Mendieta, D., Muñoz, M., Anzaldúa, A. y Cortés, J. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Rev. Salud Mental*, N37, pp. 509-516. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58237778009.pdf>
- Navas, M., Álvarez, L., Umaña, A., y Umaña, C. (2013). Trastornos de Ansiedad. *Revista Cúpula*, 27(2), pp. 29-50. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v27n2/art3.pdf>
- Navas, W., Vargas, M. (2012). Trastorno de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX (604), pp. 497-507. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Newman, M., Nicholas, A. (2017). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVI(1). pp. 7-20. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921832001.pdf>

- Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clinica. Revista chilena de neuro-psiquitría, pp. 95-102. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200002
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Centro de prensa. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018*. Washington, D.C.: OPS; 2018. Recuperado de <https://iris.paho.org/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, pp.1-48. Recuperado de <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/10%20Salud%20mental.pdf>
- Portela, A. (2019). Trastorno de Ansiedad Generalizada: tratamiento. En Echebarne, I., Gómez, J. M., y Roussos, A. (Ed.s.f) *Nuevos desarrollos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*
- Reyes, J.A. (2005). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Reyes, R., y Portugal, E. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine*, 12(84), pp. 4911-7. Recuperado de <https://www.medicineonline.es/es-trastornos-ansiedad-articulo-S0304541219301982>
- Salinas, C. (2018). *Eficacia del modelo de terapia breve estratégica en el tratamiento de trastorno de ansiedad*. (Tesis para Grado especialista en psiquiatría). Universidad Autónoma Nuevo León. México, Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/17360/>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, vol 21(2), pp. 19-28. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>

Stein, M, y Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine.*, vol 373(21), pp. 2059-2068. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26580998/>

Royal College of Psychiatrists. (2009). La terapia cognitivo conductual. *Producido por el Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Editor: Dr Philip Timms. Actualizado: Marzo 2007. Traducido en febrero de 2008 por la Dra. Carmen Pinto.* Recuperado de <https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Tolin, D. (2017). Can Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression be Improved with Pharmacotherapy, A meta analysis. *Psychiatr Clin North Am.* 40(4). pp 715-738. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29080596/>

Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista virtual Sociedad Paraguaya de Medicina Interna.* 4 (1). pp. 77-86. Recuperado de <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/78>

Villalobos, G. (2019). Guía para la prevención y manejo de trastornos de ansiedad en el ámbito laboral-Documento para empresa. *Estrategia Salud Mental, volumen1, pp.1-42.* Recuperado de https://www.arlsura.com/demos/salud-mental/files/SM.G3C.01.V1-guia_ansiedad_jun19.pdf

Verete, G. (2008). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada. *Anuario de investigaciones, vol XV, pp. 51-55.* Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944005>

Velázquez, M., Martínez, M. P., Martínez, M. y Padrós, F. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología*

GEPU, vol 7(2), pp. 001-242. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6919763>

Watterson, R., Williams, J., Lavorato, D. y Patten, S. (2017). Descriptive epidemiology of generalized anxiety disorder in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol 62(1), pp. 24-29. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27310239/>