Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia

Trastorno de ansiedad generalizada (Actualización 2025)

Elaborado por:
Especialistas en psiquiatría

No. 16

Guía de Práctica Clínica Basada en la evidencia (GPC-BE) No. 16

Trastorno de ansiedad generalizada (Actualización 2025)

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica
clínica basadas en la evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 16 Trastorno de ansiedad generalizada (Actualización 2025)
Edición 2025; págs. 100
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:
Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 14564 del 22 de septiembre de 2025

Revisión, diseño y diagramación:
Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala

ISBN: 978-99939-56-17-4

© Derechos Reservados-IGSS-2025

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para ines docentes y sin inalidad de lucro a todas las instituciones del
sector salud, públicas o privadas.



MSc. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo (2015)

Dr. José Antonio Corrales Morales
Psiquiatra
Jefe de Encamamiento
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Gladys Alvarado de Ochoa
Psiquiatra
Jefa de Programa de Hospital de Día
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dr. Emigdio Enrique Mendoza Gaitán
Psiquiatra
Jefa de Consulta Externa
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Licda. Claudia Guzmán Melgar
Química Farmacéutica
Jefa de Farmacia
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Paula Méndez Bonilla
Jefe de Residentes de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Jensy Octavio Monterroso
Médico Residente III de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales
Médico Residente II de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Marta Melissa Anleu de León
Médico Residente II de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Licda. Consuelo Méndez Sánchez
Enfermera Profesional
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Revisor:

Dr. Ricardo Poggio
Psiquiatra
Policlínica

Grupo de Desarrollo (2025)

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales
Psiquiatra Coordinador local de GPC-BE
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dr. Miguel Alejandro Fuentes Sandoval
Psiquiatra
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Joseline Andrea Pineda Landaverde
Médico Residente III de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Andrea Yadira Rodas Aguirre
Médico Residente III de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Cristel Lucía Barrientos Reyes
Médico Residente II de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Lisbeth Mariela Castillo Escobar
Médico Residente II de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Ana Cristina Guzmán y Guzmán
Médico Residente I de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Dra. Melanie Sofía Papa
Médico Residente I de Psiquiatría
Centro de Atención Integral en Salud Mental

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia

Dr. Rudy Manuel López y López
Jefe de Departamento Administrativo
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en la evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez que esta ha sido sometida a una revisión crítica y exhaustiva. Sin la experiencia clínica individual, la práctica médica se convertiría rápidamente en una tiranía; pero sin la investigación científica, quedaría obsoleta de inmediato. En esencia, se busca aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo es contar con la mejor evidencia científica disponible para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, puede afirmarse que las guías de práctica clínica basadas en la evidencia son documentos en los que se recopilan y presentan las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios, incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de la evidencia, y determinan la calidad de una intervención, así como su beneficio neto en contextos locales. (Tabla 1)

El nivel de la evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pd

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

1a En las guías de práctica clínica publicadas por el IGSS, el lector encontrará, en el margen izquierdo del contenido, el nivel de evidencia (de **1a a 5**, en números y letras minúsculas) correspondiente a los resultados de los estudios que sustentan el grado de recomendación de buena práctica clínica. Este grado de recomendación se indica en el margen derecho del texto (letras **A, B, C, D y** √ siempre en mayúsculas), de acuerdo con la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados. **A**

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con base en el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas a partir de revisiones sistemáticas exhaustivas de estudios relacionados con la atención sanitaria, diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras intervenciones.

Las guías de práctica clínica no pretenden establecer un protocolo rígido en el que deban cumplirse todos los puntos, sino presentar un modelo ideal que sirva como referencia flexible, basado en la mejor evidencia disponible.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, revisadas para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés: *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*), el cual evalúa tanto la calidad de la información contenida en el

documento como la idoneidad de ciertos aspectos de las recomendaciones. Esto permite ofrecer una valoración basada en criterios de validez aceptados, conocidos actualmente como “los elementos esenciales de las buenas guías”, que incluyen la credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, enfoque multidisciplinario, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica fue creado con el propósito de servir como una herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas. Una guía de práctica clínica (GPC) no ofrece respuestas para todas las situaciones que surgen en la práctica diaria. La decisión final sobre un procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en particular, así como de las circunstancias y valores implicados. De ahí la importancia del juicio clínico individual.

Este programa también busca reducir la variabilidad en la práctica clínica y ofrecer a los profesionales, tanto de los equipos de atención primaria como del nivel especializado, un referente con el cual comparar su práctica.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de profesionales –especialistas y médicos residentes– que, día a día, realizan una labor tesonera en las distintas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la Comisión de

Guías de Práctica Clínica (GPC-BE), perteneciente a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, y con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, ya que implica muchas horas de investigación y trabajo, con el objetivo de presentar, con sencillez y claridad, los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se ponen a disposición en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo refleja la filosofía de servicio de esta institución, la cual se fortalece al poner a disposición de los lectores un producto elaborado con esmero y con un alto nivel científico, aplicable, práctico y de fácil consulta.

Las GPC-BE aportan información valiosa y actualizada, pero no son determinantes para la incorporación de medicamento, tratamientos o procedimientos innovadores. La solicitud de inclusión, modificación o exclusión de medicamentos al Listado Básico de Medicamentos del Instituto debe realizarse de acuerdo a la normativa institucional vigente.

El IGSS tiene el privilegio de ofrecer a sus profesionales, al personal paramédico y a todos los servicios de apoyo esta guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a los pacientes, en la formación académica de las

nuevas generaciones y en el fortalecimiento de la investigación científica y docente que se desarrolla en el quehacer diario de la institución.

Comisión de guías de práctica clínica, IGSS, Guatemala, 2025

Abreviaturas

ADT	Antidepresivo tricíclico
ASIR	Antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT2 e inhibidores débiles de la captación de 5-HT
BZ	Benzodiacepinas
DHA	Ácido docosahexaenoico
EPA	Ácido eicosapentaenoico
IMAO	Inhibidores de la monoamino-oxidasa
INRA	Inhibidores de la recaptación de noradrenalina
IRDN	Inhibidores selectivos de recaptación de dopamina y noradrenalina
IRSN	Inhibidores selectivos de recaptación de norepinefrina
ISRS	Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina
MES/MULTI	Modulador-estimulador de serotonina
NASSA	Antagonista de los receptores presinápticos adrenérgicos alfa-2
PAN	Pensamientos Automáticos Negativos

TCC	Terapia cognitivo conductual
TCC-ERV	Terapia cognitivo conductual basada en la exposición a la realidad virtual

Índice

1.	Introducción	1
2.	Objetivos	3
3.	Metodología	5
4.	Trastorno de ansiedad generalizada	9
5.	Glosario	63
6.	Referencias bibliográficas	65

1. Introducción

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo, preocupación o aprensión excesivos. Estos trastornos pueden afectar significativamente el funcionamiento diario, las relaciones y la calidad de vida. Esta guía tiene como propósito brindar una actualización sobre los trastornos de ansiedad, explorando su definición, clasificación, epidemiología, etiología, criterios diagnósticos y opciones de tratamiento.

Los trastornos de ansiedad abarcan una variedad de condiciones, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y las fobias específicas. Cada trastorno presenta desafíos y síntomas únicos, pero todos comparten un hilo común: una ansiedad persistente y, a menudo, abrumadora que puede interferir con las actividades diarias.

Un diagnóstico preciso es el primer paso hacia un tratamiento efectivo. Dado que los síntomas de ansiedad pueden presentarse de muchas maneras, incluyendo síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, dolor de pecho o mareos, es importante que los médicos de atención primaria puedan identificar estos signos, diferenciar los trastornos de ansiedad de otras posibles causas y brindar una evaluación completa. Además, comprender las opciones de tratamiento, incluidas las intervenciones

no farmacológicas y farmacológicas, puede ayudar a abordar las necesidades de los pacientes de manera temprana y efectiva.

Los profesionales de la salud se basan en criterios establecidos para identificar el tipo específico de trastorno de ansiedad que una persona puede estar experimentando, lo cual permite establecer una ruta de tratamiento adecuada. Las opciones de tratamiento son diversas y están en constante evolución, e incluyen terapias basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), medicamentos e intervenciones en el estilo de vida, todas orientadas a reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida.

En esta guía, profundizaremos en cada uno de estos aspectos, ofreciendo un recurso claro e informativo para los profesionales de la salud que tengan a su cargo la evaluación de pacientes que puedan estar afectados por los trastornos de ansiedad, con el fin de asegurar un abordaje oportuno e integral. Al profundizar este conocimiento, es posible reducir el estigma, promover tratamientos efectivos y abrir el camino hacia mejores resultados en la salud mental.

2. Objetivos

General

Proporcionar las intervenciones necesarias para la atención de los pacientes con trastornos de ansiedad que asisten al IGSS, brindando apoyo al profesional en la toma de decisiones y facilitando el adecuado tratamiento al paciente, ofreciéndole las opciones asistenciales más efectivas.

Específicos

1. Actualizar la descripción de los criterios diagnósticos en uso, así como la definición, clasificación, epidemiología, etiología, evolución, pronóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad.

2. Contribuir a realizar de manera adecuada la evaluación y el diagnóstico del paciente con algún trastorno de ansiedad.

3. Valoración del uso apropiado del tratamiento psicofarmacológico, su indicación y uso en los distintos trastornos de ansiedad, incluyendo tipo, dosis, duración, efectos secundarios e interacciones.

3. Metodología

Definición de preguntas

General

¿Cuáles son las intervenciones necesarias para la atención de los pacientes con trastornos de ansiedad que asisten al IGSS?

Específicas

1. ¿Quiénes pueden presentar trastornos de ansiedad?
2. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos de ansiedad?
3. ¿Cuál es el pronóstico de los pacientes con trastornos de ansiedad?
4. ¿Cuál es el abordaje terapéutico para los trastornos de ansiedad?

Criterios de inclusión de los estudios: Temporalidad: artículos y publicaciones del año 2019 al 2024**.** Idiomas: español e inglés**.** Estudios de base científica y fuente confiable**.** Artículos y publicaciones que no requieren pago.

Criterios de exclusión de los estudios: Artículos y publicaciones en otros idiomas distintos al español e inglés. Artículos y publicaciones previas al año 2019**.**

Artículos y publicaciones con acceso restringido mediante pago.

Estrategia de búsqueda: Se realizaron consultas electrónicas de: guías clínicas, revistas de medicina, revistas de psiquiatría**,** Google académico

Se consultaron las siguientes páginas: http//: www.elsevier.es, http//: www.pubmed.com

Palabras clave: trastornos de ansiedad, ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias.

Población diana: Pacientes beneficiarios y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que acuden a los centros de atención médica.

Usuarios de la guía: Profesionales médicos generales, residentes y especialistas, así como personal de enfermería y paramédico.

Implicaciones para la práctica:

- Conocer las actualizaciones respecto al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- Contribuir a la adecuada identificación de pacientes con trastornos de ansiedad respecto a otros diagnósticos diferenciales.

Limitaciones en la revisión de la literatura: Se identificaron estudios realizados en poblaciones con perfil sociodemográfico diferente al de Guatemala, por lo que es necesario adaptar las referencias bibliográficas encontradas al contexto guatemalteco.

Fecha de la actualización, revisión y año de publicación de esta guía

Actualización 2025
Revisión 2025
Publicación 2025

4. Trastorno de ansiedad generalizada

4.1 Definición

Los trastornos de ansiedad, según el **DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales),** se caracterizan por la presencia de miedo o ansiedad excesivos, acompañados de alteraciones conductuales relacionadas. El miedo es una respuesta emocional ante una amenaza real o percibida como inminente, mientras que la ansiedad se refiere a la anticipación de una amenaza futura. El miedo suele estar vinculado a respuestas automáticas de lucha o huida, pensamientos de peligro inmediato y conductas de escape. Por otro lado, la ansiedad se asocia con tensión muscular y un estado de vigilancia en preparación para peligros futuros, además de conductas cautelosas o de evitación.

En algunos casos, el nivel de miedo o ansiedad se reduce debido a conductas de evitación generalizadas. Los ataques de pánico, que constituyen una respuesta intensa de miedo, son comunes dentro de los trastornos de ansiedad, aunque también pueden presentarse en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según los objetos o situaciones que generan miedo, ansiedad o conductas de evitación, así como por los pensamientos o creencias asociados. A pesar de su alta comorbilidad, se distinguen por

un examen detallado de las situaciones temidas y de los pensamientos relacionados. Estos trastornos se consideran anormales cuando son excesivos o se extienden más allá de los periodos esperados para el desarrollo. Además, a diferencia de los miedos o ansiedades transitorias inducidas por el estrés, los trastornos de ansiedad son persistentes (generalmente durante más de seis meses), aunque en niños algunos pueden durar menos tiempo, como ocurre en el trastorno de ansiedad por separación o el mutismo selectivo. (American Psychiatric Association, 2022).

Según Showraki, M. y colaboradores (2020), esta condición se manifiesta con al menos tres de los siguientes síntomas físicos y cognitivos: inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Para que se considere este trastorno, estos síntomas deben persistir durante al menos seis meses y causar un malestar clínicamente significativo o interferir en el funcionamiento diario del individuo.

Por otra parte, Munir, S. y Takov, V. (2022) describen el trastorno de ansiedad generalizada como una preocupación persistente, excesiva e irrealista sobre asuntos cotidianos. Este trastorno genera miedo, preocupación y una constante sensación de estar abrumado. Las preocupaciones son multifacéticas y abarcan aspectos financieros, familiares, de salud y del futuro. El rasgo central es la preocupación

excesiva, difícil de controlar, que a menudo se acompaña de numerosos síntomas psicológicos y físicos no específicos. (Showraki M., Showraki T. y Brown, K, 2020).

4.2 Clasificación

Los trastornos de ansiedad se encuentran organizados en el DSM-5-TR de acuerdo con el desarrollo, ordenándose según la edad típica de inicio de los síntomas.

4.2.1 Trastorno de ansiedad por separación

La característica principal de este trastorno es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas con quienes el individuo mantiene un vínculo estrecho, en un grado inapropiado para su nivel de desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente acerca de posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que lo puedan llevar a la pérdida o separación de dicha persona. Además, puede existir resistencia o rechazo a separarse de estas figuras de mayor apego, así como la presencia de pesadillas y síntomas físicos de angustia. Usualmente, estos síntomas se desarrollan en la infancia, pero pueden manifestarse también en la edad adulta.

4.2.2 Mutismo selectivo

Se caracteriza por una incapacidad para hablar en situaciones sociales en las que hay expectativa

de hacerlo, a pesar de que la persona habla con normalidad en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.

4.2.3 Fobia específica

Se manifiesta por miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real presentado. Existen varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacionales y otras circunstancias.

4.2.4 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

El individuo siente miedo o ansiedad ante situaciones en las que puede ser evaluado por otros, o bien las evita. Esto incluye interacciones sociales (como reuniones con personas desconocidas) situaciones en las que puede ser observado comiendo o bebiendo y situaciones en las que la persona tiene que actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

4.2.5 Trastorno de pánico

La persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico. Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y cognitivos.

Las crisis de pánico pueden ser esperadas (en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico funcionan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de una amplia variedad de trastornos incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos). Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

4.2.6 Agorafobia

Se caracteriza por temor o ansiedad ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud y

encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo o requieren la presencia de un acompañante.

4.2.7 Trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por ansiedad persistente, excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

4.2.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos.

4.2.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

4.2.10 Otro trastorno de ansiedad especificado

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

4.2.11 Otro trastorno de ansiedad no especificado

La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que no se puede especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. *(American Psychiatric Association, 2022)*

4.3 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente el 3,6% de la población experimenta trastornos de ansiedad generalizada en un año específico. Además, el 2,7% de la población mundial experimenta un trastorno de pánico en algún

momento de su vida, mientras que el 6,6% padece de trastorno de ansiedad. (OMS, 2017).

Dentro de los trastornos de ansiedad, se observa que las fobias específicas exhiben la mayor prevalencia, seguidas por la fobia social. Los trastornos de ansiedad afectan con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, siendo la prevalencia casi el doble en las mujeres. Concretamente, el 17,5% de las mujeres, en comparación con el 9,5% de los hombres, han experimentado algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Asimismo, el 8,7% de las mujeres, en contraste con el 3,8% de los hombres, ha padecido un trastorno de ansiedad en el último año.

Estos trastornos pueden presentarse en la niñez, siendo las fobias específicas y el trastorno de ansiedad por separación los más frecuentes durante este periodo, con una edad promedio de aparición de los 7 años. Durante la etapa de la adolescencia, se suma la agorafobia sin antecedentes de ataques de pánico, se manifiesta entre los 13 y 17 años. Alcanzan posteriormente su máxima prevalencia en la mediana edad, donde el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos de pánico y los trastornos de ansiedad social son los más predominantes, disminuyendo en la vejez. (Domínguez Domínguez, J.A., et al., 2024)

4.4 Etiología

Según el DSM-5-TR, los trastornos de ansiedad se asocian con diferentes factores. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad por separación a menudo se desarrolla después de un estrés vital, especialmente tras una pérdida (como la muerte de un familiar o mascota, una enfermedad, un cambio de escuela, el divorcio de los padres, una mudanza, inmigración o un desastre que implicó periodos de separación de figuras de apego). Asimismo, ser acosado en la infancia es un factor de riesgo para desarrollar este trastorno. En adultos jóvenes, otros ejemplos de estrés incluyen dejar el hogar parental, iniciar una relación romántica o convertirse en padre. Un historial de sobreprotección e intrusión por parte de los padres puede estar relacionado con este trastorno tanto en la infancia como en la adultez.

En cuanto a factores genéticos y fisiológicos, hay evidencia que el trastorno de ansiedad por separación puede ser hereditario, con una estimación de heredabilidad del 73% en una muestra de gemelos de seis años, siendo más alto en niñas. Los niños con este trastorno muestran una mayor sensibilidad a la estimulación respiratoria con aire enriquecido con CO_2 y parece haber una agregación familiar del trastorno. (American Psychiatric Association, 2022).

En su revisión, Bamalan, O. y colaboradores (2023) señalan que la relación entre los estresores vitales

y el trastorno es evidente sin importar la causa o la gravedad del estrés, como problemas de salud o financieros. Los eventos estresantes aumentan significativamente la probabilidad de recaída, incluso tras una recuperación completa. Otros factores de riesgo incluyen enfermedades crónicas, baja capacidad cognitiva y antecedentes de trastornos psicológicos.

Las personas introvertidas, que tienden a ser más introspectivas y se toman los asuntos cotidianos con seriedad, tienen mayor predisposición a desarrollar este trastorno. Además, factores críticos en el desarrollo infantil, como la educación, la salud y los apegos seguros, juegan un papel importante. Es más frecuente en personas con bajo nivel educativo y una autopercepción negativa de su salud. Estas personas pueden presentar síntomas de ansiedad no reconocidos ni tratados, que pueden evolucionar a trastornos psiquiátricos más graves con el tiempo (Bamalan, O.A., et al., 2023).

En base a Bamalan, O. y colaboradores (2023) las investigaciones han demostrado la existencia de varios genes relacionados con la aparición del trastorno, como la catecol-O-metiltransferasa (COMT), el transportador de serotonina (5-HTT) y el receptor de serotonina 1A (5-HT1A). Aunque estos genes no se utilizan para diagnósticos, indican un posible riesgo modulado por el entorno. (Bamalan, O.A., et al., 2023).

4.5 Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos

El DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición, en su versión revisada) cuenta con los criterios diagnósticos que pueden ser utilizados para el diagnóstico de trastornos de ansiedad generalizada. Estos criterios son descritos en esta sección.

4.5.1 Trastorno de ansiedad por separación

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias

   1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.

   2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.

   3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (por ejemplo, perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar)

cause la separación de una figura de gran apego.

4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.

5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o sin estar cerca de una figura de gran apego.

7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) o cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud mental enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad. (American Psychiatric Association, 2022).

4.5.2 Mutismo selectivo

A. Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.

C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.

E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (por ejemplo, trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (American Psychiatric Association, 2022).

4.5.3 Fobia específica

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Animal (arañas, insectos, perros)

Entorno natural (alturas, tormentas, agua)

Sangre-Inyección-herida (agujas, procedimientos médicos invasivos)

Situacional (avión, ascensor, sitios cerrados)

Otra (situaciones que pueden derivar en ahogos o vómitos; en niños, sonidos ruidosos o personajes disfrazados). (American Psychiatric Association, 2022).

4.5.4 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla).

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro

en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Solo actuación: si el miedo se limita a hablar o actuar en público. (American Psychiatric Association, 2022).

4.5.5 Trastorno de pánico

A. Ataques de pánico imprevistos o recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este

tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control, de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

B. Al menos uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (por ejemplo, pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico como evitación del ejercicio de las situaciones no familiares).

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

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático;

o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación). (American Psychiatric Association, 2022).

4.5.6 Agorafobia

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

   1. Uso del transporte público (automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
   2. Estar en espacios abiertos (zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
   3. Estar en sitios cerrados (tiendas, teatros, cines).
   4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
   5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental –por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal),

recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación). (American Psychiatric Association, 2022).

4.5.7 Trastorno de ansiedad generalizada

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).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

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):

   1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios alterados.
   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 dormir 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 (una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, por ejemplo, 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. (American Psychiatric Association, 2022).

4.5.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

   1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

   2. Las sustancias/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/ medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

   Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o

existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (por ejemplo, antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

Con inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas pueden aparecer al iniciar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo. (American Psychiatric Association, 2022)

4.5.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (American Psychiatric Association, 2022).

Tabla 3. Manifestaciones clínicas asociadas a los trastornos de ansiedad

Trastorno de pánico	
Signos vitales	Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
General	Sudoración. Temblor o sacudidas. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo. Escalofríos o sensación de calor.
Respiratorio	Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. Sensación de ahogo. Dolor o molestias en el tórax.
Gastrointestinal	Náuseas o malestar abdominal.
Síntomas disociativos	Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
Síntomas psíquicos	Miedo a perder el control o a "volverse loco." Miedo a morir.

Nota: Tomado de (American Psychiatric Association, 2022). Modificado por grupo de desarrollo.

Tabla 4. Manifestaciones clínicas asociadas a trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada	
General	Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios alterados. Fácilmente fatigado. Tensión muscular.
Estado del ánimo	Irritabilidad.
Psíquicos	Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
Problemas de sueño	Dificultad para dormir o para continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfactorio.

Nota: Tomado de (American Psychiatric Association, 2022). Modificado por grupo de desarrollo.

4.6 Diagnósticos diferenciales

Los trastornos de ansiedad pueden presentar síntomas similares a otros trastornos psiquiátricos, enfermedades físicas no psiquiátricas, efectos de sustancias o medicamentos, así como respuestas a factores ambientales.

4.6.1 Otros trastornos psiquiátricos

Trastornos del estado de ánimo: La ansiedad es común en trastornos como el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar. Puede manifestarse como síntomas de preocupación excesiva o agitación, lo que a veces puede llevar a una evaluación errónea

como un trastorno de ansiedad primario (Baños-Chaparro, J., et al., 2022).

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): Aunque el TOC puede incluir ansiedad, su presentación incluye compulsiones que son distintivas. La diferencia clave radica en que, en el TOC, la ansiedad se produce debido a la intrusión de pensamientos obsesivos, mientras que, en los trastornos de ansiedad, la preocupación se centra más en situaciones externas o internas que no necesariamente reducen o alivian al realizar compulsiones, como suele suceder en el TOC. (Rosmarin, D.H., 2023).

Trastornos de estrés postraumático (TEPT): Este trastorno puede incluir síntomas de ansiedad, pero su diagnóstico se basa en la exposición a un evento traumático. Las características del mismo, como los recuerdos intrusivos y la evasión, pueden diferenciarlo de un trastorno de ansiedad general (Aldunate, S., et al., 2024).

4.6.2 Enfermedades físicas no psiquiátricas

Enfermedades endocrinas: Trastornos como el hipertiroidismo pueden provocar ansiedad y síntomas similares, como palpitaciones y sudoración (Serje-Galván, G., et al 2024).

Trastornos cardíacos: Las condiciones como la angina pueden causar dolor en el pecho y dificultad

para respirar, que a menudo se malinterpretan como ataques de ansiedad (Pereira-Rodríguez, J.E., et al.,2020).

4.6.3 Efectos de sustancias o medicamentos

Abuso de sustancias: El consumo de alcohol, cafeína y otras drogas puede desencadenar o agravar la ansiedad. La ansiedad relacionada con la abstinencia también es un factor importante a considerar (Kessler et al., 2019).

Medicamentos: Algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios que incluyen síntomas de ansiedad. Por ejemplo, los corticosteroides e incluso, algunos antidepresivos pueden contribuir a la sensación de ansiedad (Zubizarreta et al., 2022).

4.6.4 Respuestas a situaciones externas

A veces, los síntomas de ansiedad pueden no ser indicativos de un trastorno clínico, sino respuestas a situaciones específicas.

Ansiedad situacional: La ansiedad puede ser una respuesta normal a situaciones estresantes, como hablar en público o realizar exámenes, que no se clasifican como trastornos de ansiedad al no generar disfuncionalidad (Rosmarin, 2023).

Estrés agudo: Las reacciones de ansiedad pueden ser parte de una respuesta de estrés agudo a eventos traumáticos o de alta presión, lo que no implica un

trastorno a largo plazo (Herrera Merchán, E.J. & Cañas Betancur, D.C., 2020).

4.7 Evolución y pronóstico

Duración de los síntomas: Los trastornos de ansiedad pueden ser crónicos si no se tratan adecuadamente. Sin intervención, los síntomas pueden durar meses o incluso años, lo que afecta significativamente la calidad de vida (Hofmann et al., 2020).

Trastornos comórbidos: La presencia de otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, puede complicar el pronóstico. Los individuos con trastornos de ansiedad y depresión pueden experimentar un curso más severo y resistente de los síntomas (Kessler et al., 2019).

Factores de riesgo: Los factores como la historia familiar, el estrés ambiental y el acceso a apoyo social influyen en la evolución del trastorno. Un ambiente de apoyo y la existencia de redes sociales sólidas son predictores positivos para una recuperación exitosa (Rosmarin, 2023).

5. Tratamiento

Uno de los principales objetivos del tratamiento para los trastornos de ansiedad son aliviar los síntomas, prevenir recaídas y evitar complicaciones a futuro. Como parte del enfoque terapéutico se debe plantear que el tratamiento debe ser integral y se

verá involucrado un manejo psicosocial, biológico y farmacológico. (Also Fontanet, A., Echiburu Salinas, N., & Pinto Asenjo, J., 2024)

5.1 No farmacológico

Las medidas no farmacológicas deben estar presentes en el tratamiento de la ansiedad, tanto en monoterapia en el caso de ansiedad leve o moderada, como en combinación con los tratamientos farmacológicos en ansiedad severa.

Algunas medidas cuentan con suficiente evidencia científica, mientras que otras no. Conforme el tiempo se han ido integrando diferentes medidas no farmacológicas, entre estas se encuentran: la entrevista motivacional, técnicas de relajación, abordaje psicosocial, psicoterapias, mindfulness, yoga, aromaterapia, terapia a través de imágenes y uso de nuevas tecnologías. Su uso podrá ser aislado o en combinación, pero siempre adaptándose a las características de cada individuo y su entorno. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E., 2024)

- Terapia de grupo

En cualquiera de las modalidades terapéuticas usadas tiene el valor añadido del poder coterapéutico de cada uno de los integrantes, así como el sentimiento de identidad de grupo e integración. Ha demostrado un efecto positivo en la percepción de la calidad de vida. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E.,2024)

1a

La terapia grupal también tiene beneficios terapéuticos únicos, como reducir los sentimientos de aislamiento y brindar la oportunidad de aprender de las experiencias de otros asistentes y modelar nuevas estrategias y comportamientos de afrontamiento basados en dichos aprendizajes compartidos. El análisis de subgrupos demostró que la terapia de grupo fue significativamente eficaz en la reducción de los síntomas de ansiedad en comparación con los controles no activos. (Ferreira, MG, et al., 2022)

A

1a

En comparación con grupos control, se encontró efectos positivos importantes en los síntomas de los pacientes sin importar el diagnóstico. Al estratificar la muestra por comparación, se reveló una superioridad en la psicoterapia de grupo sobre los grupos control cuando se comparan con tratamientos alternativos como la psicoterapia individual y la farmacoterapia. (Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame M, Rosendahl J, 2020)

A

- Terapia cognitivo conductual

1a

Se trata de un tipo de terapia basada en estrategias de identificación de las reacciones emocionales, especialmente ansiedad y de los pensamientos automáticos negativos (PAN), con un posterior entrenamiento en el «circuito de falsa alarma», que explica cómo esos PAN generan reacciones fisiológicas. Este tipo de terapia ha demostrado reducción de la ansiedad a corto y largo plazo,

A

siendo los resultados similares a los obtenidos con otras intervenciones no farmacológicas; sin embargo, ha demostrado más eficacia en los casos en los que se realiza en combinación con tratamiento farmacológico. (Van Dis et al., 2019)

- Mindfulness

1a	El logro de una conciencia no elaborativa de la experiencia actual y una forma de relacionarse con la propia experiencia con una orientación de curiosidad, apertura y aceptación son un medio eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en general cuando son usadas como coadyuvantes del tratamiento farmacológico. Ya que se asocian con mejorías en una amplia variedad de síntomas, por lo que podrían promover un afrontamiento saludable de situaciones que provocan malestar psicológico y estrés. (Haller, H., et al., 2021).	A

- Terapia cognitivo conductual basada en la Exposición a la Realidad Virtual (TCC-ERV):

En los últimos años, ha mostrado buenos resultados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y parece ser una buena alternativa a la exposición *in vivo* en la terapia cognitivo conductual habitual. Un beneficio importante de usar realidad virtual en la TCC es que permite crear experiencias realistas y envolventes que se pueden ajustar a las necesidades de cada paciente ya que los posibles

desencadenantes de los síntomas ansiosos se pueden experimentar de forma controlada y gradual. Aún es necesario realizar más estudios, como ensayos controlados aleatorizados, para verificar la solidez de sus beneficios. (Cedeño C.J., 2024)

- Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación muscular progresiva pueden asociarse a otras técnicas como la aromaterapia o la terapia relacionada con imágenes. El entrenamiento se realiza en consulta y después el paciente lo practica en casa para usar de un modo automático en momentos de inicio de la sintomatología ansiosa. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E., 2024)

- Musicoterapia

La música, al disponer de redes específicas para su procesamiento, compartidas con otras funciones que implican a todo el encéfalo, es capaz de modificar el estado emocional y los ritmos fisiológicos, además de cambiar la actitud mental. En un estudio de Navarra, se realizaron varias sesiones de 40-50 minutos en grupos o individuales con la finalidad de disminuir la ansiedad, observándose que la musicoterapia reducía los niveles de ansiedad en los pacientes pediátricos con cáncer y ayudaba a pacientes quirúrgicos a disminuir el nivel del dolor y la utilización de la analgesia. Puede ser utilizado

5

D

tanto en monoterapia como coadyuvante de otras técnicas como la relajación. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E., 2024)

- Abordaje del área biopsicosocial

Es un enfoque integral utilizado en la comprensión y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Este modelo reconoce que la ansiedad no se debe únicamente a factores biológicos, sino que también está influenciada por factores psicosociales. Se considera la historia clínica y familiar, los síntomas físicos y emocionales, los factores de estrés, los patrones de pensamiento y los recursos de apoyo social.

Entre los factores biológicos se encuentran las alteraciones químicas de neurotransmisores cerebrales y una predisposición genética de padecerla. A nivel psicológico se ve la influencia de experiencias traumáticas, así como estilos de vida con pensamientos catastrofistas. Los factores sociales que intervienen son el entorno familiar, laboral o de amistad que pueden potenciar o aumentar la vulnerabilidad de los trastornos de ansiedad. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E., 2024) Modificaciones de los estilos de vida:

5

D

A. Alimentación

5

Se ha visto que tener una dieta equilibrada en macro y micronutrientes y que sea rica en ácidos grasos, disminuye los niveles de ansiedad, mejora el apetito, el estado de ánimo y la concentración. Entre las recomendaciones dietéticas se recomienda la eliminación de sustancias excitantes como cafeína, teína, chocolate, nicotina, alcohol o psicoestimulantes. Aunque se ha observado cierto beneficio de suplementos de ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA) en pacientes con problemas de ira y ansiedad por trastorno por uso de sustancias, no existe evidencia suficiente para la recomendación de suplementos. En cuanto a los micronutrientes, un correcto aporte de vitaminas C y E disminuyen los niveles de ansiedad. Un mal control de la diabetes mellitus puede aumentar la ansiedad, así como la deficiencia de magnesio y zinc. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E., 2024)

D

B. Ejercicio físico

La práctica de ejercicio físico refuerza la autoestima, así como la capacidad de afrontamiento asertiva, disminuyendo la clínica de ansiedad. Con un predominio más efectivo en el sexo femenino. Se puede fomentar la realización del deporte como parte del tratamiento de la ansiedad mediante la recomendación y la psicoeducación por los efectos directos que el ejercicio tiene mediante el aumento

5

de endorfinas, además de dopamina, serotonina y oxitocina que ayudan a reducir el estrés y disminuir la ansiedad, así como el efecto indirecto de socialización en caso de realizar este ejercicio en grupo. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E. (2024)

C. Higiene de sueño

Un buen descanso ayuda al correcto funcionamiento cognitivo emocional. Mejorar la calidad del sueño disminuye la clínica ansiosa. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E. (2024)

D

D. Cambios en los hábitos cotidianos

Durante el aislamiento por la pandemia COVID-19 la disminución de los encuentros sociales, menor ejercicio físico, así como una peor alimentación, aumentaron considerablemente los niveles de estrés y ansiedad. Es decir, que un cambio de hábito como el deporte, la alimentación sana y el establecer relaciones sociales cercanas ayuda a disminuir los niveles o factores potenciales de ansiedad. (Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E., 2024)

5.2 Farmacológico

Con el descubrimiento de nuevos medicamentos psicotrópicos, el diagnóstico específico dentro de este espectro es esencial porque cada uno de estos trastornos responde a una farmacoterapia específica. El abordaje de la ansiedad también

debe reconocer que la ansiedad y la depresión son a menudo trastornos comórbidos.

Los medicamentos antes conocidos como antidepresivos y ansiolíticos siguen siendo los pilares del tratamiento. En la prescripción los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración y los posibles efectos secundarios. Hay que considerar factores como la edad, tratamiento previo, tolerancia y efectos secundarios. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

Se ha probado la eficacia de diversos agentes psicofarmacológicos durante los últimos 30 años, específicamente los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de recaptación de norepinefrina (IRSN) y las benzodiacepinas (BZ), convirtiéndose en los medicamentos seleccionados con mayor frecuencia por su eficacia y tolerabilidad. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

Los ISRS e IRSN se consideran las opciones de primera línea mientras que las BZ solo como opción de tratamiento aumentativo o de segunda línea. Las benzodiacepinas son tolerables y de acción rápida a diferencia de los antidepresivos serotoninérgicos, sin embargo, estas pueden ser adictivas, por lo que no se recomiendan para pacientes con abuso de sustancias como tampoco prescritas por periodos de tiempo indefinido. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

A. Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)

1a	En el trastorno de ansiedad generalizada, los ISRS se utilizan como tratamiento de primera línea. Su mecanismo de acción potencia la transmisión serotoninérgica, mejorando el estado de ánimo, reduciendo la preocupación excesiva y la dificultad para concentrarse. En general, se recomienda considerarlos cuando los síntomas de ansiedad son lo suficientemente graves como para interferir significativamente en la vida diaria de la persona y cuando los enfoques no farmacológicos, no han sido suficientemente efectivos por sí solos. Es importante tener en cuenta que no son medicamentos de acción inmediata. Pueden llevar varias semanas antes de que se observe una mejoría significativa. Por lo tanto, el tratamiento con ISRS generalmente se considera a largo plazo, con una duración recomendada de al menos seis meses a un año. (Also Fontanet, A., et al., 2024) Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, se recomienda cambiar a otro ISRS. Si aun así no existe un efecto beneficioso al cabo de las 8-12 semanas, se recomienda considerar el uso de otro fármaco con mecanismo de acción diferente, por	**A**

ejemplo, un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) o un antidepresivo tricíclico (ADT). En caso de desear finalizar el tratamiento con ISRS se ha de realizar de forma gradual, espaciando la toma a lo largo de semanas y disminuyendo gradualmente para evitar un síndrome de discontinuación de los ISRS. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

B. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) o duales.

1a

Su mecanismo de acción es similar a los antidepresivos tricíclicos, pero siendo más selectivos presentan menos efectos adversos debido a que no tienen acción significativa sobre receptores muscarínicos, histaminérgicos o alfaadrenérgicos debido a lo cual son más utilizados actualmente que los antidepresivos tricíclicos.

Por otra parte, comparado con los ISRS, los duales como la duloxetina y venlafaxina son los antidepresivos que más se interrumpen durante el tratamiento por sus efectos secundarios.

Sin embargo, los IRSN han sido aprobados para trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, ansiedad social y trastorno de pánico por su beneficio en la disminución y eliminación de los síntomas ansiosos por lo que al usarlos es necesario supervisar la tolerancia del medicamento en el paciente. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

A

C. Antidepresivos tricíclicos (ADT)

Son los más antiguos, entre estos están: amitriptilina, clomipramina, imipramina y nortriptilina. Si bien continúan siendo eficaces, ya no son usados como primera línea de tratamiento debido a la somnolencia y los efectos secundarios anticolinérgicos que presentan.

Tienen una alta afinidad tisular, condicionando así su acumulación en los tejidos y por ende tienen un perfil de seguridad desfavorable. Se caracterizan por tener una ventana terapéutica, por lo que al aumentar la dosis no aumentan los efectos beneficiosos, pero sí los efectos adversos. Presentan además incontables interacciones con otros fármacos. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

1a

D. Antagonistas de los receptores pre-sinápticos adrenérgicos alfa-2 (NaSSa).

A

Por su mecanismo de acción la mirtazapina tiene un potente efecto antihistamínico, con importante sedación. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

E. Inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO)

Raramente se utilizan hoy en día debido a sus varios efectos adversos que incluyen insomnio, nerviosismo, alteración de la presión arterial llegando a crisis hipertensivas, agitación y confusión, entre otros. Se dividen en dos grupos, los selectivos (moclobemida) y los no selectivos; sin embargo, por haber opciones con mejor perfil respecto a efectos

secundarios y mayor tolerabilidad no se recomienda su uso actualmente. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

F. Antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT2 e inhibidores débiles de la recaptación de 5-HT (ASIR).

1a

En dosis terapéuticas la trazodona presenta un potente efecto antihistamínico, por lo que produce un gran efecto sedante. Se utiliza sobre todo en combinación con otros. También está indicado en trastornos de ánimo y componente de insomnio. (Also Fontanet, A., et al., 2024)

A

G. Otros antidepresivos

5

- Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN): El bupropión, se ha usado en pacientes con ansiedad que están siendo tratados con ISRS como coadyuvante, las investigaciones son limitadas como monoterapia para la ansiedad. En un ensayo controlado donde se compara con escitalopram se encontró que los dos tuvieron una eficacia ansiolítica comparable. Se necesitan más investigaciones para determinar la eficacia del bupropión en los trastornos de ansiedad. (Garakani, A., et al, 2020).

D

- Agonistas melatoninérgicos MT1-MT2 y antagonista de los receptores de serotonina: La agomelatina, se ha estudiado más ampliamente en la depresión, aunque también se encontró que

tiene propiedades ansiolíticas. Un metaanálisis de tratamiento para trastornos de ansiedad generalizada determinó que era bien tolerada y potencialmente eficaz, pero esta debe seguir siendo estudiada. (Garakani, A., et al., 2020).

	• Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (INRA). Reboxetina de nueva generación, se utiliza sobre todo para trastorno depresivo mayor agudo y en algunos en el trastorno por déficit de atención, trastorno del pánico y bulimia nerviosa. En cuanto a su eficacia, varios estudios no han encontrado diferencias clínicamente significativas en comparación con otros antidepresivos, en específico con los ISRS, se ha visto que presentan un perfil de seguridad menor. (Also Fontanet, A., et al., 2024)	
1a	• Modulador-estimulador de serotonina (MES o MULTI). Vortioxetina: es un fármaco multimodal de reciente comercialización, produciendo un efecto antidepresivo a dosis sostenidas y ansiolítico en tratamientos de corta duración. Se ha observado una mejora en las funciones cognitivas en comparación con el placebo. Sin embargo, actualmente existe incertidumbre acerca de su relevancia clínica. En términos de seguridad, no se cuenta con suficiente evidencia para afirmar que este medicamento tenga una mayor seguridad en comparación con los antidepresivos de primera línea. (Also Fontanet, A., et al., 2024)	**A**

H. Ansiolíticos

Las benzodiacepinas y los fármacos Z son ansiolíticos que se utilizan para los trastornos de ansiedad e insomnio. También se usan como anticonvulsionantes, relajantes musculares y en la desintoxicación alcohólica.

Los fármacos Z, zolpidem y zopiclona, se promocionaron como hipnóticos con un perfil farmacocinético mejor que el de las BDZ, de acción más rápida, vida media corta, reducción de la latencia del sueño sin modificar su arquitectura y disminución de los efectos residuales durante el día. Poseen efectos secundarios similares, afectando al deterioro cognitivo y alteraciones psicomotoras; por lo tanto, el beneficio-riesgo es similar. Las guías NICE las clasificaron sin aportar ventajas respecto a las benzodiacepinas.

1a Para el correcto uso de las benzodiacepinas se recomienda su utilización a corto plazo, para disminuir la agitación o ansiedad aguda o grave, no superar las 2-4 semanas en insomnio y las 8-12 semanas en trastornos de ansiedad, incluido el tiempo de retirada gradual del fármaco, aunque en las últimas guías se recomienda no superar las cuarto semanas en ambos casos. Utilizarlas en monoterapia y a la mínima dosis que sea eficaz. El uso a largo plazo se debe supervisar de cerca. A

Las BDZ se clasifican según su vida media: corta (<6 h) como el bentazepam y midazolam; media (de 6 a 24 h) como el alprazolam, bromazepam, lorazepam, lormetazepam y larga (>24 h) como el diazepam, clonazepam y ketazolam.

Aunque todas tienen los mismos efectos secundarios, hay que tener en cuenta que los principios activos con vida media corta incrementan más el riesgo de dependencia y síndrome de abstinencia. Y los de vida media larga incrementan más el riesgo de sedación, con los efectos secundarios que ello pueda conllevar.

(Also Fontanet, A., et al., 2024)

Tabla 5.1 Tratamiento farmacológico

Familia	Principio Activo	Rango terapéutico	Efectos secundarios	Consideraciones
Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina	Escitalopram* (Código LBM IGSS 10508)	10-20mg	Mayor probabilidad de hiponatremia Potencial aumento del intervalo Q	Contraindicación en pacientes con síndrome congénito del QT largo. Factores de riesgos de desarrollar Torsade de Pointes en insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, bradiarritmias o predisposición a hipocalemia o hipomagnesemia por enfermedad.
	Fluoxetina	20-60mg	Síndrome de discontinuación Mayor probabilidad de hiponatremia Pérdida de peso Interacción negativa entre fluoxetina y litio (los pacientes pueden desarrollar manía y neurotoxicidad)	Fármaco con buena seguridad cardiaca Uso en el embarazo por su menor riesgo frente a otros ISRS Evitar en los ancianos si presentan ansiedad Evitar o realizar ajuste de dosis en enfermedad hepática Utilizar con precaución en los pacientes con síndrome de QT largo o antecedentes familiares de prolongación del QT2
	Fluvoxamina	50-300mg	Limitado su uso en la práctica clínica por mayor incidencia de alteraciones gastrointestinales (náuseas que pueden acompañarse de vómitos, anorexia, estreñimiento)	

Continúa…

Familia	Principio Activo	Rango terapéutico	Efectos secundarios	Consideraciones
	Paroxetina (Código LBM IGSS 2114)	20-60mg	Mayor incidencia de sedación y disfunción sexual Síndrome de discontinuación Efecto anticolinérgico (estreñimiento, retención urinaria, caídas, confusión) Posible aumento de peso	Mayor tasa de abandono debido a sus efectos secundarios Buena seguridad cardiaca Por síndrome de discontinuación se aconseja la disminución de la dosis gradual Evitar en los ancianos por el riesgo de interacción con efecto anticolinérgico Evitar en el embarazo (riesgo de malformaciones cardiacas en el primer trimestre) Podría emplearse en la lactancia materna
	Sertralina	50-200 mg	Buena tolerancia. Mejora la eficacia al aumentar la dosis Mayor incidencia de diarrea que otros ISRS Posible síndrome de discontinuación	Se puede continuar tratamiento durante el embarazo, pero se ha de evitar. Podría emplearse en caso de lactancia materna si los beneficios superan los riesgos potenciales.
Antidepresivos Tricíclicos	Clomipramina * (Código LBM IGSS 861)	100-250 mg	Importante actividad anticolinérgica (caída, deterioro cognitivo, disfunción cardiovascular)	Importante actividad anticolinérgica (caídas, deterioro cognitivo, disfunción cardiovascular).

Continúa…

Familia	Principio Activo	Rango terapéutico	Efectos secundarios	Consideraciones
Inhibidores de la recaptación de sertralina y noradrenalina o duales	Imipramina (Código LBM IGSS 831)	100-300 mg	Sobrecarga adrenérgica (aumento de la presión arterial diastólica y frecuencia cardíaca, alteración de la conducción, boca seca, disfunción sexual) Mayor riesgo de suicidio y toxicidad/ letalidad por sobredosis Mayor tasa de náuseas y vómitos Aumenta el riesgo de sangrado Aumento de los niveles séricos de colesterol Reducción del umbral convulsivo Posible síndrome de discontinuación, se aconseja disminución, se aconseja disminución gradual de la dosis	Monitorizar la tensión arterial y niveles de colesterol Utilizar con precaución en pacientes hipertensos mal controlados, IAM reciente, cardiopatía inestable y con riesgo elevado de arritmias cardíacas Evitar en los casos de arritmia cardíaca Uso con precaución en pacientes con epilepsia Contraindicado su uso en los pacientes con glaucoma no controlado.
	Venlafaxina * (Código LBM IGSS 2091)	75-300 mg		
	Desvenlafaxina	50-100 mg	Aumento de la presión arterial Aumento de los niveles séricos de colesterol Posible síndrome de discontinuación, se aconseja disminución gradual de dosis Riesgo de hemorragias	Evitar en los pacientes con hipertensión arterial Evitar en los pacientes con asma, sobre todo si son alérgicos al AAS

Continúa…

Familia	Principio Activo	Rango terapéutico	Efectos secundarios	Consideraciones
	Duloxetina	30-60 mg	Aumento de la tensión arterial diastólica. Puede producir incremento del colesterol total Aumento del riesgo de sangrado Alteraciones gastrointestinales Hepatotoxicidad Posible síndrome de discontinuación, se aconseja disminución gradual de las dosis.	Evitar en los pacientes hipertensos mal controlados y en los pacientes con hepatopatía grave Utilizar con precaución en caso de los pacientes con epilepsia, cardiopatías y con diátesis hemorrágica conocida Contraindicado su uso en los pacientes con glauco no controlado.
Inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina	Bupropión	225-450 mg	Efectos neuropsiquiátricos (manía y trastorno bipolar) Reacciones alérgicas graves Convulsiones dependientes de dosis Defectos congénitos Se ha descrito hipertensión arterial	Tasas más bajas de disfunción sexual respecto a otros antidepresivos No produce sedación, aunque puede empeorar el insomnio Contraindicado en pacientes con antecedentes de convulsiones o epilepsia.
Antagonista de los receptores presinápticos adrenérgicos alfa-2	Mirtazapina	15-30 mg	Puede producir agranulocitosis Riesgo de convulsiones Prolongación del intervalo QT Aumento del apetito y ganancia ponderal Edemas	Produce menos efectos cardiovasculares Carece de actividad anticolinérgica Útil en trastorno depresivo mayor con insomnio Menor disfunción sexual Buena seguridad cardíaca

Continúa…

Familia	Principio Activo	Rango terapéutico	Efectos secundarios	Consideraciones
Agonistas melatoninérgicos MT1-MT2 y antagonistas de los receptores de serotonina	Agomelatina	25-50 mg	Puede producir elevación de los niveles de transaminasas, hepatitis e insuficiencia hepática Ganancia ponderal Ideación suicida	Datos sobre eficacia controvertidos Uso en depresión mayor del adulto Menor disfunción sexual Mejor calidad del sueño
Modulador-estimulador de serotonina	Vortioxetina	15-20 mg	Náuseas	Perfil similar al de otros ISRS e IRSN No es necesaria una reducción gradual de dosis para su suspensión Indicado en trastorno de ansiedad y trastorno depresivo mayor en los adultos

Nota: Tomado de (Garakani, A., et al., 2020), (Also Fontanet, A., et al., 2024). Modificado por grupo de desarrollo.

*Medicamentos disponibles en el Centro de Atención Integral de Salud Mental

1a

Los ISRS e IRSN son el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad generalizada. A pesar de dosis iniciales bajas, finalmente los pacientes tienden a requerir dosis más altas para una respuesta significativa, especialmente en pacientes con trastorno de pánico; esto implica un riesgo mayor de efectos secundarios dependiente de dosis. Los ISRS aprobados por la FDA para el trastorno de pánico incluyen la fluoxetina, sertralina y paroxetina; la venlafaxina XR es el único IRSN con indicación por la FDA para este trastorno. (Melaragno, A.J., 2021).

A

Tabla 5.2. Tratamiento de elección según comorbilidades asociadas

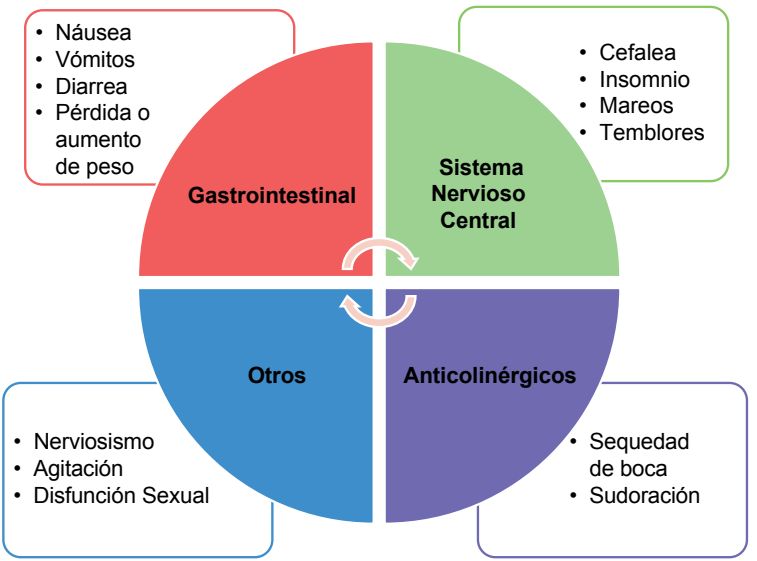
Comorbilidad	Primera línea	Evitar
Bulimia nerviosa	Fluoxetina, ISRS	
Demencia	ISRS y si hay insomnio asociado Mirtazapina y/o trazodona	ADT
Insomnio	Trazodona, Mirtazapina	Bupropion
Cardiopatías	Sertralina	ADT, IRSN, citalopram y escitalopram
Hipertensión	ISRS	Duales y bupropion
Hiperplasia benigna de próstata	ISRS	ADT
Glaucoma	ISRS (fluoxetina y sertralina)	ADT
Epilepsia	ISRS	Bupropion y ADT

Continúa…

Comorbilidad	Primera línea	Evitar
Obesidad	Fluoxetina y bupropión	Paroxetina
Dolor crónico y neuropático	Duloxetina y Amitriptilina	
Parkinson	Sertralina, bupropión	ISRS

Nota: Tomado de (Also Fontanet, A. et al., 2024). Modificado por grupo de desarrollo.

Gráfica 1. Efectos secundarios del tratamiento farmacológico



Nota: Elaborado por grupo de desarrollo.

5. Glosario

Agorafobia: Es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo intenso a estar en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o no haya ayuda disponible, como espacios abiertos, multitudes o transporte público que puede llevar a evitar dichas situaciones y limitar el funcionamiento diario.

Ansiedad: Es una respuesta emocional caracterizada por preocupación o miedo excesivos ante situaciones percibidas como amenazantes. Puede incluir síntomas físicos como sudoración, taquicardia o tensión muscular.

Fobia: Miedo intenso e irracional hacia un objeto, situación o actividad específica que provoca una respuesta de ansiedad desproporcionada. Este temor conduce a la evitación persistente y afecta el bienestar o funcionamiento diario de la persona.

Mindfulness: Es una práctica de atención plena que consiste en enfocar conscientemente el momento presente, aceptándolo sin juicio. Contribuye a reducir el estrés, mejorar la concentración y fomentar el bienestar emocional.

Mutismo: Es la incapacidad parcial o total de hablar, que puede ser causada por factores psicológicos, neurológicos o físicos.

Técnicas de relajación: Son prácticas diseñadas para reducir la tensión física y mental, promoviendo calma y bienestar. Incluyen ejercicios como respiración profunda, relajación muscular progresiva, meditación y visualización guiada.

Terapia cognitivo-conductual: Es un tratamiento psicológico que combina estrategias para modificar pensamientos y conductas disfuncionales, para mejorar el bienestar emocional.

6. Referencias bibliográficas

Aldunate, S., Molina, I., Hernández-González, O., Spencer, R., Ramos, N., & Fresno, A. (2024). Overview of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder Research: A Bibliometric Analysis. *Terapia psicológica*, *42*(3), 305-329. https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082024000300305

Also Fontanet, A., Echiburu Salinas, N., & Pinto Asenjo, J., (2024). Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad. Atención Primaria Práctica, Volumen 6, Issue 1, 2024, 100189. https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100189

American Psychiatric Association. (2022). Trastornos de ansiedad. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5.ª edición. Pp 189-233. Disponible: https://www.federacio-catalanatdah.org/wpcontent/uploads/2018/12/dsm5manualdiagnsticoyestadisticodelostras-tornosmentales-161006005112.pdf

Bamalan, O. A., Alosaimi, N. M., Alfryyan, A. A., Aljubran, H. J., Alanazi, F. H., & Siddiqui, Z. I. (2023). Trastorno de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura actual en Arabia Saudita. Psicología (Irvine, California), 14(01), 35–51. https://doi.org/10.4236/psych.2023.141003

Baños-Chaparro, J., Lamas Delgado, F., Ynquillay-Lima, P., Jacobi-Romero, D.J., & Fuster Guillen, F. G., (2022). Análisis de red de la comorbilidad entre síntomas de ansiedad e insomnio en adultos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *51*(2), . Epub 01 de junio de 2022. Recuperado en 25 de noviembre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200006&lng=es&tlng=es.

Barkowski, S., Shwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G.M & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and metaanalysis. Psychother Res. 2020 Nov;30 (8):965-982. oi: 10.1080/10503307.2020.1729440.

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Terapia cognitivo-conductual para la ansiedad y trastornos relacionados: un metaanálisis de ensayos controlados con placebo aleatorio. Depresión y ansiedad, 35(6), 502–514. https://doi.org/10.1002/da.22728

Cedeño C.J. (2024). La realidad virtual y terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad. Revisión bibliográfica. 6(11), 47-59. https://doi.org/10.56124/nuna-yachay.v6i11.005

Domínguez Domínguez, J. A., Expósito Duque, V., & Torres Tejera, E. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. Atención Primaria Práctica, 6(2), 100194. https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194

Farmacoterapia de los trastornos de ansiedad: opciones de tratamiento actuales y emergentes. Fronteras en psiquiatría, 11. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V. de, Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Efectos de la terapia de aceptación y compromiso grupal (ACT) sobre la ansiedad y los síntomas depresivos en adultos: un metaanálisis. Revista de trastornos afectivos, 309, 297–308. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134

Fontanet A, Echiburu Salinas N, Pinto Asenjo J. Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad. Aten Primaria Prac.2024;6(1):100189. https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100189

Garakani, A., Murrough, J. W., Freire, R. C., Thom, R. P., Larkin, K., Buono, F. D., & Iosifescu, D. V. (2020). Pharmacotherapy of anxiety disorders:current and emerging treatment options. doi: 10.3389/fpsyt.2020.595584.

Gómez, A. F., Barthel, A. L., & Hofmann, S. G. (2018). Comparación de la eficacia de

las benzodiazepinas y los antidepresivos serotoninérgicos en adultos con trastorno de ansiedad generalizada: una revisión metaanalítica. Opinión de expertos sobre farmacoterapia, 19(8), 883–894. https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1472767

Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., Dobos, G., & Cramer, H. (2021). Una revisión sistemática y un metanálisis de intervenciones basadas en la aceptación y la atención plena para los trastornos de ansiedad del DSM-5. Informes Científicos, 11(1), 20385. https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w

Herrera Merchán, E. J., & Cañas Betancur, D. C. (2020). El estrés postraumático como precursor de daños en salud mental y cognición en víctimas de violencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, *16*(2), 311-323. Epub July 01, 2020.https://doi.org/10.15332/22563067.6297

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2020). La eficacia de la terapia cognitivo conductual: una revisión de metanálisis. Terapia cognitiva e investigación, 36(5), 427-440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2019).

Prevalencia a lo largo de la vida y distribución por edad de aparición de los trastornos del DSM-IV en la Encuesta Nacional de Comorbilidad. Archivos de Psiquiatría General, 62(6), 593-602. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Melaragno A. J. (2021). Pharmacotherapy for Anxiety Disorders: From First-Line Options to Treatment Resistance. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, *19*(2), 145–160. https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200048

Moss, E. J., Popper, K., & Reid, S. (2020). La relación entre hipertiroidismo y trastornos de ansiedad: una revisión. Journal of Endocrinological Investigation, 43(3), 285-294. https://doi.org/10.1007/s40618-019-01086-6

Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf.

Pereira-Rodríguez, J. E., Velasquez-Badillo, X., Peñaranda-Florez, D.G., Pereira-Rodríguez, R., Pereira-Rodríguez, P, & Ceballos-Portilla, L.F. (2020). Depresión y ansiedad en falla cardíaca: ¿existen diferencias según el grupo muscular rehabilitado? Ensayo clínico aleatorizado (Strong Hearts Trial). *Acta Médica del Centro*,

14(4), 463-478. Epub 31 de diciembre de 2020. Recuperado en 25 de noviembre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000400463&lng=es&tlng=es.

Rodríguez Tejada, A. & Torres Tejera M.E. (2024). Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. Atención Primaria Práctica 6 (2024) 100193. https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100193

Rosmarin, D. H. (2023). Cómo prosperar con ansiedad: Una guía para comprender y gestionar la ansiedad. Harvard University Press.

Serje-Galván, G., Salazar-Patiño, P. A., Quintero-Barbosa, G., & Gómez-Mercado, C. A., 2024). Relación entre depresión, ansiedad y trastorno psicótico en personas con hipotiroidismo: revisión sistemática de estudios observacionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *42*, e352499. Epub December 12, 2024.https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e352499

Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada: una revisión. The Psychiatric Quarterly, 91(3), 905–914. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0

Van Dis, E. a. M., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., Van

Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2019). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral therapy for Anxiety-Related Disorders. *JAMA Psychiatry*, *77*(3), 265. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Van Loenen, I., Scholten, W., Muntingh, A., Smit, J., & Batelaan, N. (2022). La eficacia de la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición a la realidad virtual para los trastornos de ansiedad graves, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático: metaanálisis. Revista de investigación médica en Internet, 24(2), e26736. https://doi.org/10.2196/26736

Zubizarreta, J. R., Villar, F., & González, J. (2022). Tratamientos farmacológicos para los trastornos de ansiedad: una visión general. Opinión actual en psiquiatría, 35(3), 281-287. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000698



7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-99939-56-17-4