

Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Ansiedad

Lic. Nicolás Basin

Los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos del estado de ánimo, tienen la prevalencia más alta a nivel mundial entre todos los trastornos mentales, y son los mayores responsables de contribuir a la morbi-mortalidad a través del malestar subjetivo que generan. El deterioro psicosocial que conllevan origina un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales, y en la productividad en el trabajo. La alta prevalencia y el curso recurrente o crónico de muchos de los trastornos del capítulo, hacen que sean los trastornos mentales que más repercuten en las economías nacionales. Asimismo, constituyen un serio desafío para nuestros sistemas de atención sanitaria y social, superando al de otras dolencias físicas (epilepsia, tumores cerebrales, esclerosis múltiple). Una amplia investigación (Olesen et al, 2012) realizada en 30 países europeos destaca la importancia de invertir en investigación, en estrategias de prevención y en programas de intervención para amortiguar el costo de estas dolencias.

La mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general entre un 10% y un 20% (Martín Pérez C. et al, 2003). En investigaciones realizadas entre los pacientes que acuden a servicios de atención primaria la prevalencia oscila entre un 20% y un 40% (ChocrónBentata L. et al, 1995). En Europa, la gran mayoría de los pacientes con trastornos mentales son atendidos por un médico de Atención Primaria (64,2% en el estudio ESEMeD-Europa), por lo que el tipo de tratamiento recibido mayoritariamente es el tratamiento farmacológico (Kovess-Masfety et al., 2007). En Estados Unidos el 12% de las personas tendrán un trastorno de

ansiedad en algún momento de sus vidas (NICE, 2013). Las mujeres tienen más riesgo de presentar un trastorno de ansiedad que los hombres, y la prevalencia de los mismos en muchos casos se duplica. La edad de inicio es menor que la de los trastornos depresivos, y esto produce que muchas veces un trastorno de ansiedad pueda derivar en un trastorno depresivo mayor en la edad adulta, con el consiguiente aumento del deterioro psicosocial ante la comorbilidad.

Hay que destacar que la ansiedad no siempre es patológica, y todos la experimentamos en algún momento de nuestras vidas de forma más acentuada. Forma parte de una reacción normal de adaptación a las circunstancias de la vida y por ello es importante determinar en qué momento se vuelve patológica. La evaluación psicopatológica resulta vital, ya que allí se observa por un lado que en la ansiedad patológica se pierde la proporcionalidad al estímulo. Asimismo, la duración e intensidad son mayores, emerge sintomatología somática, y paulatinamente aparece la afectación de la libertad. Estos últimos aspectos destacados resultan fundamentales a la hora de determinar cuándo se constituye un problema para el individuo.

Los síntomas nucleares de los trastornos de ansiedad son el miedo y la preocupación excesiva. Se ha avanzado mucho en comprender la neurobiología del miedo, en donde la amígdala desempeña un papel central en los circuitos que integra (con estructuras como el hipotálamo, tálamo, el córtex cingulado anterior, el córtex orbital prefrontal, hipotálamo, etc.). Mientras tanto las preocupaciones excesivas se las asocia al funcionamiento de los circuitos cortico-estriado-tálamico-corticales.

La falta de diagnóstico, así como el tratamiento tardío del mismo, tienen un efecto negativo sobre el curso del trastorno, que favorece la cronificación y aumenta el deterioro psicosocial. La intervención, tanto psicoterapéutica como farmacológica, en los inicios del trastorno, está correlacionada con un mejor pronóstico. Los trastornos de ansiedad son con frecuencia comórbidos con otros trastornos mentales, entre ellos se pueden destacar el trastorno depresivo mayor, el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

El DSM-5, editado en el año 2013, incluye dentro del capítulo “Trastornos de ansiedad” a los siguientes:

1. Trastorno de ansiedad por separación (F93.0)
2. Mutismo selectivo (F94.0)
3. Fobia específica (F40.23X)
4. Trastorno de ansiedad social (fobia social) (F40.10)
5. Trastorno de pánico (F41.0)
6. Agorafobia (F40.00)
7. Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (F06.4)
9. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
10. Otro trastorno de ansiedad especificado (F41.8)
11. Otro trastorno de ansiedad no especificado (F41.9)

Principios Generales de Manejo de Caso

Las guías de recomendaciones clínicas proponen distintas intervenciones hacia el paciente con un trastorno de ansiedad, estableciendo el nivel de recomendación y el grado de evidencia científica del mismo. Las mismas se mantienen actualizadas en períodos de 2 a 5 años y dan una serie de intervenciones “clave”.

Los tipos de intervención con evidencia efectiva más duradera son:

- Terapia cognitivo-conductual
- Farmacoterapia
- Auto-ayuda/Biblioterapia

Cada intervención es evaluada en relación al diagnóstico. En cuanto a las intervenciones en atención primaria, luego de una evaluación se esperan dos semanas para observar el efecto de la intervención inicial (psicoeducativa y diagnóstico). En caso de no observar un efecto en el primer mes, se debe derivar al Servicio de Salud Mental.

En la realización del diagnóstico se deben recoger antecedentes personales de:

- Uso de alcohol, drogas, tabaco, cafeína, fármacos prescritos.
- La existencia de enfermedades orgánicas conocidas.
- Acontecimientos vitales estresantes (historia familiar, laboral y social).
- Detectar alteraciones de la memoria, desorientación, confusión, agitación. Alteraciones de la percepción. Quejas somáticas diversas. Alteraciones del apetito, sexo y sueño.
- Presencia de comorbilidades

Por otra parte, en toda prescripción de medicamentos en los trastornos de ansiedad se consideran los siguientes aspectos:

- Edad del paciente.
- La respuesta a tratamientos previos.
- Perfil de seguridad más favorable.
- Preferencias del paciente.
- Eficiencia del medicamento.

Los psicofármacos más utilizados en la mayoría de los diagnósticos del capítulo son los IRSS. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS (2004), el tratamiento de la ansiedad debe estar limitado a la dosis mínima efectiva durante el tiempo más corto posible. La mayoría de las normativas clínicas recomiendan continuar con el tratamiento de 4 a 6 meses después de la recuperación con el objeto de evitar la recaída (reaparición de los síntomas previos) y la recurrencia. Esto significa que el tratamiento debe durar un mínimo de 6 meses, siendo entre 9 y 12 meses el tiempo promedio. Es fundamental el tiempo de administración, ya que un efecto a largo plazo de los IRSS consiste en incrementar los niveles séricos del factor de crecimiento neuronal cerebral, así como de otros factores neurotróficos.

Todos los pacientes a quienes se prescriban antidepresivos deben ser informados, al inicio de su tratamiento, de los potenciales efectos adversos (incluyendo un incremento de ansiedad, transitorio al inicio) y el riesgo de síntomas de abstinencia si el tratamiento se suspende bruscamente, o incluso al reducir dosis u olvidarse de tomar el medicamento. Los pacientes que inician

el tratamiento con antidepresivos deben ser informados del retraso en el inicio del efecto y del tiempo estimado de tratamiento.

1. Trastorno de Ansiedad por Separación

En el trastorno de ansiedad por separación (TAS) se observa una ansiedad excesiva e inapropiada al nivel de desarrollo del sujeto, relacionada con la separación de las figuras de apego. El malestar está ligado a la preocupación por perder las figuras de apego, o que estas sufran daño. Se manifiesta en un amplio grupo de situaciones donde la persona resiste a ir al colegio, al trabajo o a cualquier otro lugar por miedo a la separación. Ante la anticipación de la misma la ansiedad aumenta y se pueden manifestar quejas somáticas (dolor de cabeza, dolor de estómago, etc.). La ansiedad por separación es un miedo frecuente en los niños entre los 1 y 6 años de edad. Se da en el 50-75% de los niños hacia los 2 años y en el 20-40% a los 3 años. Existe una mayor comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y el trastorno depresivo mayor. El DSM-5 indica una prevalencia del 4% en niños y del 0,9-1,9% en adultos. El TAS puede iniciarse antes de los 6 años, pero también en cualquier momento de la vida del individuo. La edad de comienzo más frecuente en los niños es entre los 7 y 9 años.

En relación al tratamiento se recomienda como primera aproximación la psicoterapia, y existe poca evidencia en relación a los psicofármacos que se puedan utilizar para el mismo. Entre los fármacos estudiados la imipramina (antidepresivo tricíclico) ha obtenido mejores resultados que el placebo en un estudio (King, Ollendick y Tonge, 1995). Por otra parte, en otra investigación en niños y adolescentes con TAS, trastorno de ansiedad generalizada o fobia social, la fluvoxamina, la fluoxetina y la sertralina han sido superiores al placebo. En otro estudio no controlado la fluoxetina se ha mostrado eficaz (Birmaher et al, 1994, citado en Kendall et al, 1997).

2. Mutismo Selectivo

El mutismo selectivo (MS) consiste en el fracaso para hablar en situaciones sociales específicas donde se espera que el sujeto pueda desenvolverse

(escuela, trabajo). La falta de discurso se da en las interacciones con niños o adultos. Los niños con MS hablan delante de sus padres, pero a menudo no lo pueden hacer frente a sus amigos, ni en la escuela. Está asociado a la ansiedad social y a la timidez excesiva. Es una patología con muy baja prevalencia (0,03-1%) y habitualmente se inicia antes de los 5 años, donde hay un aumento de la interacción social. Las condiciones comórbidas más frecuentes son otros trastornos de ansiedad (ansiedad social, ansiedad por separación, fobia específica).

Estudios abiertos sugieren que la fluoxetina es eficaz para el tratamiento de niños con trastornos de ansiedad (Birmaher & Yelovich, 1998), donde se incluyó al mutismo selectivo, la ansiedad social y la ansiedad por separación. Las investigaciones al respecto son bastante escasas, muchas de caso único. Se encuentran algunos casos reportados donde la administración de IRSS como citalopram, fluoxetina y sertralina para el tratamiento han resultado efectivas. Para los pacientes que no responden a otros tratamientos (incluso con fluoxetina u otros inhibidores de la recaptación de serotonina) están indicados los inhibidores de la MAO, aunque debe realizarse un cuidadoso monitoreo de la medicación y de la dieta.

3. Fobia Específica

La fobia es el miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación determinada. La reacción del sujeto es desproporcionada ante el peligro real que conlleva la situación. Con el tiempo se evita o resiste activamente el objeto o situación fóbica. Se establecieron cuatro categorías para la clasificación de las fobias: animal (arañas, insectos, etc.), entorno natural (tormentas, alturas, etc.), sangre-inyección-herida (extracciones de sangre, dentista, etc.) y situacional (avión, ascensor, etc.). En Europa y Estados Unidos la prevalencia es del 7-9% en población general. Generalmente se desarrolla en la infancia y la mayoría de las veces antes de los 10 años. Es una entidad rara en consultorios médicos o psicológicos, en ausencia de otra enfermedad o trastorno, debido a que la gente no suele consultar a menos que no pueda evitar más una situación (por ejemplo, ante una cirugía en el caso de la fobia a la sangre).

La psicoterapia cognitivo-conductual con técnicas de exposición suele ser efectiva para este trastorno. En cuanto al tratamiento farmacológico, se utilizan benzodiacepinas cuando el estímulo fóbico se encuentra inevitablemente y con relativa poca frecuencia. Este sería el caso de la fobia al dentista, a volar o a la sangre-inyección-extracción. El alprazolam (Wilhelm y Roth, 1997) ha mostrado eficacia en un estudio realizado sobre pacientes con fobia a volar, mientras que el midazolam (Thom, Sartory y Jören, 2000) y el lorazepam se han utilizado para la fobia al dentista. Los betabloqueantes (propanolol) pueden reducir la taquicardia y otros síntomas somáticos, pero no reducen de forma significativa el miedo. La paroxetina ha demostrado su eficacia en un estudio con 11 sujetos fóbicos. Un último fármaco a considerar es la D-cicloserina, un agonista parcial del receptor glutamatérgico del N-metil-D-aspartato que facilita la extinción del miedo. Este fármaco no es un ansiolítico sino un facilitador del aprendizaje. La inclusión del fármaco en sesiones psicoterapéuticas de exposición potencia los efectos de las mismas. Hay que tener especial cuidado en el uso de los psicofármacos en esta entidad psicopatológica ya que muchos autores consideran que interfieren con la eficacia de la psicoterapia, especialmente si se utilizan dosis altas y por tiempo prolongado.

4. Trastorno de Ansiedad Social

La característica fundamental de la ansiedad social (anteriormente fobia social) es un intenso miedo o ansiedad ante situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a la posible evaluación por otras personas (ej.: dar charlas). La persona tiene miedo a mostrar síntomas de ansiedad (sonrojarse, sudoración) que se valoren negativamente o a comportarse de manera inadecuada. A menudo el sujeto tiene temor a ofender a los demás y a verse rechazado. Para su diagnóstico se requieren al menos 6 meses de presencia de sintomatología ansiosa y se requiere especificar si el sujeto lo presenta únicamente ante actuaciones en público o está generalizado a distintas situaciones de su vida. La prevalencia en Estados Unidos se sitúa en un 7% en población general, mientras que estudios epidemiológicos en el resto del mundo arrojan cifras menores (entre 0,5-2%). La edad media de inicio es de 13

años, donde el 75% de los individuos tiene entre 8 y 15 años. Muchas veces el trastorno emerge de una historia de timidez o inhibición en la infancia, y también se observa luego de una experiencia estresante o humillante.

En el tratamiento farmacológico de la ansiedad social simple (síntomas fóbicos en situaciones sociales claramente definidas) se utiliza propranolol (pre-exposición): es un fármaco betabloqueante, el cual se emplea para el tratamiento de la hipertensión, y también tiene propiedades que atenúan las manifestaciones físicas de la ansiedad (temblor, taquicardia, sudoración, etc.). Por otra parte, para el tratamiento farmacológico de la ansiedad social generalizada se utilizan los IRSS. La guía NICE (2013) recomienda la elección de un IRSS, en particular escitalopram o sertralina. En caso de respuesta parcial sugieren tratamiento combinado con psicoterapia cognitivo-conductual. Si aun así no se observa respuesta, se modifica el esquema a otro IRSS (fluvoxamina o paroxetina) o se utiliza venlafaxina (IRSN). Por último, en los individuos donde tampoco hay respuesta se ofrece un IMAO (fenelzina).

5. Trastorno de Pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por presentar ataques de pánico de forma recurrente e imprevista. Durante el ataque de pánico, que alcanza su máxima intensidad en pocos minutos, se observa sintomatología somática (palpitaciones, sudores, temblor, sensación de ahogo o asfixia, náuseas, mareo, etc.) así como también sintomatología cognitiva, en relación a pensamientos catastróficos (miedo a morir, miedo a perder el control, miedo a volverse loco, etc.). La persona que lo experimenta tiene temor de volver a tener otro ataque de pánico o a las consecuencias del mismo, y suele asociarse a la evitación de las circunstancias que precipitaron el ataque de pánico. Tiene una prevalencia entre el 2-3% de la población adulta y adolescente, y la edad media de inicio se sitúa entre los 20 y 24 años. Frecuentemente se observa asociado a otro trastorno de ansiedad (agorafobia), al trastorno depresivo mayor, al trastorno bipolar o al trastorno por consumo de alcohol.

De acuerdo con las guías NICE (2011) los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico. Las dos clases de antidepresivos que tienen una base de evidencia de su efectividad son los IRSS (paroxetina, sertralina, escitalopram) y los antidepresivos tricíclicos (ATC). Si no hay respuesta al IRSS, al cabo de 12 semanas, se puede indicar otro IRSS o un ATC (imipramina o clomipramina). Las guías de tratamiento NICE (2011) no recomiendan la utilización de benzodiacepinas, ya que están asociadas a un peor pronóstico a largo plazo. Tampoco se recomienda la utilización de antihistamínicos sedativos. Las recomendaciones de la American Psychiatric Association (APA) apoyan un enfoque prudente para el empleo de las benzodiacepinas como monoterapia para el trastorno de pánico, aunque la guía NICE del Reino Unido no las aconseja. Al observarse el efecto ansiolítico de los IRSS recién al cabo de dos semanas, en casos con sintomatología moderada o severa, donde el sujeto experimenta ataques de pánico diarios (incluso varias veces al día) se recomienda indicar benzodiacepinas de alta potencia (clonazepam, alprazolam) dado su rápido efecto. El tratamiento combinado con psicoterapia cognitivo-conductual ha demostrado mejores resultados en investigaciones, en el seguimiento a largo plazo y en el índice de recaídas luego de finalizado el tratamiento (Edna, Martin, Moser, 2002).

6. Agorafobia

La agorafobia es la aparición de ansiedad o miedo al encontrarse en situaciones donde sea difícil o embarazoso escapar. Estas situaciones incluyen el uso de transporte público, estar en espacios abiertos, estar en espacios cerrados, estar en una multitud o en una cola y estar solo fuera del hogar. El sujeto evita las situaciones para disminuir el miedo que le generan. La agorafobia como entidad autónoma y separada definitivamente del trastorno de pánico hace su aparición recién en el DSM-5. El DSM-IV contaba con un diagnóstico de “Agorafobia sin historia de trastorno de angustia”, el cual era poco utilizado. Cuenta con una prevalencia del 1,7% en la población general, y las mujeres tienen el doble de probabilidad de experimentarla. El porcentaje de personas que refieren ataques de pánico antes de padecer agorafobia es del

50%, por lo que la asociación entre ambos trastornos es muy fuerte. Dos tercios de todos los casos de agorafobia tienen su aparición antes de los 35 años.

La mayoría de los estudios en la literatura científica se han orientado a estudiar la agorafobia junto con el trastorno de pánico comórbido, por lo que resulta difícil concluir que los beneficios en la agorafobia no se deban a la reducción de los ataques de pánico. En estos estudios (Perna, Daccó, Mennoti, Caldirola, 2011) los fármacos que mostraron mejores resultados fueron los IRSS (paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) y la clomipramina (antidepresivo tricíclico). Muchos autores concluyen que hacen falta mayores investigaciones que puedan trabajar sobre casos puros y así establecer recomendaciones clínicas específicas para este trastorno.

7. Trastorno de Ansiedad Generalizada

La característica distintiva del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es la presencia de ansiedad y preocupaciones excesivas acerca de una serie de actividades o acontecimientos. Al individuo le resulta difícil controlar las preocupaciones, donde el peligro resulta sobreestimado y cuyas consecuencias son consideradas catastróficas. Los pacientes presentan sintomatología asociada: inquietud o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas del sueño. Muchas personas presentan sintomatología somática (náuseas, diarrea, mareos). Cuenta con una prevalencia del 2,9% en adultos (DSM-5) y su edad de aparición es tardía en comparación con otros trastornos del capítulo, situándose alrededor de los 30 años. Es previsible que durante la vida de la persona aumente la sintomatología en situaciones estresantes. A su vez es probable la comorbilidad con otro trastorno de ansiedad o con el trastorno depresivo mayor.

El tratamiento debe ser iniciado lo antes posible. La Guía de Recomendaciones Clínicas española PCAI (2007) sugiere prescribir una benzodiacepina en el inicio del tratamiento, en las reagudizaciones y en el tratamiento a corto plazo. El efecto ansiolítico de los mismos se da al comienzo del tratamiento, si bien no está recomendada su prolongación debido a la dependencia que produce en

una alta cantidad de pacientes (cercana al 40%). A su vez las benzodiacepinas tampoco inciden en las bases biológicas del trastorno depresivo mayor, muchas veces comórbido. En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias tóxicas puede prescribirse buspirona en lugar de benzodiacepinas. En el tratamiento a largo plazo y desde el inicio se recomienda un IRSS (paroxetina o escitalopram). Si no hay mejoría en 12 semanas (el efecto ansiolítico se observa entre la 2da y la 4ta semana) se cambia a otro IRSS o se da un IRSN (venlafaxina). Un 60% a 75% de los pacientes con TAG responden a los IRSS, como también a la venlafaxina, pregabalina y quetiapina (Baldwin, Waldman, Allgulander, 2011).

La ventaja de la pregabalina es que el efecto ansiolítico se observa al inicio del tratamiento (aproximadamente a los cuatro días de iniciada la toma). Sus efectos adversos más frecuentes son las dificultades de concentración y la somnolencia. Entre los efectos adversos más comunes de los IRSS se destaca la disfunción sexual, el aumento de peso y los trastornos del sueño. Debe considerarse que el tratamiento con pregabalina no se asocia con disfunción sexual. Las dosis de los fármacos más utilizadas son: el escitalopram en dosis entre 10 mg a 20 mg o la paroxetina, en dosis entre 20 mg y 60 mg. Con los IRSN, los más utilizados son la duloxetina en dosis de 20 mg a 160 mg o la venlafaxina, en dosis de 75 mg a 225 mg.

En general, el TAG se considera un trastorno crónico cuya sintomatología oscila a lo largo de la vida del individuo y se asocia con recurrencias en más del 40% de los pacientes que logran la recuperación (Baldwin, Waldman & Allgulander, 2011).

Bibliografía

Baldwin D, Waldman S, Allgulander C (2011). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacology*. 14(5):697-710.

Birmaher B, Yelovich AK, Renaud J. (1998) Pharmacologic treatment for children and adolescents with anxiety disorders. *PediatrClin North Am*; 45:1187-204.

CIE-10 (1992) Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. O.M.S. Meditor

ChocrónBentata L et al. (1995). Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*. 16:586-593.

DSM-IV-TR (2003). American Psychiatric Association. Barcelona :Masson.

DSM-5 (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Editorial Panamericana.

Guía de Recomendaciones Clínicas (PCAI) (2007). Ansiedad. Principado de Asturias.

Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders (1998) National Health Committee. New Zealand.

Edna BF, Martin EF, Moser J. (2002) Context in the Clinic:How Well Do Cognitive- Behavioral Therapies and Medications Work in Combination?. *Biological Psychiatry*. 52:987-997.

Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mendel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 65(3):366-80.

King, N.J., Ollendick, T.H. y Tonge, B.J. (1995). School refusal: Assessment and treatment. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J., Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatry Services*, 58, 213-220.

Martín Pérez C. et al. (2003). Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención primaria*. 31:39-46.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2004). Anxiety. Management of anxiety. Panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder in adults in primary, secondary and community care. London.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. London.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012). The guidelines manual. London.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. London.

Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. 19, 155-162.

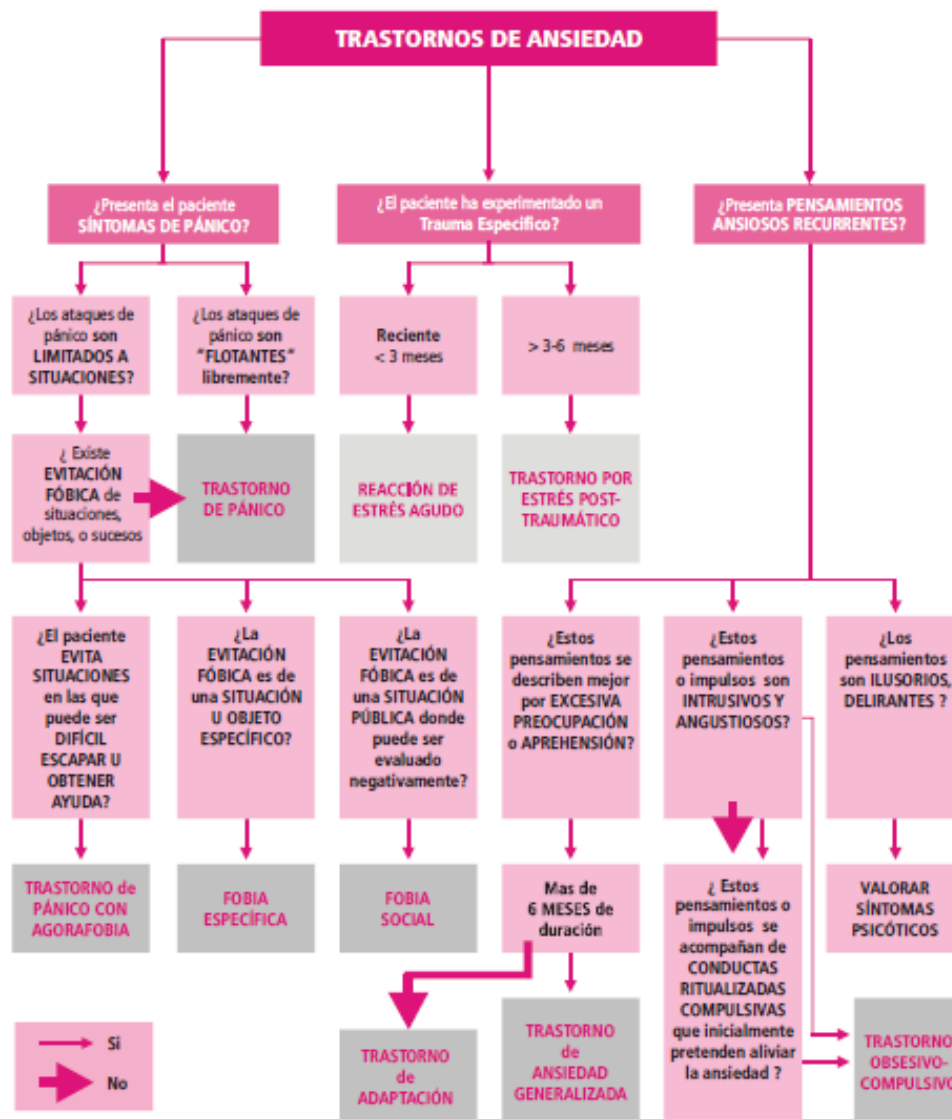
Perna G, Daccò S, Menotti R, Caldirola D. (2011) Antianxiety medications for the treatment of complex agoraphobia: pharmacological interventions for a behavioral condition. *DovePressVol*. 7(1).

Reid S, Barbui C. (2010). Long Term Treatment of Depression with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Newer Antidepressants. *BMJ*:752-756

Thom A, Sartory G, Jöhren P. (2000). Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *J Consult Clin Psychol*. 68(3):378-87.

Wilhelm FH, Roth WT. (1997). Clinical characteristics of flight phobia. *J Anxiety Disord*.11(3):241-61.

Anexo



Algoritmo de diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad

Tomado de: Guidelines for Assessing and Treating Anxiety disorders. National Health Committee of New Zealand (1998). Actualmente en el DSM-5 el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y por estrés agudo están en capítulos separados.