

Psicofarmacología de la ansiedad

– Práctica Clínica Actual –

Prof. Dr. Julio Torales*, Prof. Dr. Andrés Arce**,
 Dra. Viviana Riego***, Dra. Emilia Chávez****,
 Dr. Jorge Villalba-Arias****, Dr. César Ruiz-Díaz****.

* Profesor Asistente y Jefe de Investigaciones.

** Profesor Titular y Jefe de Cátedra y Servicio.

*** Auxiliar de la Enseñanza y Coordinadora de Psiquiatría de Enlace.

**** Médicos Residentes

Cátedra y Servicio de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Resumen: Los trastornos de ansiedad se encuentran entre las patologías psiquiátricas más prevalentes, aunque muchas veces su naturaleza crónica y discapacitante es subestimada. Esto ha llevado frecuentemente al infradiagnóstico y deficiente tratamiento de estos trastornos, lo que ha generado más dificultades a los pacientes y mala utilización de servicios y recursos médicos.

Si bien el tratamiento de los trastornos de ansiedad se basa en los psicofármacos y/o en la psicoterapia, la presente revisión se enfoca en proveer recomendaciones prácticas, basadas en la evidencia, para el manejo farmacológico de estos trastornos.

En esta revisión se incluyen recomendaciones para el tratamiento farmacológico del trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de estrés postraumático.

Palabras clave: ansiedad, trastorno de pánico, estrés postraumático, psicofármacos, recomendaciones.

Abstract: Anxiety disorders are among the most prevalent psychiatric disorders, although their chronic and disabling nature is underestimated. This has often led to under-diagnosis and poor treatment of these conditions, that has created more difficulties for patients and misuse of medical services and resources.

While the treatment of anxiety disorders is based on psychotropic drugs and/or psychotherapy, this review focuses on providing practical evidence-based recommendations for the pharmacological management of these disorders.

This review includes pharmacological recommendations for the treatment of panic disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder.

Key words: anxiety, panic disorder, post traumatic stress, psychotropics drugs, recommendations.



De pie, de izquierda a derecha:
 Dra. Viviana Riego, Dra. Emilia Chávez,
 Dr. César Ruiz-Díaz, Dr. Jorge Villalba-Arias.

Sentados, de izquierda a derecha:
 Prof. Dr. Julio Torales, Prof. Dr. Andrés Arce.

Introducción

El término “*ansiedad*” proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción.

Puede definirse como estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una *amenaza inminente y de causa indefinida*.

La ansiedad es la más común y primitiva reacción emocional que tienen los mamíferos y es percibida como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente desconocido, lo que la distingue del miedo (en el cual, el peligro es concreto y definido).

La ansiedad prepara, física y psicológicamente, a quien se encuentre frente a una situación amenazante, para enfrentar o huir del peligro. Asimismo, a veces, puede dejar paralizado o “*congelado*” a quien la padezca ^(1,2).

E-mail: drandresarce@gmail.com; jtorales@med.una.py

La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza.

Es decir que la ansiedad es una reacción emocional adaptativa al medio que se vuelve patológica cuando se hace más corporal, desproporcionada al estímulo y/o cuando persiste por encima de los límites adaptativos ^(1,2).

La *Tabla 1* informa algunas características de cuando la ansiedad se vuelve patológica.

Etiopatogenia

Los circuitos cerebrales y regiones asociadas con los trastornos de ansiedad están empezando a entenderse con el desarrollo de más y mejores técnicas de neuroimagen funcional y estructural.

La amígdala cerebral parece ser clave en la modulación del miedo y la ansiedad. La amígdala a menudo muestra respuesta elevada a señales de ansiedad. La amígdala y otras estructuras del sistema límbico se conectan a las regiones de la corteza prefrontal. Su hiperrespuesta está relacionada con una reducción de los umbrales de activación, cuando se responde a amenazas percibidas ^(5,6). Se ha demostrado que las anomalías de activación prefrontal-límbica pueden ser revertidas en respuesta a intervenciones psicológicas o farmacológicas.

Tanto las ciencias biológicas como las psicológicas han realizado aportes para explicar la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad ⁽¹⁾.

Aportes de las ciencias biológicas

- **Sistema nervioso autónomo:** el tono simpático aumentado puede identificarse en algunos pacientes con trastorno de ansiedad.
- **Neurotransmisores:** los 3 principales involucrados son la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamma aminobutírico (GABA). Algunos pacientes con trastornos de ansiedad presentan un sistema noradrenérgico mal regulado, con ocasionales explosiones de actividad. Asimismo, la teoría de la hipofunción serotoninérgica está apoyada por el mejoramiento de los síntomas con el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Y, por último, la importancia del GABA está respaldada por la eficacia indiscutible de las benzodiazepinas (que potencian su actividad) en el tratamiento de estos trastornos.
- **Eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal:** sólidas evidencias indican que muchas formas de estrés psicológico aumentan la síntesis y la liberación de cortisol.

Aportes de las ciencias psicológicas

- **Teorías psicoanalíticas:** Freud definió a la ansiedad como un signo de la presencia de peligro en el inconsciente. La ansiedad se consideraba como el resultado de un conflicto psíquico entre los deseos sexuales o agresivos inconscientes y las correspondientes amenazas del superyó o de la realidad externa.

- **Teorías conductuales:** las teorías conductuales o del aprendizaje de la ansiedad postulan que ésta es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental específico.
- **Teorías existenciales:** el concepto clave de la teoría existencial es que los individuos experimentan sentimientos de vivir en un universo sin sentido. La ansiedad es su respuesta al vacío que perciben en esa existencia.

Epidemiología y clasificación

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población general. Según el *National Comorbidity Survey* (2007) uno de cada cuatro individuos cumple criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad, teniendo una prevalencia del 17,7%.

La franja etaria más comprometida corresponde a la situada entre los 20 y los 40 años de edad (*edad media de inicio, 25 años*).

Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los hombres, con una relación de 2 a 1. Estos trastornos se asocian a una morbilidad significativa y habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento. La duración media de los síntomas antes del inicio del tratamiento es de aproximadamente 5 años ^(1,7).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría ⁽⁸⁾ reestructuró a los trastornos de ansiedad en 3 grupos (*ver Tabla 2*).

Los síntomas varían dependiendo de cada trastorno específico. En esta revisión se presentan las características clínicas y recomendaciones de tratamiento farmacológico del *trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de estrés postraumático*.

La ansiedad se vuelve patológica cuando: ^(3,4)

- *Es de mayor intensidad y/o duración que lo usualmente esperado, dadas las circunstancias de su inicio (considerar contexto familiar, social y comportamientos y expectativas culturales).*
- *Conduce a impedimento o discapacidad en el funcionamiento laboral, social o interpersonal.*
- *Las actividades de la vida diaria son interrumpidas por evitación de ciertas situaciones u objetos en un intento de disminuir la ansiedad.*
- *Se acompaña de síntomas físicos clínicamente significativos e inexplicables y/o presencia de obsesiones, compulsiones y pensamientos y recuerdos intrusivos del trauma, cuando aplicable (síntomas físicos inexplicables o conductas similares a compulsiones son muy comunes en personas que no padecen de algún trastorno de ansiedad).*

Tabla 1

Características clínicas clave. Recomendaciones farmacológicas

Trastorno de pánico

Los pacientes con trastorno de pánico se presentan frecuentemente a la sala de emergencia con *dolor torácico o disnea, temen que están padeciendo de una afección cardíaca, como un infarto*. Los pacientes informan de un inicio repentino y espontáneo de los síntomas de miedo o malestar, que alcanzan su pico máximo en alrededor de 10 minutos ^(1,9).

Las crisis de pánico están asociadas a una gran cantidad de síntomas sistémicos, que incluyen entre otros a los siguientes:

- palpitaciones,
- sudoración,
- temblores o sacudidas,
- falta de aire o sensación de ahogo,
- dolor torácico,
- náuseas o molestias abdominales,
- sensación de mareo,
- inestabilidad
- desrealización (es decir, sensación de irrealidad) o

Ansiedad en el DSM-V:	
Trastornos de ansiedad	Trastorno de ansiedad por separación
	Mutismo selectivo
	Fobia específica
	Trastorno de ansiedad social
	Trastorno de pánico
	Agorafobia
	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
	Trastorno obsesivo compulsivo
	Trastorno dismórfico corporal
	Trastorno de acumulación
	Tricotilomanía
	Trastorno de excoiación
	Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos
	Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados debido a otra afección médica
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	Trastorno de apego reactivo
	Trastorno de relación social desinhibida
	Trastorno de estrés postraumático
	Trastorno de estrés agudo
	Trastorno de adaptación

Tabla 2

- despersonalización (es decir, sensación de estar separado de uno mismo),
- miedo a perder el control o a “*volverse loco*”,
- miedo a morir,
- parestesias, escalofríos o sofocos ⁽¹⁾.

Recomendaciones farmacológicas

Las intervenciones terapéuticas farmacológicas que han demostrado eficacia en pacientes con trastorno de pánico incluyen:

- inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS),
- antidepresivos tricíclicos y
- benzodiazepinas.

La *Tabla 3* presenta los fármacos recomendados para el tratamiento del trastorno de pánico, según la evidencia ^(10, 11, 12, 13).

Algunos puntos clave a tener en cuenta en el trastorno de pánico ^(1, 14)

En el trastorno de pánico, la medicación sirve para controlar las crisis de pánico. Cuando las crisis son adecuadamente controladas, el paciente debe iniciar psicoterapia de exposición gradual para hacer frente a la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación que acompañan al trastorno de pánico.

1. Si se utilizan alprazolam, lorazepam o clonazepam, estos no deben nunca ser suspendidos abruptamente (en general 0,25 a 0,5 mg por día por semana).
2. Si se utilizan ISRS, se deberá esperar alrededor de 2-4 semanas para notar el inicio en la mejoría de los síntomas.
3. Dosis usuales de los fármacos de primera línea:
 - citalopram (20-60 mg/día),
 - escitalopram (10-30 mg/día),
 - fluoxetina (20-80 mg/día),
 - fluvoxamina (100-300 mg/día),
 - paroxetina (20-60 mg/día),
 - sertralina (50-200 mg/día),
 - venlafaxina XR (37,5-225 mg/día).

4. Dosis usuales de los fármacos de segunda línea:
 - clomipramina (75-200 mg/día),
 - imipramina (75-150 mg/día),
 - mirtazapina (15-45 mg/día),
 - alprazolam (0,25-8 mg/día),
 - clonazepam (0,5-4 mg/día),
 - lorazepam (2-6 mg/día),
 - diazepam (5-40 mg/día).

Trastorno de ansiedad generalizada

Puede considerarse como un estado crónico de ansiedad y preocupación excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades, que se prolonga durante la mayor parte de los días, por un período mínimo de 6 meses.

La ansiedad y la preocupación se asocian con, al menos, 3 de los siguientes síntomas:

- inquietud,
- fatiga,
- dificultad para concentrarse,
- irritabilidad,
- tensión muscular,
- disturbios del sueño ^(1,9).

Recomendaciones farmacológicas

Las intervenciones terapéuticas farmacológicas que han demostrado eficacia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada incluyen:

- ISRS,
- inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN),
- antidepresivos tricíclicos,
- anticonvulsivantes y
- buspirona.

La *Tabla 4* presenta los fármacos recomendados para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, según la evidencia ^(15, 16, 17, 18).

Algunos puntos clave a tener en cuenta en el trastorno de ansiedad generalizada ^(1, 14)

1. Si se prescriben ISRS, venlafaxina o buspirona, se deberá esperar alrededor de 2-6 semanas para notar el inicio en la mejoría de los síntomas.

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



Actualización médica continua

Todas las especialidades médicas y quirúrgicas

Escrita por destacados profesionales



Contactenos: www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com

Fármacos en el trastorno de pánico
<p>Fármacos de primera línea: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, venlafaxina XR.</p>
<p>Fármacos de segunda línea: clomipramina, imipramina, mirtazapina, alprazolam, clonazepam, lorazepam, diazepam.</p>
<p>Fármacos de tercera línea: divalproato, gabapentina, bupropión; como coadyuvantes olanzapina, risperidona, quetiapina.</p>
<p>Fármacos no recomendados: buspirona, trazodona, propranolol, carbamazepina.</p>

Tabla 3

Trastorno de ansiedad generalizada
<p>Fármacos de primera línea: paroxetina, escitalopram, sertralina, venlafaxina XR.</p>
<p>Fármacos de segunda línea: alprazolam, lorazepam, clonazepam, diazepam, buspirona, imipramina, pregabalina, bupropión.</p>
<p>Fármacos de tercera línea: mirtazapina, citalopram, trazodona; como coadyuvantes olanzapina, risperidona.</p>
<p>Fármacos no recomendados: propranolol.</p>

Tabla 4

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

- La medicación con frecuencia no es suficiente, por lo que la psicoterapia, manejo del estrés, entrenamiento en relajación y ejercicios aeróbicos deben ser indicados en conjunto con la medicación.
- Dosis usuales de los fármacos de primera línea:
 - paroxetina (20-60 mg/día),
 - escitalopram (10-30 mg/día),
 - sertralina (50-200 mg/día)
 - venlafaxina XR (37,5-225 mg/día).
- Las dosis usuales de los fármacos de segunda línea son:
 - alprazolam (0,25-8 mg/día),
 - lorazepam (2-6 mg/día),
 - clonazepam (0,5-4 mg/día),
 - diazepam (5-40 mg/día),
 - buspirona (5-40 mg/día),
 - imipramina (75-150 mg/día),
 - pregabalina (300-600 mg/día) y
 - bupropión (150-300 mg/día).

Trastorno de ansiedad social

Se define como un temor acusado y persistente a situaciones sociales en las cuales el individuo se ve expuesto a posibles evaluaciones por parte de los demás.

Es uno de los trastornos de ansiedad de mayor prevalencia en el mundo entero, además de ser causa de dolor y sufrimiento si no es tratado.

La edad de inicio frecuentemente se da en la adolescencia.

En cuanto a la comorbilidad, generalmente los sujetos afectados suelen presentar otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias y de la conducta alimentaria⁽¹⁾.

Recomendaciones farmacológicas

Las intervenciones terapéuticas farmacológicas que han demostrado eficacia en pacientes con trastorno de ansiedad social incluyen:

- ISRS,
- IRSN,
- anticonvulsivantes y
- benzodiazepinas.

La *Tabla 5* presenta los fármacos recomendados para el tratamiento del trastorno de ansiedad social, según la evidencia^(19, 20, 21):

Algunos puntos clave a tener en cuenta en el trastorno de ansiedad social^(1, 14)

- Si se prescriben ISRS o venlafaxina, estas deben acompañarse de psicoterapia de exposición a situaciones sociales.
- Dosis usuales de los fármacos de primera línea:
 - fluvoxamina (100-300 mg/día),
 - paroxetina (20-60 mg/día),
 - sertralina (50-200 mg/día),
 - venlafaxina XR (37,5-225 mg/día).

- Dosis usuales de los fármacos de segunda línea:
 - clonazepam (0,5-4 mg/día),
 - alprazolam (0,25-8 mg/día),
 - pregabalina (300-600 mg/día),
 - citalopram (20-60 mg/día).

Trastorno de estrés postraumático

Los pacientes afectados de trastorno de estrés postraumático se han visto expuestos a grandes estresores o factores de trauma como violencia vivida en situaciones de combate, abuso sexual, agresión física, experiencias cercanas a la muerte o han sido testigos de la muerte violenta de un ser querido.

El factor estresante o trauma ha podido ser experimentado de manera directa o indirecta (*por ejemplo, al escuchar lo sucedido a un ser querido expuesto a una situación de trauma*).

Además de la exposición al factor estresante o traumático, el trastorno de estrés postraumático requiere de la presencia de sintomatología de 4 dominios semiológicos⁽⁹⁾:

- Intrusión: recuerdos intrusivos, pesadillas, flash-backs.
- Conductas de evitación: evitación de situaciones, pensamientos o sentimientos relacionados con el trauma.
- Cognición y humor negativos: dificultades en recordar el trauma, sentimientos de culpa, autoevaluaciones negativas.
- Alteración de la reactividad: insomnio, hipervigilancia, irritabilidad o conductas agresivas.

Recomendaciones farmacológicas

Las intervenciones terapéuticas farmacológicas que han demostrado eficacia en pacientes con trastorno de estrés postraumático incluyen:

- ISRS,
- IRSN,
- antidepresivos tricíclicos,
- antipsicóticos,
- anticonvulsivantes y
- benzodiazepinas.

La *tabla 6* presenta los fármacos recomendados para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, según la evidencia^(22, 23, 24):

Trastorno de ansiedad social
Fármacos de primera línea: fluvoxamina, paroxetina, sertralina, venlafaxina XR.
Fármacos de segunda línea: clonazepam, alprazolam, pregabalina, citalopram.
Fármacos de tercera línea: fluoxetina, mirtazapina, divalproato, topiramato, clomipramina; como coadyuvantes risperidona, aripiprazol.
Fármacos no recomendados: atenolol, propranolol, buspirona, imipramina.

Tabla 5

Algunos puntos clave a tener en cuenta en el estrés postraumático^(1, 14)

- El tratamiento de elección en el trastorno de estrés postraumático es la psicoterapia. Los psicofármacos se indican para reducir síntomas psiquiátricos específicos que acompañan al trastorno.
- En el caso de la presencia de síntomas psicóticos, los pacientes se beneficiarán con un curso corto de anti-psicóticos atípicos, como la risperidona; los síntomas intrusivos responden bien a los ISRS, así como los emocionales.
- Se están realizando pruebas terapéuticas con la prazosina (bloqueante alfa-1 adrenérgico), la clonidina (agonista alfa adrenérgico) y el propranolol (beta bloqueante)
- Dosis usuales de los fármacos de primera línea:
 - fluoxetina (20-80 mg/día),
 - paroxetina (20-60 mg/día),
 - sertralina (50-200 mg/día),
 - venlafaxina XR (37,5-225 mg/día).
- Dosis usuales de los fármacos de segunda línea:
 - fluvoxamina (100-300 mg/día),
 - mirtazapina (15-45 mg/día).

Conclusiones

Los trastornos de ansiedad son desórdenes crónicos, asociados con significativa disfunción y disminución de la calidad de vida.

Un enfoque sistemático para tratar a los trastornos de ansiedad debe incluir psicoeducación, evaluación de comorbilidades e inicio empírico de intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas.

Esta revisión se ha enfocado en las opciones de farmacoterapia existentes.

El inicio de la medicación debe realizarse con la menor dosis posible, y el paciente deber ser visto a la semana siguiente de iniciado el tratamiento, a fin de evaluar tolerancia al fármaco, aparición de potenciales efectos adversos, adherencia al tratamiento y progresos obtenidos.

Fármacos en el trastorno de estrés postraumático

Fármacos de primera línea: fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina XR.

Fármacos de segunda línea: fluvoxamina, mirtazapina; como coadyuvantes risperidona, olanzapina.

Fármacos de tercera línea: amitriptilina, imipramina, escitalopram; como coadyuvantes carbamazepina, lamotrigina, valproato, topiramato, trazodona, buspirona, bupropión.

Fármacos no recomendados: desipramina, ciproheptadina; como monoterapia: alprazolam, clonazepam.

Tabla 6

Los incrementos de la medicación, en general, deben darse cada 1 a 2 semanas. Al llegar a las 4-6 semanas, los pacientes deben estar recibiendo medicación en el rango de dosis recomendada.

Debido a que los trastornos de ansiedad son desórdenes crónicos, en general es necesario invertir algunas semanas en lograr establecer el rango terapéutico de la medicación elegida, en vez de iniciarlas a dosis altas, que generarían efectos adversos indeseables. Llegado al rango de dosis terapéutica, las mejorías comienzan a observarse entre las 4-8 semanas.

El seguimiento debe realizarse cada 2 semanas por las primeras 6 semanas, y luego de manera mensual ⁽²⁵⁾.

Muchas cuestiones todavía deben ser respondidas en cuanto al manejo de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, el hecho que una determinada medicación funcione bien para un paciente, no implica que funcione igual de bien en otro paciente con igual trastorno; por lo tanto, la habilidad clínica de los médicos para evaluar las características propias de cada paciente debe ser desarrollada y reforzada, para elegir así la mejor opción farmacológica disponible para cada paciente en particular.

Recibido: 02/06/14
Aprobado: 12/03/15

Bibliografía

- Arce Ramírez A, Torales Benítez J, Cuellar Hoppe M, et al. Trastornos de Ansiedad. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J, editores. El Libro Azul de la Psiquiatría. 1ª Ed. Asunción. EFACIM, 2012:149-174.
- Cía A. Cómo superar el pánico y la agorafobia: manual de autoayuda. 1ª Ed. Buenos Aires. Editorial Polemos, 2012.
- Ministry of Health, Singapore. Clinical practice guidelines: anxiety disorders. Singapore. Ministry of Health, 2003.
- National Health Committee. Guidelines for assessing and treating anxiety disorders. Wellington (New Zealand). National Health Committee, 1998.
- Martinez RC, Ribeiro de Oliveira A, Brandão ML. Serotonergic mechanisms in the basolateral amygdala differentially regulate the conditioned and unconditioned fear organized in the periaqueductal gray. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17(11): 717-724.
- Keeton CP, Kolos AC, Walkup JT. Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis, and management. *Paediatr Drugs* 2009; 11(3): 171-183.
- Department of Health Care Policy. National Comorbidity Survey: lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort (artículo en línea). Harvard Medical School 2007. Disponible en URL: http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ncs-R_Lifetime_Prevalence_Estimates.pdf (Fecha de consulta: 13/05/2014).
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed. Arlington VA. APA Press, 2013.
- Yates WR. Anxiety disorders clinical presentation. *eMedicine from WebMD* 2014. Disponible en URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1123213-overview> (Fecha de consulta: 13/05/2014).
- Roy-Byrne P, Wingerson D, Cowley D, Dager S. Psychopharmacologic treatment of panic, generalized anxiety disorder, and social phobia. *Psychiatr Clin North Am* 1993; (16): 719-735.
- Bakker A, van Balkom A, Spinhoven P. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2002; (106): 163-167.
- Bakker A, van Dyck R, Spinhoven P, van Balkom AJ. Paroxetine, clomipramine, and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; (60): 831-838.
- Ballenger JC, Wheaton DE, Steiner M, and others. Double-blind, fixed-dose, placebo-controlled study of paroxetine in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998; (155): 36-42.
- Preston J, Johnson J. Clinical psychopharmacology made ridiculously simple. 8ª Ed. Sacramento. Med Master, 2014.
- Davidson J, Bose A, Korotzer A, Zheng H. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depress Anxiety* 2004; (19): 234-240.
- Goodman WK, Bose A, Wang Q. Treatment of generalized anxiety disorder with escitalopram: pooled results from double-blind, placebo-controlled trials. *J Affect Disord* 2005; (87): 161-167.
- Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD003592.
- Ball S, Kuhn A, Wall D, Shekhar A, Goddard A. Selective serotonin reuptake inhibitor treatment for generalized anxiety disorder: a double-blind, prospective comparison between paroxetine and sertraline. *J Clin Psychiatry* 2005; (66): 94-99.
- van der Linden G, Stein D, van Balkom A. The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; (15)2: 15-23.
- Kasper S, Stein D, Loft H, Nil R. Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, flexible-dosage study. *Br J Psychiatry* 2005; (186): 222-226.
- Lader M, Stender K, Burger V, Nil R. Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depress Anxiety* 2004; (19): 241-248.
- Stein D, Davidson J, Seedat S, Beebe K. Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother* 2003; (4): 1829-1838.
- Davidson J, Rothbaum B, van der Kolk B, and others. Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001; (58): 485-492.
- Brady K, Pearlstein T, Asnis G, and others. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; (283): 1837-1844.
- Antony MM, Orsillo SM, Roemer L. Practitioner's guide to empirically-based measures of anxiety. New York. Kluwer Academic Publishers, 2001.