

Trastorno de ansiedad generalizada

Notas clínicas

Encare

Agrupación sindromática

Personalidad y nivel

Diagnóstico

DSM IV

Criterios diagnósticos:

- A. Ansiedad/preocupación excesivas ante amplia gama de estímulos de más de 6 meses de duración.
- B. Dificultad para controlar la ansiedad.
- C. 3 o + de 6 (en niños solo 1): inquietud / impaciencia, fatigabilidad, alteraciones en concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño (IFCITA).
- D. Excluye: síntomas debido a otros trastornos del eje I (sobre todo trastornos de ansiedad).
- E. Malestar clínicamente significativo.
- F. Descartar sustancias, enfermedad médica y otros trastornos de eje I.

Diagnósticos diferenciales

Comorbilidad más frecuente: depresión.

Diagnóstico etiopatogénico y psicopatológico

Se plantea que los trastornos de ansiedad en general tienen una propensión heredable de un 30-50%¹ con una genética compleja que involucra muchos genes, cada uno con un aporte pequeño al riesgo genético total.

Los factores de riesgo no genéticos (no específicos para ansiedad) son: estilo parental², aprendizaje social³, adversidad en la infancia (exposición a estrés, maltrato, bajo nivel socioeconómico)^{4,5}.

Algunos rasgos de personalidad vinculados a reactividad aumentada al estrés y a afectos negativos (neuroticismo) están asociados a ansiedad y trastornos depresivos⁶.

En la infancia, aparece la inhibición comportamental en respuesta a extraños o situaciones nuevas como un predictor precoz de ansiedad en la vida adulta⁷.

Paraclínica

Tratamiento

El abordaje farmacológico es de primera línea.

¹Shimada-Sugimoto M, Otowa T, Hettema JM: Genetics of anxiety disorders: genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015; 69:388–401

²Otowa T, Gardner CO, Kendler KS, et al.: Parenting and risk for mood, anxiety and substance use disorders: a study in population-based male twins. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48:1841–1849

³Mineka S, Zinbarg R: A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *Am Psychol* 2006; 61:10–26

⁴Jaffee SR: Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annu Rev Clin Psychol* 2017; 13:525–551

⁵Gur RE, Moore TM, Rosen AFG, et al.: Burden of environmental adversity associated with psychopathology, maturation, and brain behavior parameters in youths. *JAMA Psychiatry* 2019; 76:966–975

⁶Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, et al.: The origins of neuroticism. *Perspect Psychol Sci* 2014; 9:481–496

⁷Kagan J, Reznick JS, Snidman N: The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev* 1987; 58:1459–1473

Recomendaciones: duloxetina > pregabalina > venlafaxina > escitalopram. Alternativa: bupropion⁸. Con menor evidencia: mirtazapina, sertralina, fluoxetina, buspirona y agomelatina. Quetiapina: efecto marcado pero con mala tolerabilidad. Paroxetina y benzodiacepinas: mala tolerabilidad.

Duloxetina: comenzar con 30 mg/día por 1 semana y luego 60 mg/día. Si hay respuesta parcial: aumentar hasta 120 mg día.

Pregabalina: comenzar con 150 mg/día en 2 o 3 tomas, aumentos semanales hasta dosis máxima de 600 mg/día.

Venlafaxina: comenzar con 75 mg/día por 4 días, luego 150 mg/día. Máximo 225 mg/día en 2 o 3 tomas (preparados de liberación sostenida: 1 toma diaria)

Evolución y pronóstico

⁸Slee, A., Nazareth, I., Bondaronek, P., Liu, Y., Cheng, Z., & Freemantle, N. (2019). Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 393(10173), 768-777.