

Campos Pérez, José Antonio\*; González González, Marina\*; Recondo Rodríguez, Nuria\*\*; Estevez Gil, Xaqueline\*

\* Servicio de Psiquiatría

\*\* Servicio de Psicología

## I. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (1-4)

La ansiedad es una respuesta universal y adaptable en general a una amenaza, pero en ciertas circunstancias puede llegar a ser una mala adaptación. Son los trastornos mentales más prevalentes (1-3%) en la población general, su frecuencia en mujeres duplica a la de los varones y el promedio de edad de inicio suele ser en la adolescencia tardía y en el tercer decenio de la vida.

Se asocian a morbilidad significativa, habitualmente son crónicos, resistentes al tratamiento y comórbidos con otros trastornos psíquicos incluidos otros trastornos de ansiedad, depresión, intentos de suicidio, abuso de alcohol y otras sustancias. Por el perfil sintomático tienden a una mayor utilización de los servicios sanitarios (Tabla 1). En su etiología existe interrelación entre los factores genéticos y experienciales.

<p>Palpitaciones, sacudidas del corazón o taquicardia. Sudoración. Temblores o sacudidas musculares. Sensación de ahogo o falta de aliento. Sensación de atragantamiento o asfixia. Opresión o malestar torácico. Náuseas o molestias abdominales. Inestabilidad ,mareo, desmayo</p>
<p>Desrealización o despersonalización. Miedo a perder el control o volverse loco. Miedo a morir. Parestesias. Escalofríos o sofocaciones. Ser incapaz de dejar de preocuparse o controlar la preocupación. Anticipación de peligros</p>

**Tabla 1. Síntomas Físicos y Psicológicos de ansiedad.**

**A. CLASIFICACION:** Trastornos psiquiátricos primarios que se incluyen en el concepto de ansiedad:

**A.1-Trastorno de angustia o crisis de pánico:** La ansiedad aparece en oleadas o crisis y se asocia con pensamientos catastróficos o de desastre inminente, lo que suele llevar a acudir a urgencias. Pueden aparecer conductas evitativas y agorafobia.

**A.2.-Trastorno de ansiedad generalizada:** (TAG): Ansiedad y preocupación excesivas, durante un período amplio y que se mantienen de forma constante. Se está estudiando la relación entre TAG y trastorno depresivo mayor.

**A.3.- Fobia específica y Social:** La ansiedad es provocada por la exposición a un miedo determinado bien un objeto o una situación (sangre, dolor, arañas etc). El temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas no familiares y a la posible evaluación por los demás, se denomina fobia social.

**A.4.- Trastorno obsesivo –compulsivo:** (TOC): Pensamientos recurrentes intrusivos, no deseados, egodistónicos (obsesiones). Necesidad de repetir determinados rituales u otras conductas estereotipadas o bien un malestar o ansiedad intensos (compulsiones). Repercusión en el funcionamiento sociolaboral.

**A.5.- Trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo (TEPT):** Reexperimentación persistente de un acontecimiento traumático que se ha sufrido o presenciado, con peligro para la vida o la integridad física, con sintomatología ansiosa, hiperexcitación autonómica, y conductas evitativas. Aparecen síntomas disociativos.

**A.6.- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica o por uso de sustancias.**

**A.7. - Trastornos adaptativos.** La ansiedad se asocia a la presencia de un estresor

## B. MANEJO TERAPEUTICO EN URGENCIAS

**B.1- Manejo inicial:**

El objetivo es reducir el nivel de ansiedad. Si el cuadro es severo puede requerir abordaje psicofarmacológico inicial siendo el tratamiento de elección las benzodiacepinas (BDZ) de acción rápida: *alprazolam 0.5-1 mg, o loracepam 0.5-1 mg vía oral, se puede repetir dosis en 20 minutos.* Otras opciones son el *clonacepam (0.5-1 mg)*, diazepam (10-20 mg) o cloracepato dipotásico (10-20 mg). El uso intravenoso es excepcional por las medidas de soporte necesarias.

Relación terapéutica: Escucha activa, actitud empática.

Historia clínica y exploración física y psicopatológica: Tranquiliza al paciente y permite despistaje de patología somática (Tabla 2), abuso de sustancias o medicaciones (Tabla 3), así como de ansiedad secundaria a otros trastornos psiquiátricos (psicosis, T. personalidad) o ansiedad reactiva a un acontecimiento vital estresante (T. adaptativo). La existencia de historia de ansiedad previa no descarta la posibilidad de causa médica. Hay una serie de síntomas que orientan hacia la organicidad del cuadro (Tabla 4).

Tabla 2. Cuadros Médicos que imitan o Generan ansiedad

**Modificada de Allow House, Dan Sterk, BMJ V325:208; 2002.**

- Pobre control del dolor como en Cardiopatía isquémica, infiltración oncológica
- Hipoxia tanto en el asma y la embolia pulmonar, pneumotorax
- Arritmias cardiacas, hipovolemia
- Hipocapnia puede ser debido a ocultar la hiperactividad bronquial
- Trastornos del sistema nervioso central (estructurales o epiléptico)
- Acatisia, Temblor esencial
- La anemia
- Hiperpotasemia, Hiponatremia, Hipoglucemia, Tirotoxicosis, hiper hipocalcemia
- Feocromocitoma y Tumores carcinoides.

Tabla 3. Fármacos y drogas que pueden causar ansiedad

**Modificada de Allow House, Dan Sterk, BMJ V325:208; 2002.**

- Broncodilatadores:: Teofilina; Salbuterol, Albuterol
- Digitalicos —Intoxicación v Inotropos—Adrenalina, Noradrenalina
- Levodopa, Corticoesteroides, Tiroxina v Consumo de: Cocaína, Anfetaminas, cafeína
- Abstinencia de : Alcohol, hipnótico-sedantes o Nicotina,

## B.2-Tratamiento de mantenimiento:

### B.2.1.- Psicofarmacología: Antidepresivos de elección (Tabla 5)

**Tabla 5. Dosis de Antidepresivos (ANTD).**

FARMACO	Sertralina ISRS	Citalopram ISRS	Escitalopram ISRS	Paroxetina ISRS	Venlafaxina	Duloxetina
INICIO mg/día.	25	10	5	10	37,5	20
MANTENIMIENTO	50-200	20-50	10-20	20-50	75-225	60-120

- Tarda en hacer efecto de dos a tres semanas y se debe advertir de efectos activadores al inicio del tratamiento, mantener el tratamiento entre seis meses y dos años desde la mejoría completa y reducir después de forma progresiva.
- Si indicamos el uso de BDZ como prevención de recaídas durante un periodo corto, hasta nueva evaluación y seguimiento por su médico habitual, emplearemos las de vida media intermedia, Ej. loracepam 2-3 veces/día.
- Cuando la ansiedad acompaña a dolor neuropatico, abuso de sustancias o problemas respiratorios puede ser útil Gabapentina (600-2400 mg)/Pregabalina (150-600 mg/día).
- La Mirtazapina (15-30 mg/día), con un perfil hipnótico, si se acompaña de insomnio.

**B.2.2.- Psicoterapia:** Terapias cognitivo-conductual: Se basa en la corrección de las percepciones cognitivas erróneas y las reacciones exageradas a los síntomas de ansiedad, el entrenamiento de la relajación muscular y la respiración, así como también la exposición y la

desensibilización a las situaciones fóbicas. A veces las intervenciones sencillas como animar al paciente fóbico a que vaya exponiéndose poco a poco a la situación temida, pueden ser bastante útiles

### **B.3-Derivar a psiquiatría cuando:**

- Duda o dificultad diagnóstica.
- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (incluida psicosis).
- Riesgo de suicidio.
- Clínica persistente.
- Síntomas incapacitantes.

### **B.4-Situaciones especiales:**

#### **B.4.1-Embarazo y lactancia:** recomendaciones generales:

- Evitar cualquier psicofármaco en el primer trimestre del embarazo.
- Terapia cognitivo-conductual como alternativa.
- Evitar el uso continuado de BDZ por riesgo de síndrome de abstinencia fetal.
- El uso de BDZ a demanda en el 2º trimestre no se ha asociado a riesgos graves.
- Los ISRS son los fármacos con mayor experiencia clínica.
- El tratamiento con ANTD se puede retomar en el tercer trimestre si existe antecedente de depresión puerperal.
- Lactancia ANTD con mayor unión a proteínas (paroxetina, fluoxetina y sertralina).
- Balance riesgo-beneficio consensuado.

#### **B.4.2-Ancianos:**

- Signos y síntomas somáticos más que quejas subjetivas de ansiedad (sudoración, inquietud, mareos, fatiga, sequedad de boca).
- Menos conductas de evitación en el trastorno de pánico; en la fobia social genera más angustia comer o escribir en público que hablar, debido al temblor y las dentaduras postizas. La agorafobia suele aparecer como consecuencia de enfermedad médica.
- En el tratamiento: inicio dosis más bajas y ascenso gradual, ISRS, BDZ de vida media corta e intermedia y no lipofílicos, Ej. loracepam, dosis equivalente a dos tercios, y menor tiempo posible.

### **B.5-Tratamiento de los trastornos específicos:**

## **II. DEPRESIÓN (3–7)**

El trastorno depresivo mayor tiene una elevada prevalencia, 5% anual en la población general. Es mayor su prevalencia en mujeres que en hombres (2:1). La media de edad se sitúa en los 40 años. Entre los factores de riesgo se encuentran enfermedades crónicas, la pobreza, consumo de alcohol-tabaco, estrés crónico, situación laboral adversa, estado civil, rasgos desadaptativos de la personalidad, trastornos de ansiedad o antecedentes familiares de depresión.

### **SINTOMATOLOGÍA:**

Aparece en número y grado variable en cada paciente, y hay que tener en cuenta que puede ocultar parte de ella por diferentes motivos. La exploración no debe convertirse en un interrogatorio, sino que se deben detectar los diferentes síntomas a lo largo de la entrevista, con el propio discurso y contacto del paciente. (Tabla 6).

Como síntomas nucleares aparecen la tristeza vital y la anhedonia. La tristeza vital patológica se debe distinguir de la normal, según la desproporcionalidad del estímulo, la duración de los síntomas y la situación sociolaboral. Los subtipos los vemos en la tabla 7

Tabla 6 Sintomatología *de la depresión*.

<b>Contacto</b>				
Facies triste				
Falta de atención al aspecto personal	<b>Somático</b>	<b>Afectivo</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Otros</b>
Enlentecimiento psicomotor	Insomnio ( conciliación/ mantenimiento)	Anhedonia (+++)	Déficit en atención	Ideas de muerte
Reactividad disminuída	Apetito disminuído	Tristeza (+++)	Déficit en concentración	Ideación suicida
Irritabilidad con entrevistador	Adelgazamiento	Pérdida de interés	Mala memoria	(+++)(estructurada/no)
Inhibición/ Agitación psicomotriz,	Líbido disminuída	Abulia	Desorientación aparente	Rumiaciones obsesivas
	Astenia/ Anergia	Desesperanza vital	Alteración del pensamiento abstracto	Ideación delirante
		Irritabilidad Labilidad	Indecisión	congruente( ruina, culpa, hipocondría, inutilidad)

**Tabla 7 Subtipos de depresión**

<b>Depresión endógena</b>		<b>Depresión enmascarada</b>
<b>Melancólica</b>	<b>Depresión reactiva</b>	<b>Equivalente depresivo</b>
Ánimo bajo	<b>Neurótica</b>	Cefalea
Insomnio de mantenimiento	Empeoramiento vespertino	Sequedad de boca
Anhedonia marcada	Insomnio de conciliación	Algias
Carga genética	Componente ansioso	Molestias gastrointestinales
Ritmo estacional primavera-otoño	Factor desencadenante claro	Alteraciones menstruales
Inhibición psicomotriz marcada	Rasgos personalidad	Menos síntomas depresivos clásicos
Posibles síntomas psicóticos	desadaptativos	Más síntomas somáticos
Mayor riesgo de suicidio	Responde mejor a psicoterapia	Alta prevalencia.
Respuesta a tricíclicos		
Espectro bipolar		
	<b>Depresión atípica</b>	
	Asocia síntomas vegetativos invertido a lo habitual	
	Hipersomnia	
	Hiperfagia	

**Tabla 7: Modificado del J Saiz, A Ibáñez, JM Montes. Trastornos de angustia: crisis de pánico y agorafobia en atención primaria.**

**DIAGNÓSTICO:** Debe ser clínico y se basará en una buena entrevista. Se debe caracterizar por una escucha activa y el encuadre de la sintomatología del paciente en su propia patobiografía, ya que cada paciente es único. Habrá que hacer diagnóstico diferencial con los trastornos de angustia (pueden desembocar en el tiempo en síntomas depresivos), pseudodemencia depresiva frente a la demencia (el paciente minimiza los déficits cognitivos), TOC (edades más tardías, episodios circunscritos) y esquizofrenia (difícil de distinguir si se trata de síntomas negativos en un primer episodio).<sup>5-9</sup>

#### **TRATAMIENTO:**

**Psicológico:** La psicoterapia adquiere gran importancia en este trastorno y su correcta combinación con los fármacos tiene más efectos que cualquier tratamiento por separado. Existen diferentes abordajes, y éstos siempre se verán afectados por él.

- Cognitivo. Se basa en el supuesto de que los pensamientos negativos o distorsionados fomentan la depresión o la ansiedad. El paciente aprende a cuestionar los pensamientos negativos. Al igual que la conductual, es efectiva y eficiente y se centra en reducir los síntomas.
- Conductual. Enfocada en reducir comportamientos no deseados específicos, mediante el aprendizaje de técnicas de relajación, modificación de los factores que refuerzan los síntomas y la exposición gradual a los estímulos ansiógenos. Para esto, se proponen tareas experimentales para casa (exposición a hablar en público en fobia social).
- Interpersonal. Para abordaje específico de la depresión no psicótica ni bipolar. Atañe al manejo de la problemática de relación en el aquí y ahora, y de los aspectos interpersonales más frecuentes (duelo, roles) que rodean al paciente.
- Apoyo emocional, eficaz en los primeros momentos agudos, por ejemplo de un duelo; grupales, mediante la interacción interpersonal, la corrección inmediata de distorsiones cognitivas y transferencia de parte del grupo; y la familia, especialmente si está involucrada en el mantenimiento de la sintomatología.
- Comunicación:
  - Indicar que tener una depresión no indica debilidad o culpa.
  - Los antidepresivos no son la pastilla de la felicidad
  - Hacer referencia a la desregulación neuroquímica del cerebro.
  - Conviene que el paciente pueda verbalizar sus preocupaciones y sentimientos.
  - Evitar la frase "Tienes que animarte", a un paciente con una pierna rota nadie le diría "Tienes que hacer más ejercicio".

#### **Psicofarmacológico.**

Iniciar con **ISRS**: (ver tabla 4).

- Si efectos secundarios tempranos (ansiedad, cefalea y molestias gástricas) añadir un ansiolítico (como alprazolam, lorazepam, clonazepam 0.5 mg/12 horas). Avisar paciente de posibles efectos secundarios.

- Si disfunción sexual asociaremos *bupropion* 75-150 mg/día.
- Si insomnio: asociar *zolpidem*, o *trazodona* 50-100 mg o *mirtazapina* 15-30 mg/día.

#### En caso de depresiones graves:

- Con gran componente somático: *Venlafaxina* (75-375 mg/día) o *duloxetina* (20-60 mg/día hasta 120 mg/día).
- *Bupropión* si la depresión se caracteriza por gran anergia y retraso psicomotor, fármaco muy activador e inicialmente muy ansiógeno (función noradrenérgica y dopaminérgica), a dosis de 150-300 mg/día hasta 450 mg/día.
- La *mirtazapina* (15-45 mg/día), cuando predomina clínica de falta de apetito o disminución de sueño, tiene acción histaminérgica, serotoninérgica y noradrenérgica; carece de secundarismos sexuales y gástricos; a dosis bajas, alta sedación y aumento de peso; a dosis altas, actúa más el efecto antidepressivo. También la *imipramina* 25-50 mg/día al acostarse ayuda en la inducción del sueño.
- Otras alternativas son los *tricíclicos*, como la *amitriptilina* e *imipramina* desde 25 mg hasta 300 mg/día, *clomipramina* 25-200 mg/día, pero tienen bastantes efectos secundarios (retraso en conducción cardíaca, anticolinérgicos, ortostatismo).

#### El tratamiento antidepressivo

- Debe tener una duración mínima de 6-12 meses para la prevención de recaídas, y debe mantenerse la posología que indujo la remisión.
- Debemos también esperar de 6-8 semanas antes de retirar un tratamiento por falta de efectividad, y evaluar cumplimiento de toma en dosis apropiadas.
- Si un antidepressivo funciona en un episodio anterior, volverlo a dar inicialmente. Tras un segundo episodio, se debería tratar hasta 2 años.
- Los secundarismos se deben evitar con escaladas progresivas, y ajustes posológicos necesarios

#### .CUANDO DERIVAR A UN PSIQUIATRA

- Si el paciente tiene un riesgo suicida alto
- La paciente está embarazada o tiene previsto quedarse embarazada
- Los apoyos sociales son escasos o nulos
- El paciente está incapacitado por la depresión
- Cuando presenta comorbilidad (consumo drogas, TOC, crisis de pánico)
- El paciente no responde a uno o dos ensayos con dosis suficiente
- El paciente tiene síntomas psicóticos.

### III. LA CONDUCTA SUICIDA(3,6,8,9)

La suicidalidad incluye un conjunto heterogéneo de ideas o actos realizados de manera voluntaria con el propósito aparente de acabar con la propia vida.

#### A. Factores que interviene en la conducta suicida

- Trastorno psiquiátrico: Más del 90% de los pacientes que consuman el suicidio muestran un trastorno psiquiátrico mayor. Dentro de este grupo los pacientes con trastornos afectivos uní o bipolares son los de mayor riesgo.
- Historia de intentos previos: Es un sólido factor de riesgo, con un peso aún mayor que el diagnóstico psiquiátrico (riesgo de nuevo intento de 5 a 6 veces superior). Entre el 25 y el 50% de las víctimas de suicidio consumado han realizado un intento previo. El riesgo de segundo intento es mayor dentro de los 3 meses después del primero, pero incluso después de un tiempo el riesgo es ligeramente mayor. El riesgo es mucho mayor si el intento previo fue de alta letalidad y baja rescatabilidad (suicidio frustrado).
- Edad: Las tasas de suicidio aumentan con la edad (40% > 60 años). Los ancianos presentan las tasas más elevadas de suicidio consumado.
- Sexo: Suicidio consumado y frustrado predominan en sexo masculino (3:1); el parasuicidio es predominante en sexo femenino (3:1.5).
- Factores sociales: El estado civil incide en el suicidio (solteros tienen mayor riesgo > viudos > separados o divorciados > casados sin hijos > casados con hijos). Los pacientes que viven solos y aquellos que han perdido a un ser querido o fracasado en una relación amorosa en el último año tienen mayor riesgo. Los habitantes de ciudad presentan mayor riesgo que los de las poblaciones rurales.
- Factores económico-laborales: Los desempleados y trabajadores no calificados. Entre las profesiones, hay mayor riesgo entre policías, músicos, agentes de seguros, abogados y médicos (especialmente oftalmólogos, anesestesiólogos y psiquiatras). La sensación de fracaso en el propio rol social es un factor de riesgo.
- Enfermedad orgánica: En muestras de suicidio consumado la presencia de patología orgánica va de un 25 a un 70%. El riesgo aumenta con: dolor crónico, operación reciente, enfermedad crónica, enfermedad terminal. Es la comorbilidad con la depresión la que implica un riesgo de suicidio importante para pacientes orgánicos (pacientes con enfermedad orgánica, un 85% tiene trastorno depresivo).
- Life-events recientes: La experiencia reciente (en el último año) de acontecimientos vitales negativos que signifiquen una pérdida grave en el ámbito laboral/económico, familiar/interpersonal o de salud física suponen un mayor riesgo.

- **Historia familiar de suicidio:** Los pacientes con una historia familiar positiva de suicidio e intentos de suicidio tienen más probabilidades de consumir el suicidio. Esto es independiente del diagnóstico psiquiátrico.
- **Otros: La religión protege,** especialmente la católica y musulmana, distribución geográfica (hemisferio norte mayor riesgo), época del año (cambios de estación)

#### B. Manejo de la conducta autolítica en urgencias

Una de las primeras decisiones a tomar es determinar el mejor ámbito de tratamiento (Hospitalización o remisión a domicilio). Para ello es necesario valorar el método, gravedad y rescatabilidad de la conducta suicida y proporcionar la atención médica a las consecuencias orgánicas del intento. El preguntar directamente ante una sospecha:

- No aumenta el deseo o da ideas ya que los suicidios están en la vida diaria. Al contrario es una oportunidad de prestar atención, de que pueda expresar sus deseos, sentimientos y sufrimientos. Es una manifestación de interés hacia ellos.
- **Los pacientes con** una ideación clara de suicidio sienten alivio cuando se les permite hablar de sus intenciones.

A modo de viñetas:

#### 1) Hospitalización después de un intento de suicidio:

- Paciente psicótico.
- Si el intento fue: – Violento. – Casi letal. – Premeditado.
- Tomó precauciones para evitar el rescate. Planes o intentos persistentes. Ha aumentado el malestar. El paciente lamenta haber sobrevivido.
- Paciente hombre o mayor de 45 años (especialmente si el trastorno es psiquiátrico o la ideación suicida son de inicio reciente).
- Escaso apoyo familiar y/o social. Conducta impulsiva en el momento actual. Agitación grave o juicio escaso. Rechazo de la ayuda que se le ofrece. Cambios en el estado mental de etiología orgánica

#### 2) Indicación de hospitalización ante la presencia de ideación suicida (ausencia de intento de suicidio actual):

- Plan específico de alta letalidad.
- Intencionalidad suicida elevada.
- Intentos de suicidio previos sobre todo graves y violentos.
- Descompensación aguda de patología psiquiátrica mayor.

#### 3) Remisión a domicilio:

- Intentos leves/alto rescate = parasuicidio.
- No persistencia de ideación suicida.
- No descompensación aguda de trastorno mental mayor.

Prestar atención a la seguridad del paciente (garantizar la contención del mismo para evitar riesgo de persistencia de conducta suicida y/o de fuga). Localizar a familiares o personas de referencia tanto para soporte emocional como ayuda en la evaluación.

### IV. PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION Y ANSIEDAD

Los cambios conceptuales llevados a cabo en los últimos años en el campo de la salud determinaron un crecimiento de la Psicología Clínica tan importante que una de sus primeras consecuencias ha sido la necesidad de la incorporación de psicólogos a los equipos interdisciplinarios en la mayoría de los campos sanitarios, incluso en aquellos tradicionalmente alejados de la salud mental. Por otra parte, el incremento en la demanda de tratamiento psicológico-psicoterapéutico, en el mismo periodo, ha desbordado todas las previsiones y reforzado su papel en los ámbitos en los que ya estaba asentado.

El núcleo de dicho cambio conceptual tiene como referencia la superación de la vieja dicotomía de salud física - mental y el reconocimiento del componente bio-psico-social del enfermar así como la disolución de las fronteras entre dichas áreas, al conocerse cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la "psique", el cuerpo y el área social.

### V. BIBLIOGRAFIA

1. Hyman S. Manual de urgencias Psiquiátricas. Ed. Salvat. Santiago. 1987;
2. Saiz Ruiz J, Ibáñez Cuadrado A, Montes Rodríguez JM. Trastorno de angustia: crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Masson; 2000.
3. Sadock B, Kaplan H, Sadock V. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 2007;
4. Ruiloba JV, Ferrer CG. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Salvat. Barcelona. 1990;

5. Ginebra OM de la S. CIE10 trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1994;
6. First M, Frances A, Pincus H. DSM-IV-TR Guía de uso: Complemento del DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado). 2008;
7. Bobes García J, González G.-Portilla P, Bousoño García M. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria. 1995.
8. Association AP. Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2004. 2004;
9. Hales RE, Yudofsky SC. Sinopsis de psiquiatría clínica. Masson; 2000.

**Abreviaturas:**

TAG: Trastorno por ansiedad generalizada

TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo

TEPT: Trastorno por estrés postraumático

ISRS: Inhibidor selectivo de la receptación de serotonina

BZP: Benzodiazepinas

ANTD: Antidepresivos